



HAL
open science

Étude des processus cognitifs et émotionnels au cours d'une intervention de thérapie assistée par le cheval, auprès de patients souffrants de troubles liés à l'usage de substance

Charlène Leconstant-Hilbert

► **To cite this version:**

Charlène Leconstant-Hilbert. Étude des processus cognitifs et émotionnels au cours d'une intervention de thérapie assistée par le cheval, auprès de patients souffrants de troubles liés à l'usage de substance. Psychologie. Université de Lorraine, 2021. Français. NNT : 2021LORR0331 . tel-03720520

HAL Id: tel-03720520

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03720520v1>

Submitted on 12 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

Discipline : **PSYCHOLOGIE**

Présentée et soutenue par

Charlène LECONSTANT

Le 29 juin 2021

Université de Lorraine, Metz
UFR Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie de la santé
Ecole Doctorale Sociétés, Langages,
Temps, Connaissances (SLTC)

ETUDE DES PROCESSUS COGNITIFS ET
EMOTIONNELS AU COURS D'UNE
INTERVENTION DE THERAPIE
ASSISTEE PAR LE CHEVAL AUPRES DE
PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES
LIES A L'USAGE DE SUBSTANCES

Directrice de thèse : Elisabeth SPITZ

Membres du Jury

Elisabeth SPITZ, Professeur en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université de Lorraine (Directrice)

Marion TROUSSELARD, Médecin en chef des Armées, IRBA (Co-directrice)

Greg DECAMPS, Maître de Conférence, HDR, Université de Bordeaux (Rapporteur)

Gilles DUPUIS, Professeur de Psychologie de la santé, Université du Québec, Montréal (Rapporteur)

Anne-Marie ETIENNE, Professeur en Psychologie Clinique et de la Santé, Université de Liège (Examineur)

Léa LANSADE, Chercheuse IFCE, HDR, Centre INRAE Val-de-Loire (Examineur)



Laboratoire EA 4360

 UNIVERSITÉ DE LORRAINE |  APEMAC Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC

« Adaptation, mesure et évaluation en santé.

Approches interdisciplinaires » - Equipe EPSAM, Metz, France

<http://apemac.univ-lorraine.fr/>

Université de Lorraine, UFR Sciences Humaines et Sociales, Metz

Département de Psychologie de la Santé

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

Mention : PSYCHOLOGIE

par **Charlène LECONSTANT**

Sous la direction de Pr Elisabeth SPITZ

Etude des processus cognitifs et émotionnels au cours d'une intervention de
Thérapie Assistée par le Cheval, auprès de patients souffrant de troubles liés à
l'usage de substances.

29 juin 2021

Membres du jury :

Directrice thèse :	de Elisabeth SPITZ	Professeur en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université de Lorraine, Université de Lorraine, Metz
Co-directrice thèse :	de Marion TROUSSELARD	Médecin en chef des Armées, IRBA, Paris
Présidente jury :	de Anne-Marie ETIENNE	Professeur en Psychologie Clinique et de la Santé, Université de Liège
Rapporteurs :	Greg DECAMPS	Maitre de Conférence, HDR, Université de Bordeaux
	Gilles DUPUIS	Professeur en Psychologie de la Santé, Université du Québec, Montréal
Examineurs :	Anne-Marie ETIENNE	Professeur en Psychologie Clinique et de la Santé, Université de Liège
	Léa LANSADE	Chercheuse IFCE, HDR, Centre INRAE Val- de-Loire



à Grany,

L'éclaireur de mon âme,

Promesse tenue.

Remerciements

Me voici à l'heure des remerciements, et en écrivant ces lignes, je prends conscience de toutes les personnes formidables que j'ai rencontrées et qui m'ont soutenue durant ce long travail. Je leur adresse mes remerciements les plus sincères.

A [Elisabeth Spitz](#), pour sa présence, sa confiance et son soutien à toute épreuve. Son enthousiasme pour la science et son ouverture d'esprit sont des leviers de motivation à eux seuls. A tous ces échanges palpitants, passionnants qui nous ont animés des heures durant, et qui ont permis à mes idées d'émerger. Je remercie également [Etienne](#), pour ses conseils, son soutien et ses nombreuses relectures.

A [Marion Trousselard](#), pour son intérêt et nos échanges qui m'ont encouragé tout au long de mon parcours.

A [Carole Moioli](#), sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour. Pour la confiance qu'elle m'a octroyée, sa volonté de partager avec moi la richesse de son expérience.

A toute l'[Equipe du centre « La Fontenelle »](#) de Maizeroy, qui m'a accueilli à bras ouverts durant toute la période de ma thèse.

Un immense merci aux [Patients](#) ayant accepté de participer à cette étude. A toutes ces séances « Cheval et Pleine conscience » passées ensemble, où il faisait si bon être.

Aux chevaux de thérapie que j'ai appris à connaître, avec qui j'ai partagé des moments qui resteront gravés dans ma mémoire, et qui ont pleinement participé à ma formation de psychothérapeute.

à [Piaf](#), [Azalée](#), [Vent d'Est](#), [Jocaste](#), [Guernica](#), [Lorette](#),

[Poney M](#), [Gribouille](#) et [Jasmin](#).

Merci à mon [Mari](#), pour son soutien de tous les instants, son réconfort, et son amour.

A mon [Fils](#), mon soleil. A notre [Famille](#).

A mon cheval [Taj Mahal](#), indissociable de mon être.

A mes [Parents](#), à mes [Amis](#).

Aux membres du jury de cette thèse, [Madame Etienne](#), [Monsieur Descamps](#), [Madame Lansade](#), et [Monsieur Dupuis](#), qui ont pris de leur temps pour la lecture de ce travail.

Je tiens également à remercier l'Ecole Doctorale SLTC et la Fondation « Ann Kern Godal's Memorial Fund for Horse Assisted Therapy », UNIFOR pour avoir contribué au financement de ma thèse.

Le laboratoire APEMAC pour son accueil et toute l'équipe EPSAM avec qui j'ai pu collaborer durant ces cinq années de thèse.

Table des matières

Chapitre 1. Vers une approche intégrative de la psychopathologie et de la psychothérapie	10
Chapitre 2. Les Troubles Addictifs	16
Partie A. Addictions et comorbidités.....	16
I. Critères diagnostics et éléments de définitions des troubles liés à l'usage de substances	16
1.1. Définition.....	16
1.2. Le diagnostic :	16
II. Troubles liés à l'usage de substances et comorbidités.....	17
2.1. La polydépendance.....	17
2.2. Les troubles comorbides associés aux troubles liés à l'usage de substances	17
Partie B. Penser les interventions en psychologie de la santé dans une approche transdiagnostique ...	20
I. L'approche transdiagnostique en psychopathologie	20
II. La régulation émotionnelle comme processus transdiagnostique.....	21
2.1. Intérêt de la régulation émotionnelle en prévention de la rechute.....	22
III. Réflexion méthodologique à propos de l'approche transdiagnostique pour la compréhension du trouble lié à l'usage de substances et sa prise en charge	23
3.1. Hypothèses des facteurs de risques distaux et proximaux possiblement impliqués dans le développement et le maintien du TUS	24
Chapitre 3. Troubles addictifs et Trauma complexe.....	26
I. Introduction.....	26
1.1. Trauma complexe et Trouble lié à l'Usage de Substances	29
1.2. Dissociation et Trouble lié à l'Usage de Substances	30
1.3. Objectifs de l'étude	31
II. Méthodologie.....	32
2.1. Participants	32
2.2. Outils	32
2.2.1. Le bien-être subjectif.....	32
2.2.2. L'anxiété-dépression	32
2.2.3. Intensité du Trouble de Stress Post-Traumatique.....	33
2.2.4. Les expériences dissociatives	33
2.2.5. L'inventaire des événements traumatiques vécus avant l'âge de 18 ans.....	34
2.3. Procédure.....	34
2.4. Statistiques.....	34
III. Résultats	35
IV. Discussion	39
Chapitre 4. Troubles addictifs et Schémas Précoces Inadaptés et Modes selon Jeffrey Young.....	45
I. Les Schémas Précoces Inadaptés.....	45
1.1. Mécanisme de renforcement des SPI	47

1.2. Les Modes selon Young	49
1.2.1. Intérêt du Mode « Enfant Vulnérable »	50
1.2.2. Modes selon Young et continuum de la sévérité de la dissociation	51
1.3. La thérapie des Schémas	53
II. Descriptif des Schémas Précoces Inadaptés chez les patients de notre échantillon	54
III. Comparaison entre les moyennes d'activation des SPI en fonction du temps de séjour au CSSRA	58
IV. Discussion	60
Chapitre 5. Méthodologie de recherche qualitative	66
I. La recherche-action	66
II. La Grounded Theory (GT)	67
III. Les critères de validité en recherche-action	72
3.1. Qualité et crédibilité des données, le renoncement à la neutralité	72
3.2. Ajustement (transférabilité)	73
3.3. Fiabilité : réflexivité et positionnement du chercheur	74
3.4. Confirmabilité, consistance interne	75
3.5. Positionnement des chercheurs sur le métamodèle développé	75
Chapitre 6. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA)	76
I. Introduction	77
II. Les systèmes émotionnels de base de Panksepp	79
2.1. L'épineuse question de la définition de l'émotion	79
2.2. Description des sept systèmes émotionnels primaires	79
2.3. Emotions et comportements	81
2.4. Les niveaux de contrôle dans le traitement des émotions du cerveau	82
2.5. Emotions et Consciences	82
2.6. Synthèse de la section II	83
III. De Panksepp à Porges	83
3.1. Neuroception et neurodynamiques des systèmes émotionnels primaires	84
3.1.1. Situation de danger et Système Nerveux Sympathique (SNS)	85
3.1.2. Situation de menace vitale et le complexe vagal dorsal	86
3.1.3. Situation sûre et système d'engagement social (CVV)	86
3.2. Synthèse de la section III	87
IV. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal	87
4.1. L'empathie primaire, un processus fondamental à la communication inter-espèces	88
4.2. La capacité à saisir les intentions d'autrui, un préalable à l'établissement d'une relation inter-espèces	89
4.3. Le développement des liens d'attachement inter-espèces	91
4.3.1. Le système PLAY impliqué dans la régulation sociale et émotionnelle	93
4.4. Synthèse de la section IV	93

4.5. Note à l'usage pratique du MIIHA pour la modélisation de la neurodynamique INTRA et INTER des systèmes émotionnels primaires.....	94
V. Discussion.....	94
Chapitre 7. Adaptation du programme de Prévention de la Rechute basé sur la Pleine Conscience (MBRP) pour les patients ayant un TSPT-TUS	100
Séance 1 : MBRP : Pilote automatique et rechute.....	101
1.1. Objectifs principaux du programme.....	101
1.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	101
1.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	101
Séance 2 : MBRP : Conscience des déclencheurs et des fortes envies	102
2.1. Objectifs principaux du programme.....	102
2.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	102
2.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	103
Séance 3 : MBRP : la pleine conscience dans la vie de tous les jours	103
3.1. Objectifs principaux du programme.....	103
3.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	103
3.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	104
Séance 4 : MBRP : Pleine conscience dans les situations à haut risque de reconsommation	105
4.1. Objectifs principaux du programme.....	105
4.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	105
4.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	107
Séance 5 : MBRP : Acceptation et comportements efficaces	108
5.1. Objectifs principaux du programme.....	108
5.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	108
5.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	109
Séance 6 : MBRP : Voir les pensées comme les pensées.....	109
6.1. Objectifs principaux du programme.....	109
6.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	110
6.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	110
Séance 7 : MBRP : Prendre soin de soi et style de vie équilibré.....	111
7.1. Objectifs principaux du programme.....	111
7.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	111
7.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »	111
Séance 8 : MBRP : Soutien social et poursuite de la pratique	112
8.1. Objectifs principaux du programme.....	112
8.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients <i>Retirés/adaptés</i>	112
<i>Synthèse du document</i>	113
<i>Cas clinique Emilie</i>	114
Chapitre 8. Le programme TSPT-TUS intégré de Thérapie Assistée par le Cheval	119
I. La sécurité de base	119

1.1. Travailler en Pleine Conscience avec des personnes ayant des troubles de stress post-traumatique et des symptômes dissociatifs.....	122
1.1.1. Précautions relatives à l'environnement.....	123
II. Apprendre à réguler ses émotions.....	124
2.1. L'importance de la répétition	125
2.2. Compétences de régulation émotionnelle et oscillation dans la fenêtre de tolérance.....	125
III. Voir les pensées comme des pensées	127
IV. Développer sa capacité à s'affirmer sans agressivité	130
V. Conscience des déclencheurs (TSPT-TUS) et des situations à haut risque de consommation.....	136
VI. Acceptation et gestion de la dissociation traumatique	137
VII. Emotions et croyances de base	141
VIII. Compétences de gestion émotionnelle	142
IX. Améliorer sa relation aux autres.....	143
X. Surmonter les défis et renforcer la confiance	145
XI. Compassion et bienveillance	146
XII. Gestion des situations à haut risque et des émotions intenses	147
XIII. Gérer sa séance	148
Chapitre 9. Etude de l'efficacité de la TAC pour la prise en charge intégrée des troubles dissociatifs et traumatiques comorbides aux TUS	152
I. Introduction.....	153
1.1. La Thérapie Assistée par les Animaux pour le traitement du trauma.....	153
1.2. La Thérapie Assistée par le Cheval pour le traitement du trauma.....	154
1.3. Intérêt de la TAC pour les personnes dépendantes.....	157
1.4. Objectif de la présente étude	158
II. Méthodologie.....	158
2.1. Contexte institutionnel	158
2.1.1. Description du CSSRA La Fontenelle.....	158
2.1.2. Le programme TAC au CSSRA.....	159
2.2. Présentation du protocole de l'étude	159
2.2.1. Critères d'éligibilité.....	159
2.2.2. Recrutement des patients et participation des patients à l'étude	160
2.3. Echantillon.....	161
2.4. Echelles de mesure utilisées :	161
2.5. La prise en charge au CSSRA	166
2.5.1. Les soins usuels	166
2.5.2. Le programme de Thérapie Assistée par le cheval.....	166
2.6. Analyses statistiques.....	168
III. Résultats A : Effets du séjour au CSSRA sur différentes variables en fonction des deux groupes TAC et SU	169
3.1. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes de stress post-traumatique en fonction des deux groupes TAC et SU	169

3.2. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes dissociatifs en fonction des deux groupes TAC et SU	170
3.3. Effets du séjour au CSSRA sur les difficultés de régulation émotionnelle en fonction des deux groupes TAC et SU	172
3.4. Effets du séjour au CSSRA sur la gestion et le contrôle de la colère en fonction des deux groupes TAC et SU	173
3.5. Effets du séjour au CSSRA sur les capacités de pleine conscience en fonction des deux groupes TAC et SU	174
3.6. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes psychiatriques en fonction des 2 groupes TAC et SU	174
3.7. Effets du séjour au CSSRA sur le bien-être psychologique en fonction des deux groupes (TAC et SU)	174
IV. Discussion des résultats A.....	175
V. Résultats B : Effets du séjour au CSSRA sur les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) en fonction des deux groupes TAC et SU.....	178
5.1. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Séparation-Rejet » des Schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU.	178
5.2. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Manque d'autonomie » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU	179
5.3. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Manque de limites » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU	180
5.4. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Survigilance et inhibition » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU	181
5.5. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Orientation vers les autres » des Stratégies inadaptées en fonction des deux groupes TAC et SU	182
5.6. Effets du séjour au CSSRA sur le score global des Schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU.....	182
VI. Analyse clinique de l'activation des SPI chez les deux groupes.....	183
6.1 Analyse des Schémas actifs du Domaine « Séparation et rejet » chez les deux groupes (TAC et SU)	184
6.2. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine B et C chez les deux groupes (TAC et SU)	185
6.3. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine « Orientation vers les autres » chez les deux groupes (TAC et SU).....	185
6.4. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine « Survigilance et inhibition » chez les deux groupes (TAC et SU).....	186
6.5. Analyse clinique du Score global d'activation des Schémas chez les deux groupes (TAC et SU)	187
VII. Discussion des résultats B.....	188
VIII. Limitations de l'étude.....	189
IX. Conclusion et perspectives générales.....	190
Chapitre 10. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal appliqué la Thérapie Assistée par le Cheval.....	193
I. Introduction	193
1.1. Le besoin d'un cadre théorique spécifique à la TAC	193

1.2. Le besoin de normes standardisées pour la compréhension du comportement du cheval au sein des approches utilisées en TAC.....	195
1.3. Hypothèses	198
II. Méthodologie.....	199
III. Vers le développement d'un cadre conceptuel à la Thérapie Assistée par le Cheval.....	199
3.1. Résumé du MIIHA	200
3.1.1. Modalités et caractéristiques des émotions primaires	201
3.1.2. Intérêt du MIIHA en TAC	201
3.2. Eléments de définition de l'alliance thérapeutique.....	202
3.3. Modèle en double composante de l'alliance thérapeutique de Zilcha-Mano (2017).....	203
3.4. Conceptualisation de l'alliance en TAC.....	204
3.4.1. Particularités de l'alliance thérapeutique en contexte inter-espèces avec les équidés.....	205
IV. Applications	206
4.1. Effet des Modèles Internes Opérants sur la neurodynamique INTRA des systèmes émotionnels primaires.....	207
4.1.1. Attachement sécure	207
4.1.2. Attachement préoccupé ou « ambivalent ».....	207
4.1.3. Attachement évitant ou détaché.....	208
4.2. La remédiation des Modèles Internes Opérants en TAC.....	209
4.3. Travailler l'alliance à partir de la composante Trait.....	211
4.3.1. Composante « Trait » de l'alliance thérapeutique et choix du cheval en thérapie	214
4.4. Travailler l'alliance à partir de la composante « Etat ».....	217
4.4.1. Tirer parti de la co-régulation et co-dysrégulation entre patient et cheval	217
4.4.2. Tirer parti de la présence du cheval pour améliorer et réguler la dyade patient-thérapeute	218
4.4.3. Tirer parti de la co-dysrégulation entre le patient et le cheval en TAC	222
4.5. Bien-être des chevaux en TAC.....	225
4.5.1. Identifier les comportements-défi en TAC	226
4.5.2. Les différents niveaux d'interactions	227
V. Discussion.....	231
Chapitre 11. Vers une approche One Health – One Welfare?.....	233
12. Références	237

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES CHEVAUX DE THERAPIE

ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'AUTORISATION ET D'ENREGISTREMENT VIDEO ET AUDIO ET DE PHOTOGRAPHIE

ANNEXE 3 : NOTICE D'EXPLICATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE

ANNEXE 4 : ECHELLES DE MESURES DE L'ETUDE

1. Vers une approche intégrative de la psychopathologie et de la psychothérapie

Les différents chapitres présentés dans ce manuscrit traitent de sujets très variés, allant jusqu'à l'étude de concepts connexes au champ de la psychologie. Loin de présenter des éléments épars et sans lien, nous espérons mener le lecteur sur les sentiers de notre réflexion présentée au travers de ces différents chapitres, traduisant notre volonté d'intégration. En débutant ce travail de thèse, nous avons la conviction que l'étude de la thérapie assistée par le cheval serait passionnante et enrichissante. Au terme de ce travail, non seulement nous sommes convaincus d'avoir été transformés par cette réflexion, mais nous en sommes sortis grandis, avec une tout autre vision de notre discipline, la psychologie.

Selon le dictionnaire le Robert, l'intégration est définie comme l'« établissement d'une interdépendance plus étroite entre des parties ». Dans le domaine de la psychothérapie, l'intégration vise « le renforcement de l'efficacité, l'efficience et l'applicabilité, en dépassant les limites des théories exclusives et des techniques restreintes associées traditionnellement à ces théories pour répondre au plus près des besoins du sujet et de son vécu » (Norcross & Newman, 1998, cité in Lascaux & Morel, 2019).

L'intérêt pour l'approche intégrative en psychothérapie est relativement récent en France, puisque cette dernière a été introduite dans les années 90 avec la création de l'Association française pour l'approche intégrative et éclectique en psychothérapie. La volonté de cette approche était d'optimiser l'efficacité des propositions psychothérapeutiques, de penser la « complémentarité théorique » comme « une saine diversité » et non comme une rivalité, en permettant le rapprochement des grands courants de psychothérapie (Norcross & Newman, 1998 cités in Lascaux & Morel, 2019). Norcross et Goldfried (1998) considèrent l'intégration comme un nouveau paradigme de recherche dans lequel nous pourrions considérer différentes façons de pratiquer sans être nécessairement ancré dans une seule orientation théorique. En effet, il a été observé que les praticiens empruntent couramment des éléments venus d'ailleurs, de manière plus ou moins intentionnelle. En pratique clinique, même chez les cliniciens qui s'identifient à un courant théorique, il semble très probable que ces derniers déploient des stratégies et outils multiples et se réfèrent à des théories provenant de différentes approches thérapeutiques (Kramer et al., 2005). Pour exemple, le courant du comportementalisme avec les thérapies cognitivo-comportementales adhère à l'approche diagnostique catégorielle, où la clinique est fondée sur des diagnostics psychiatriques et des protocoles thérapeutiques standardisés pour le traitement de chaque trouble mental. Les cliniciens de cette approche y trouvent rapidement des limites lorsqu'ils sont confrontés à des patients présentant des tableaux cliniques complexes avec des troubles comorbides et des expressions cliniques atypiques (Nef et al., 2012 ; Silver & Levant, 2019). De cette complexité découle nécessairement le besoin pour le thérapeute de recourir à de multiples approches pour appréhender le sujet dans une approche holistique et spécifiquement adaptée. Bachelart et al. (2011) font le constat d'une impossibilité de pratiquer une psychothérapie qui serait « pure » et canonique. Pour ces auteurs, l'émergence de l'approche intégrative ne traduirait pas tant un nouveau phénomène de mode, que le réel besoin pour les cliniciens de faire appel à plusieurs approches pour l'accompagnement des patients.

À l'heure actuelle sont recensées entre 500 et 700 méthodes différentes en Occident (Meyer & Carru, 2010). Toutes sont, de surcroît, enrichies de variables personnelles propres aux psychothérapeutes eux-mêmes, les multipliant à l'infini. Elles sont généralement regroupées en cinq grands courants : la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie humaniste, les thérapies

systémiques et les thérapies psychocorporelles. D'une part, de nombreux auteurs ont inventé leurs propres théories et méthodes (Zannier, 2010), élargissant encore l'offre préalable. Cependant, d'après Marie-Cardine et Chambon (1999) toute thérapie agit au moins sur l'une des cinq cibles suivantes : le contexte social et interpersonnel, les cognitions, les affects et les émotions, les comportements et les sensations. On assiste également à une multiplication des méthodes, de plus en plus pointues et précises, qui résulterait aussi de l'élargissement des dimensions humaines exploitables dans le cadre de thérapies (Meyer & Carru, 2010).

D'autre part, la psychopathologie évolue, et la définition même des troubles mentaux se complexifie. La construction d'une approche intégrative s'adresse donc à la fois au champ de la psychopathologie et de la psychothérapie. D'après Meyer et Carru (2010), l'objectif d'une telle approche est de déconstruire les méthodes et les pathologies, pour en relever les facteurs communs. Dans la partie I de la thèse, nous présenterons notamment la complexité des tableaux cliniques des patients ayant un trouble lié à l'usage de substances, accueillis en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie. La confrontation de nos connaissances en psychopathologie avec le réel présenté par ces patients nous a menés à une réflexion de fond au sujet des fondements et cadres conceptuels existants dans le domaine de la psychopathologie et des interventions en psychologie de la santé.

Par voie de fait, l'intégration questionne la mise en application des théories en actions. Elle interroge l'acte thérapeutique, la question du symptôme, de l'histoire du sujet et de l'acte clinique complexe lié aux réarrangements du thérapeute (cheminement clinique, heuristiques de jugement, chemin décisionnel...) (Bachelart, 2017). D'après Lambert (1986), on peut distinguer quatre types de facteurs en lien avec l'amélioration en psychothérapie (classés selon leur part de variance explicative exprimée en pourcentage) : les rémissions spontanées (40 %), les facteurs communs (30 %), les techniques (15 %) et les attentes (15 %). Le constat posé a donc été le suivant : il existe des facteurs communs inhérents à la psychothérapie indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée (Ahn & Wampold, 2001) ; les facteurs spécifiques, propres à chaque courant, ne constituent donc pas le cœur du changement. Le résultat le plus notable dans ce domaine a été l'identification de l'importance du lien entre relation thérapeutique et les résultats des psychothérapies. À ce titre, plusieurs facteurs ont été étudiés et en particulier celui de l'alliance thérapeutique, lui-même composé des notions d'attachement et de transfert. L'identification de facteurs communs est donc l'une des façons d'aboutir à une approche intégrative, dont l'objectif n'est pas d'apporter un regard sur les psychothérapies à travers un système à la fois théorique et idéologique, mais plutôt une réflexion sur les différents niveaux d'actions possibles et sur le déploiement d'éléments participant à un effet thérapeutique (Bachelart et al., 2011).

Cette approche souhaite en quelque sorte dépasser les conflits de chapelles des différents courants de psychothérapie, pour proposer des critères plus fins que l'évaluation quantitative de symptômes et leur disparition. Une critique formulée à l'encontre du désormais historique « rapport INSERM » sur les psychothérapies qui avait notamment établi une pyramide des pratiques en fonction de leur efficacité supposée. En nous basant sur les seuls critères d'efficacité des ECRs¹, nous prenons le risque

S'ouvrir à une approche intégrative, c'est redéfinir ce qu'est une psychothérapie au-delà des différences affichées par les différents modèles existants. C'est interroger la dialectique du « faire » et du « penser », c'est porter un regard sur cet écart irréductible, un espace que nous pensons créateur, entre théorie et pratique.
(Bachelard, 2017 ; p.173)

¹ Essais Contrôlés Randomisés

de faire des conclusions hâtives en nous éloignant des pratiques observées sur le terrain et des besoins des patients, accentuant ainsi l'écart entre la recherche et le quotidien clinique.

Comme l'explique Visentini (2020; p. 11) : « la situation thérapeutique où un patient (supposé « sain » par ailleurs) pourrait se voir administrer par un thérapeute subjectivement mis en retrait (grâce à l'utilisation d'un manuel pratique) une thérapie protocolaire (telle une pilule unilatéralement active) pour un trouble exactement localisé, n'existe pas. En conséquence, les résultats d'ECRs- par ailleurs peu satisfaisants du point de vue de la recherche, car non discriminants – restent très artificiels. Testant des « thérapies de laboratoire », ils offrent peu de garanties aux patients et à leurs thérapeutes quant aux taux d'efficacité annoncés, lorsque ceux-ci sont en situations réelles ». Une conclusion partagée par de nombreux cliniciens. Silver et Levant (2019) exposent le cas d'une vignette clinique du traitement d'un patient complexe souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de comorbidités importantes pour illustrer la difficulté de la prise de décision clinique conformément aux lignes directrices sur le TSPT formulées par l'American Psychological Association en 2006, pouvant compliquer l'administration de traitements efficaces.

Cette critique des illusions de l'« efficacité potentielle » a poussé le champ de la recherche à tenter de déterminer plus avant les mécanismes processuels de l'« efficacité réelle », avec notamment la remise au goût du jour des études de cas systématiques et rigoureuses (Fishman, 2000) ; rouvrant avec lui la voie aux études observationnelles dans l'objectif de permettre une mesure de l'efficacité qui reflète mieux les pratiques en conditions ordinaires, dans leur contexte propre.

Plusieurs approches intégratives existent, elles peuvent tantôt suggérer un recours fort à la théorie, un aménagement de celle-ci ou une modification de la pratique avec des allers-retours constants entre théorie et pratique, entre les étapes d'évaluation et d'intervention (Bachelart, 2017). La figure 1.1 récapitule les différents modèles intégratifs existants. L'intégration ne peut être menée à partir d'un simple passage à l'acte intuitif. Comme son nom l'indique, il s'agit de procéder à une intégration et une assimilation (progressive) d'informations, de sensations, de références, de réflexes qui sont sans cesse à questionner et en mouvement. L'approche intégrative va donc au-delà du simple rapprochement de techniques ou de théories. Le psychothérapeute doit user de sa créativité pour intégrer, dans ses interventions, des techniques issues d'autres conceptualisations (Duruz, 1994 in Marie-Cardine et al., 1994). Dans la partie II de la thèse, nous présenterons notamment le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animale (MIIHA), que nous avons développé à partir de l'intégration de différents concepts et de notre pratique clinique de terrain. Ce modèle situé aux frontières de la psychologie, de l'éthologie et des neurosciences, illustre selon nous, que la démarche d'intégration invite naturellement à la transdisciplinarité, c'est-à-dire à l'emploi d'une méthodologie de dialogue et d'élaboration commune entre disciplines comme l'avait défini Jean Piaget en 1970.

« L'intégration mène à la co-construction et à la créativité et constitue une des clefs de la transdisciplinarité en ce qu'elle permet d'interroger les limites des modèles théoriques face au sujet en souffrance. Elle invite à distinguer et faire interagir ce qui est de l'ordre des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. C'est pourquoi tous les professionnels sont les premiers artisans de cette intégration ».

(Lascaux & Morel, 2019).

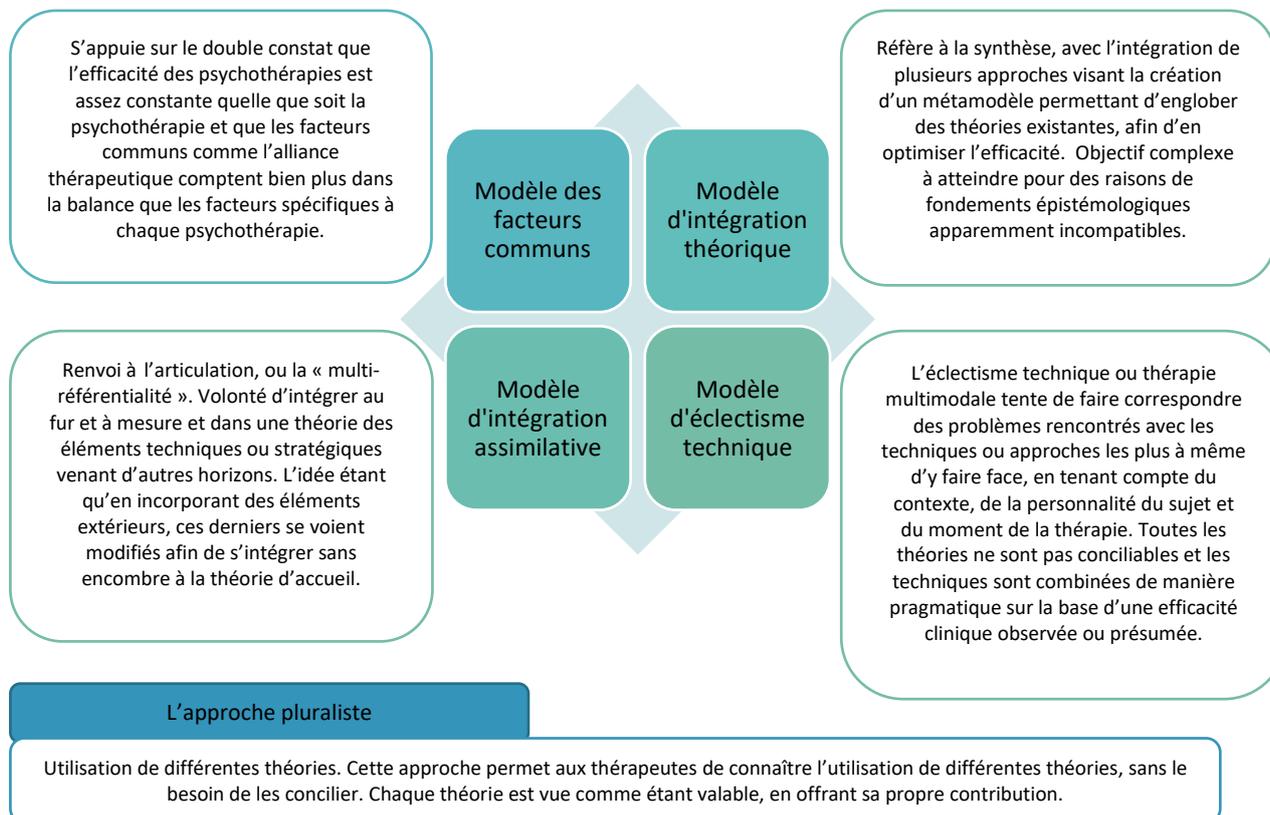


Figure 1.1 Les différentes approches intégratives selon Bachelart et al. (2011)

En introduction de la partie II, nous présenterons le cheminement de notre réflexion que nous avons développée à partir d'allers-retours entre recherche et pratique, en nous inspirant de la méthodologie proposée par la Grounded Theory, chapitre 5. Nous avons d'abord opté pour une approche d'intégration assimilative pour aller progressivement vers une approche d'intégration théorique avec l'élaboration d'un métamodèle pour la compréhension des interactions homme-animal, qui peut nous aider à développer une meilleure compréhension des processus en jeu durant la thérapie assistée par le cheval (TAC). Nous avons donc cherché à réaliser une intégration préclinique en partant de pratiques « officielles » avec le programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience (MBRP ; Bowen et al., 2019) pour progressivement aller vers une pratique personnelle, définie par la tendance personnelle du psychothérapeute à avoir une réflexion multi-référencée, que nous avons ensuite cherché à compléter avec une démarche de recherche. La création de ce métamodèle avait pour objectif de répondre à notre besoin de disposer d'un cadre nous permettant de développer une métaréflexion, en situation *in vivo*, à propos de processus psychologiques impliqués dans la thérapie. Sur la base de nos observations cliniques, nous avons constaté qu'un grand nombre des patients en soins résidentiels présentaient des réticences et des difficultés dans la pratique de la pleine conscience. Le chapitre 7 présente notre réflexion à ce sujet et une proposition d'adaptation du programme MBRP pour les patients présentant un trouble de stress post-traumatique conjoint au trouble lié à l'usage de substances. Nous passons notamment en revue les éléments vecteurs de difficultés par les patients et proposons des pistes de réaménagement du programme afin que la pratique de la pleine conscience soit sûre et non exposante pour ces patients. Dans le chapitre 8, nous présenterons une description détaillée du programme TAC que nous avons développé en tenant compte du contexte dans lequel était implantée l'intervention. Ce programme couple des éléments du programme MBRP et du programme de « Gestion de la dissociation d'origine traumatique » (Boon et al., 2014) au cadre de la thérapie assistée par le cheval.

Nous illustrerons les lignes directrices de ce programme par des vignettes cliniques et le détail des exercices et mises en situation spécifiquement développés. Le chapitre 9 exposera les résultats de l'intervention TAC en comparaison au groupe de patients ayant uniquement suivi les soins usuels du centre. Malgré le contexte d'une étude interventionnelle, en milieu ouvert, non randomisé, nous avons tenté de mettre en lumière certaines spécificités apportées par l'ajout du programme TAC aux soins usuels du CSSRA. Les pistes d'amélioration et perspectives sont discutées. Enfin et en guise de perspectives, le chapitre 10 exposera l'application du Modèle Intégré des Interactions Homme-Animal au cadre de la thérapie assistée par le cheval. Nous proposons notamment une approche incluant le concept d'alliance thérapeutique pour l'étude du processus de triangulation « patient-cheval-thérapeute » qu'il nous reste encore à développer.

PARTIE I

Chapitre 2. Les Troubles Addictifs

Chapitre 3. Troubles addictifs et Trauma complexe

Chapitre 4. Troubles addictifs et Schémas Précoces Inadaptés et Modes selon Jeffrey Young



Guernica & Jocaste

2. Les Troubles Addictifs

Partie A. Addictions et comorbidités

I. Critères diagnostics et éléments de définitions des troubles liés à l'usage de substances

1.1. Définition

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives (National Institute of Drug Abuse (NIDA), considérée comme un problème social et de santé publique majeur de niveau international. The World Health Organisation estime à 185 millions le nombre de consommateurs de drogues illicites dans le monde (Goldman et al., 2005).

Lucet & Olié (2020) définissent l'addiction comme : « la relation de dépendance plus ou moins aliénante qu'un individu a établi avec un ou des produits (tabac, alcool, héroïne, cannabis, cocaïne, etc. ou médicament) ou avec des pratiques (jeux, sport, achat, sexe, travail, etc...). Une conduite addictive se caractérise par l'impossibilité d'empêcher ou de contrôler un comportement qui va se répéter en dépit de la conscience de ses conséquences négatives pour soi-même et/ou son environnement. Ce comportement vise à générer une sensation ou un état de plaisir. Parfois il vise à écarter une sensation de malaise physique ou psychique. L'addiction est donc définie par l'utilisation qui est faite d'un produit ou d'un comportement en dépit de ses conséquences négatives. »

1.2. Le diagnostic :

Dans le DSM IV, la dépendance est définie comme une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés par la substance. L'abus d'une substance quant à lui, est défini comme l'abus d'une drogue ou d'alcool et renvoie à un mode de consommation inapproprié entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes. Il s'agit d'un profil de consommation dans des situations dangereuses qui conduisent l'individu à négliger ses obligations sociales, etc... Depuis 2013, le DSM 5 regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de « troubles liés à une substance ». Les différents stades présents précédemment dans le DSM IV : usage, abus, dépendance ont donc disparu dans cette nouvelle classification. Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans deux grandes classifications. Nous nous baserons sur la 5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) créée par l'American Psychiatric Association (2013).

Les 11 Critères diagnostics du DSM 5 de l'American Psychiatric Association & Association (2013) des troubles liés à l'usage de substances

- 1) Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (*craving*)
- 2) Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou l'activité
- 3) Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou l'activité
- 4) Augmentation de la tolérance au produit addictif
- 5) Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou de l'activité
- 6) Incapacité de remplir des obligations importantes
- 7) Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- 8) Problèmes personnels ou sociaux
- 9) Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- 10) Activités réduites au profit de la consommation ou de l'activité
- 11) Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

II. Troubles liés à l'usage de substances et comorbidités

2.1. La polydépendance

Lorsqu'on analyse la prévalence des troubles comorbides associés aux troubles addictifs, on remarque que les patients sont rarement dépendants à un seul produit : ils consomment différents produits de manière régulière (ex : consommation d'alcool et de tabac). On parle alors de polyconsommation. Ce terme désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives. On considère que, plus la personne polydépendante souffre de perturbations psychiques plus sa consommation sera importante et variée. Beaucoup de patients qui présentent une comorbidité entre trouble addictif et trouble psychiatrique ont un terrain polyaddictif. Le tabac est par exemple présent dans plus de 90% des polyconsommations. On constate une influence réciproque des produits et des traitements avec le risque de transfert de la dépendance, de l'augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, et celui de rechutes en cascade. On remarque aussi fréquemment la présence d'addictions comportementales, comme les addictions sexuelles, au jeu d'argent, ou encore au sport. Enfin, ces personnes présentent très souvent plusieurs troubles psychiatriques : il est par exemple très courant d'observer un tableau clinique regroupant des troubles addictifs avec un trouble anxio-dépressif.

2.2. Les troubles comorbides associés aux troubles liés à l'usage de substances

Bien que les recherches ne puissent pas toujours prouver un lien de causalité, on sait aujourd'hui que certains troubles psychiatriques sont des facteurs de risque pour le développement de troubles addictifs et inversement. Plusieurs études épidémiologiques (National Epidemiologic Survey on Alcohol and

Related Conditions (NESARC), Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA)(Bernardi et al., 2012; Compton et al., 2007; Hasin et al., 2007; Hudson et al., 2007; Regier et al., 1990) ont rapporté des taux de comorbidité élevés entre troubles psychiatriques et troubles addictifs, présentés dans le tableau 2.1. L'ECA (Regier et al., 1990) retrouve une prévalence vie entière d'un trouble lié à l'usage de substances chez les patients ayant un diagnostic de trouble psychiatrique de l'ordre de 29% et à l'inverse, un taux de comorbidité d'un autre trouble mental chez les patients ayant un trouble addictif de l'ordre de 37% (environ un tiers quand la substance incriminée est l'alcool et plus de la moitié quand il s'agit de substances illicites) (Benyamina et al., 2013). L'étude européenne épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD), soulignait la prévalence élevée des troubles dépressifs et anxieux liés à la consommation d'alcool en France, ainsi qu'une importante comorbidité entre eux, nécessitant une évaluation et la prise en compte de la présence éventuelle de cette comorbidité dans l'organisation des soins (Lépine et al., 2005). Les patients présentant une comorbidité développent généralement des symptômes plus sévères que ceux touchés par une seule pathologie. A titre d'exemple : 72% des patients alcoolodépendants ont un trouble dépressif ; 61% présentent toujours des symptômes dépressifs un mois après le sevrage (Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990). Le trouble lié à l'usage d'alcool est présent chez 37% des sujets présentant des troubles psychiatriques et jusqu'au deux tiers dans les troubles bipolaires (Di Florio et al., 2014). On note également des antécédents de tentatives de suicide, un accès au soin difficile, une efficacité thérapeutique moindre ainsi qu'un risque de rechute accru.

Tableau 2.1. Ratios de prévalence sur la vie entière de troubles psychiatriques chez des sujets souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool et de drogues, comparés aux sujets indemnes à partir de l'étude NESARC.

Etude NESARC (Bernardi et al., 2012; Compton et al., 2007; Hasin et al., 2007)	Odds ratios ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et les autres troubles psychiatriques (IC 99%) (*p<0,01)	
	Tout trouble lié à l'usage d'alcool (abus et dépendance à l'alcool)	Tout trouble lié à l'usage de drogue (abus et dépendance)
Prévalence vie entière	30,3 %	10,3 %
Tout trouble lié à l'usage de substances hors alcool et nicotine	6,7 (5,79-7,77)*	NR
Trouble lié à l'usage d'alcool	NR	5,6 (4,3-7,4)*
Dépendance à la nicotine	3,3 (2,96-3,65)*	3,2 (2,4-4,4)*
Tout trouble de l'humeur	1,4 (1,24-1,59)*	1,8 (1,3-2,4)*
Trouble dépressifs majeur	1,2 (1,09-1,41)*	1,4 (1,0-2,0)
Trouble bipolaire I	1,5 (1,21-1,97)*	2,3 (1,5-3,7)*
Trouble bipolaire II	1,6 (1,10-2,22)*	1,2 (0,6-2,6)
Dysthymie	1,0 (0,80-1,25)	2,1 (1,2-3,8)*
Tout trouble anxieux	1,5 (1,33-1,71)*	1,2 (0,9-1,7)
Stress post-traumatique ^a	0,9 (0,82-1,09)	NR
Tout trouble panique	1,1 (0,96-1,36)	1,5 (0,9-2,4)
Avec agoraphobie	0,8 (0,56-1,25)	1,4 (0,5-4,0)
Sans agoraphobie	1,2 (1,03-1,49)*	0,8 (0,3-2,1)
Phobie sociale	1,2 (1,03-1,50)*	1,2 (0,7-1,9)
Phobies spécifiques	1,3 (1,11-1,50)*	1,0 (0,7-1,4)
Anxiété généralisée	1,0 (0,77-1,22)	1,7 (1,0-2,9)
Hyperactivité avec déficit de l'attention ^{a,b}	0,88 (0,71-1,10)	1,22 (0,98-1,53)

Etude NESARC (Hudson et al., 2007; Martins & Gorelick, 2011)	Ratios de prévalence des TUS ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques (*p≤ 0,05).	
	Tout trouble lié à l'usage d'alcool (abus et dépendance à l'alcool)	Tout trouble lié à l'usage de drogue (abus et dépendance)
Schizophrénie	2,3 (0,8-6,4)	1,9 (0,07-53,1) ^c
Trouble du comportement alimentaire – Boulimie	4,6 (2,1-10,5)*	5,3 (1,6-17,6)*
Trouble du comportement alimentaire – Anorexie	2,9 (1,2-7,2)*	3,4 (1,3-8,4)*

a : n= 34 653. b : 807 sujets avec TDAH. c : trouble lié à l'usage de l'héroïne. NR : non renseigné.

Les résultats présentés ci-dessus, montrent en premier lieu l'importance de la comorbidité associée au trouble lié à l'usage de substances. On observe un ratio élevé entre l'usage des différentes substances sur la prévalence vie entière, ce qui suggère la présence de polyconsommation ou d'une substitution d'un produit pour un autre. Notons également un ratio élevé concernant la consommation de tabac. Les troubles de l'humeur, ainsi que les troubles du comportement alimentaires sont les plus représentés. En comparaison au trouble lié à l'usage de drogues (TUD), le trouble lié à l'usage d'alcool (TAU) est celui le plus lié à d'autres psychopathologies, avec notamment une présence plus élevée des troubles anxieux et dépressifs. Les troubles présentant les ratios les plus faibles sont respectivement le trouble de stress post-traumatique chez les TAU (non renseigné chez les TUD), le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et le trouble panique avec agoraphobie.

L'OMS² (1995) définit la **comorbidité** ou le « **diagnostic associé** » comme la cooccurrence chez un même individu d'un trouble dû à la consommation de substances psychoactives et d'un autre trouble psychiatrique. Ces troubles peuvent apparaître en même temps ou encore l'un après l'autre. Depuis une vingtaine d'années a émergé le concept de pathologie duelle pour désigner la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions. Cette situation de pathologie duelle est associée à une modification des symptômes comme par exemple une expression symptomatique de la dépression plus fréquemment comportementale avec de l'irritabilité, des conduites à risques, des comportements agressifs et des conduites suicidaires ; ou encore des symptômes intenses et sévères dans la symptomatologie maniaque et schizophrénique (Lucet & Olié, 2020). Soulignons à ce propos, l'existence de congrès nationaux – L'Albatros – et internationaux – le World Association of Dual Disorders (WADD) – traitant directement de la question des pathologies duelles et de leurs conséquences sur la prise en charge interdisciplinaire que le traitement de ces troubles conjoints implique.

Conclusion :

En se basant sur de très nombreuses études, on peut affirmer que l'association entre un trouble addictif et un trouble psychiatrique est courante. On observe une vulnérabilité partagée et croisée, ainsi que des comorbidités addictives multiples fréquentes (Pringuey et al., 2014). D'après les études épidémiologiques, l'association entre troubles psychiatriques et addiction touche un sujet addict sur deux et le tiers des patients psychiatriques. A peine une moitié accède aux soins et seulement 1/10 bénéficie d'une double prise en charge.

² Organisation Mondiale de la Santé

Partie B. Penser les interventions en psychologie de la santé dans une approche transdiagnostique

Cette partie reprend des éléments du chapitre publié : Leconstant, C., & Spitz, E. (2020). La régulation émotionnelle en prévention de la rechute Intervention assistée par le cheval basée sur la pleine conscience, in Muller, L., Laguette, V., & Dany, L. (2020). *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*. Éditions des archives contemporaines.

I. L'approche transdiagnostique en psychopathologie

Au vu des données épidémiologiques actuelles, on peut conclure qu'il est finalement assez rare de rencontrer un individu présentant uniquement des troubles addictifs. Pour fonder notre réflexion à propos des troubles addictifs, nous nous sommes orientés vers l'approche transdiagnostique en psychopathologie. L'approche transdiagnostique en psychopathologie propose de cibler les processus psychologiques qui sont responsables de l'apparition et du maintien des troubles, plutôt que de créer des approches thérapeutiques en fonction d'une pathologie en particulier. Par exemple, un nombre croissant de recherches ont remarqué que les ruminations mentales sont présentes dans une variété de troubles mentaux et représentent une composante transdiagnostique (pour une revue de la littérature, voir Ehring et Watkins, 2008). En ciblant ce processus, on peut donc avoir une action sur plusieurs troubles à la fois et réduire l'intensité de la symptomatologie. Dans cette approche, la validation des interventions psychothérapeutiques n'est donc plus pensée en termes de diagnostic, mais bien en termes de processus.

L'approche transdiagnostique en psychopathologie défend l'idée qu'il existe des processus psychologiques communs à différents troubles qui sont responsables de leur apparition et de leur maintien. Elle apparaît en réaction à la grande prévalence des cas comorbides enregistrés avec l'approche diagnostique catégorielle (DSM, CIM) et constitue une réponse possible aux limites des prises en charge ciblant les diagnostics. En ce sens, elle contribue au débat qui sous-tend un éventuel changement de paradigme dans la conceptualisation de la psychopathologie.

Kinderman (2005) propose que les troubles psychopathologiques soient déterminés directement et uniquement par des processus psychologiques et que ces derniers sont influencés par des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels (liés au contexte de vie). Ainsi, l'influence de ces facteurs sur les troubles psychopathologiques sera nécessairement médiatisée par les processus psychologiques. Ces trois facteurs ont un rôle contributif dans l'apparition des troubles mais avec un statut de « causes distales », c'est pourquoi on les appelle les *facteurs de risques distaux*. Les processus psychologiques, quant à eux, agissent comme « causes proximales » et sont nommés les *facteurs de risques proximaux* (cf. figure 2.1).

Les facteurs de risque distaux et proximaux entraînent des troubles multiples qui sont comorbides et expliquent la « multifinalité ». Nolen-Hoeksema et Watkins (2011) ajoutent au modèle des *modérateurs* qui interagissent avec les facteurs de risque proximaux pour déterminer les trajectoires divergentes, c'est-à-dire comprendre quels troubles particuliers les personnes développeront à partir d'un même processus dysfonctionnel (voir figure 2.1 ci-dessous). Par exemple, le processus de dysrégulation émotionnelle peut mener à des troubles différents en fonction des modérateurs. Une personne confrontée à des deuils successifs sera plus à même de présenter un trouble dépressif, tandis que les situations d'instabilité financière sont plus à même d'entraîner un trouble anxieux. Enfin, la détresse émotionnelle chronique semble potentialiser le système de récompense du cerveau, augmentant ainsi les risques de développer un trouble addictif (Brady & Sinha, 2005).

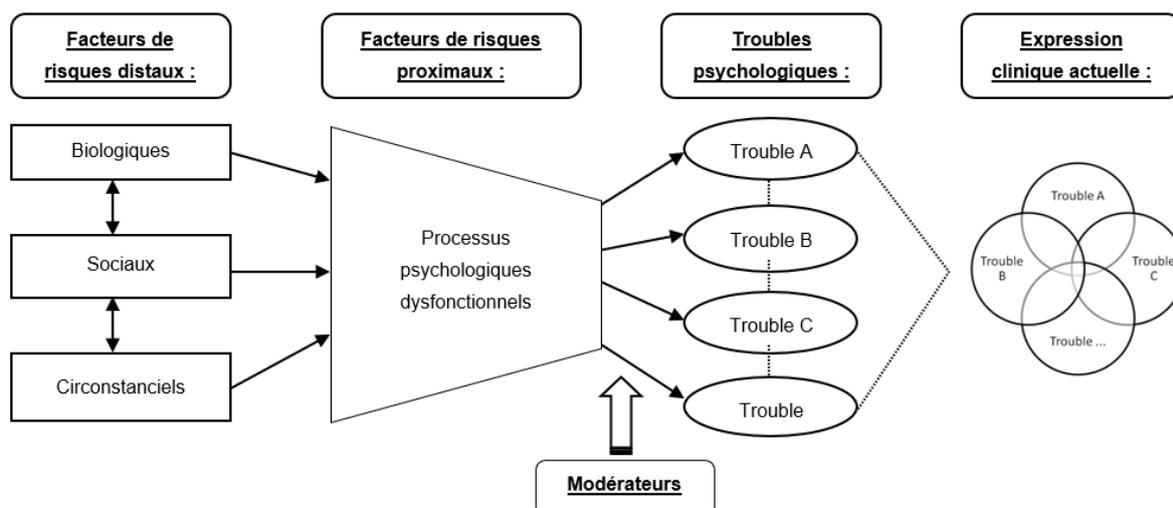


Figure 2.1 Adaptation du modèle transdiagnostique en psychopathologie d'après Nolen-Hoeksema et Watkins, 2011

Une telle perspective a des implications majeures pour la prise en charge clinique des patients puisqu'elle promeut l'application d'une approche transdiagnostique au sein de l'intervention thérapeutique. L'idée est qu'en ciblant les processus psychologiques, on a une action sur plusieurs troubles à la fois et on peut réduire l'intensité de la symptomatologie globale de l'individu. En conséquence, l'intervention clinique devra cibler les processus responsables de l'apparition et du maintien du trouble psychopathologique. Dans cette approche, la validation des interventions psychothérapeutiques n'est donc plus pensée en termes de diagnostic mais bien en termes de processus (Monestès & Baeyens, 2016).

Plusieurs processus transdiagnostiques potentiels ont été proposés dans la littérature (Mansell et al., 2008) : les ruminations (pour une revue de la littérature, voir Ehring & Watkins, 2008), l'évitement expérientiel (Barlow et al., 2004), les biais attentionnels (Mathews & MacLeod, 2005), le perfectionnisme (Egan et al., 2011) ou encore la flexibilité psychologique (Levin et al., 2014). Cependant, malgré l'éventail des processus transdiagnostiques examinés, la régulation émotionnelle est sans doute l'un des processus les plus étudiés (Norton & Paulus, 2016).

II. La régulation émotionnelle comme processus transdiagnostique

Définir le concept de régulation émotionnelle qui fasse consensus reste à ce jour une tâche bien difficile. Sa définition est relativement large et couvre une multitude de processus comme l'identification, la compréhension ou encore l'intégration de l'information émotionnelle. Nous pouvons retenir que la régulation émotionnelle requiert de la part de l'individu, la gestion et l'organisation de différents systèmes et sous-composantes tels que la physiologie, l'expression ou encore les tendances à l'action, dans le but d'adapter son comportement émotionnel au contexte et aux normes socioculturelles et/ou pour faciliter l'atteinte de ses buts et besoins (Korb, dans Sander & Scherer, 2014).

A l'heure actuelle, nous disposons de données de plus en plus nombreuses qui suggèrent que les difficultés de régulation émotionnelle sont intrinsèques à de multiples formes de psychopathologie (Kring & Sloan, 2009), faisant de ce processus une cible clé des interventions psychologiques (Matthias Berking et al., 2008; Campbell-Sills & Barlow, 2007; Gratz et al., 2015).

Sloan et al. (2017) ont réalisé une revue systématique sur la régulation émotionnelle dans la prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles addictifs, des troubles du comportement alimentaire et du trouble de la personnalité borderline. Ils ont constaté dans 64 des 67 études incluses, une diminution significative de l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées après l'intervention. Ces résultats ont été retrouvés quel que soit le protocole d'intervention administré, quel que soit le modèle théorique de la régulation émotionnelle utilisé et quel que soit le trouble ciblé dans l'intervention psychologique. De plus, ces études ont montré une diminution de la sévérité des symptômes à la fois pour le trouble spécifique visé par l'intervention et pour d'autres troubles psychologiques mesurés. Ces résultats appuient l'idée selon laquelle, en dépit de leur spécificité, les thérapies auraient des voies d'actions communes pour la prise en charge de troubles spécifiques, en ciblant ici la réduction de la dysrégulation émotionnelle.

Dans une approche plus nuancée, les auteurs soulignent la possibilité de conserver un protocole qui cible un trouble unique et d'y adjoindre un module transdiagnostique complémentaire qui cible la régulation émotionnelle et qui pourrait contribuer à réduire la psychopathologie globale. Par exemple, une équipe de recherche a mis au point un module sur l'apprentissage de la régulation des émotions « The Affect Regulation Training (ART) » qui peut être ajouté à toute forme d'interventions validées empiriquement (Berking et al., 2008) et qui comprend par exemple un entraînement à la pleine conscience, la tolérance à la détresse et des techniques d'exposition. L'ajout de « The Affect Regulation Training » en même temps que la TCC dans un échantillon de patients hospitalisés atteints de trouble dépressif majeur s'est avéré produire une diminution significative, plus importante, de la dépression, des affects négatifs et une augmentation significative, plus importante, du bien-être et de la régulation des émotions que dans le groupe TCC seule (Berking et al., 2013).

Cependant, à l'heure actuelle, nous disposons de peu d'études qui aient mesuré le lien de causalité entre le développement d'une meilleure capacité de régulation émotionnelle et l'amélioration de la psychopathologie. A notre connaissance, seule l'étude longitudinale de Radkovsky et al. (2014) a démontré un lien causal en montrant que l'augmentation des capacités de régulation émotionnelle était associée à une plus grande réduction subséquente des symptômes dépressifs. Il est donc important qu'à l'avenir des recherches visent à examiner la régulation émotionnelle en tant que processus de changement, de manière longitudinale, afin de fournir des preuves plus solides à l'appui de la régulation émotionnelle comme cible centrale des interventions psychologiques.

2.1. Intérêt de la régulation émotionnelle en prévention de la rechute

Les états émotionnels font partie intégrante du modèle de la rechute de Marlatt et avaient été identifiés comme un facteur prédictif de rechute après la prise en charge (Marlatt, 1978). Plusieurs études ont rapporté un lien étroit entre affect négatif et rechute dans l'abus de substance (par exemple, Hodgins et al., 1995; Shiffman et al., 1996). Plus récemment, Baker et ses collègues (2004) ont identifié l'affect négatif comme principal motif de consommation de substances, même si la régulation d'affects positifs peut aussi être impliquée. Les auteurs soutiennent que par des cycles répétés de consommation de substances et de sevrages, l'organisme des personnes dépendantes a été sensibilisé dans la perception des indices intéroceptifs associés aux affects négatifs, sans qu'elles en aient conscience. En

conséquence, elles ne parviennent plus à identifier qu'elles consomment un produit pour éviter le ressenti d'émotions négatives. En résumé, les difficultés de régulation émotionnelle sont à ce jour, non seulement reconnues comme ayant un rôle majeur dans le développement et le maintien de la psychopathologie, mais aussi de manière plus spécifique dans le risque de rechute des personnes dépendantes.

III. Réflexion méthodologique à propos de l'approche transdiagnostique pour la compréhension du trouble lié à l'usage de substances et sa prise en charge

Les données cliniques de notre échantillon, émanant du dossier médical des patients à l'admission, semblent cohérentes avec les éléments de la littérature concernant les troubles comorbides couramment associés au TUS. Nous avons fait le choix de présenter ses données descriptives ici afin d'appuyer notre choix d'une approche transdiagnostique et de distiller le grand nombre d'informations recueillies durant le doctorat. Le tableau 2.2 dresse un état des lieux des symptômes psychiatriques de notre l'échantillon rapporté à l'échelle Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis & Savitz, 2000). On peut voir que notre échantillon présente des moyennes significativement plus élevées que celles de la population générale pour l'ensemble des troubles psychiatriques évalués à partir de la SCL-90.

Tableau 2.2 Comparaison entre les moyennes obtenues par notre échantillon et les moyennes de références de la SCL-90 pour la population générale

SCL-90-R Dimensions	ECH N= 208		SCL N= 896		P*
	Note brute		Note brute		
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Somatisation (SOM)	0,86	0,72	0,49	0,40	<.001
Obsession-Compulsion (OC)	1,25	0,87	0,56	0,47	<.001
Traits Sensitifs (SENS)	1,02	0,87	0,39	0,44	<.001
Dépression (DEP)	1,31	0,88	0,45	0,46	<.001
Anxiété (ANX)	0,99	0,79	0,25	0,30	<.001
Hostilité (HOS)	0,60	0,65	0,38	0,44	<.001
Anxiété Phobique (PHOB)	0,62	0,71	0,13	0,23	<.001
Idéations Paranoïaque (PAR)	1,24	0,86	0,39	0,48	<.001
Traits Psychotiques (PSY)	0,78	0,69	0,16	0,22	<.001
Indice Global de Gravite	1,01	0,68	0,38	0,29	<.001

* Test t pour échantillon unique.

Interprétation : Score minimal 0, maximal : 4

Un score de 1, indique le rapport de symptômes légers. Les patients de notre échantillon rapportent notamment des symptômes en lien avec des idéations et des comportements obsessifs et compulsifs, des traits sensitifs, indiquant une sensibilité au jugement et à la critique des autres, des symptômes dépressifs et anxieux et des idéations paranoïaques. Les moyennes obtenues par notre échantillon sont significativement plus élevées que celles de la population générale pour toutes les dimensions évaluées ($p < 0,001$).

3.1. Hypothèses des facteurs de risques distaux et proximaux possiblement impliqués dans le développement et le maintien du TUS

La figure 2.2 présente l'heuristique transdiagnostique que nous avons théorisée. Après une revue de la littérature, concernant la prévalence des comorbidités associées au trouble addictif, il apparaît que les événements traumatiques vécus durant l'enfance et les troubles de l'attachement développés au cours de l'enfance ont un rôle dans le développement du TUS. Nous avons donc placé ces deux causes au niveau des facteurs de risque distaux. Elles ont un rôle contributif dans l'apparition du TUS mais avec un statut de « causes distales », c'est-à-dire plus éloigné sur le développement et le maintien de la pathologie. Nous souhaitons ensuite étudier la contribution de trois facteurs de risques proximaux, c'est-à-dire ayant un rôle plus direct sur le développement et le maintien du TUS :

- Les difficultés de régulation émotionnelle,
- Les Schémas précoces inadaptés de Young,
- La dissociation.

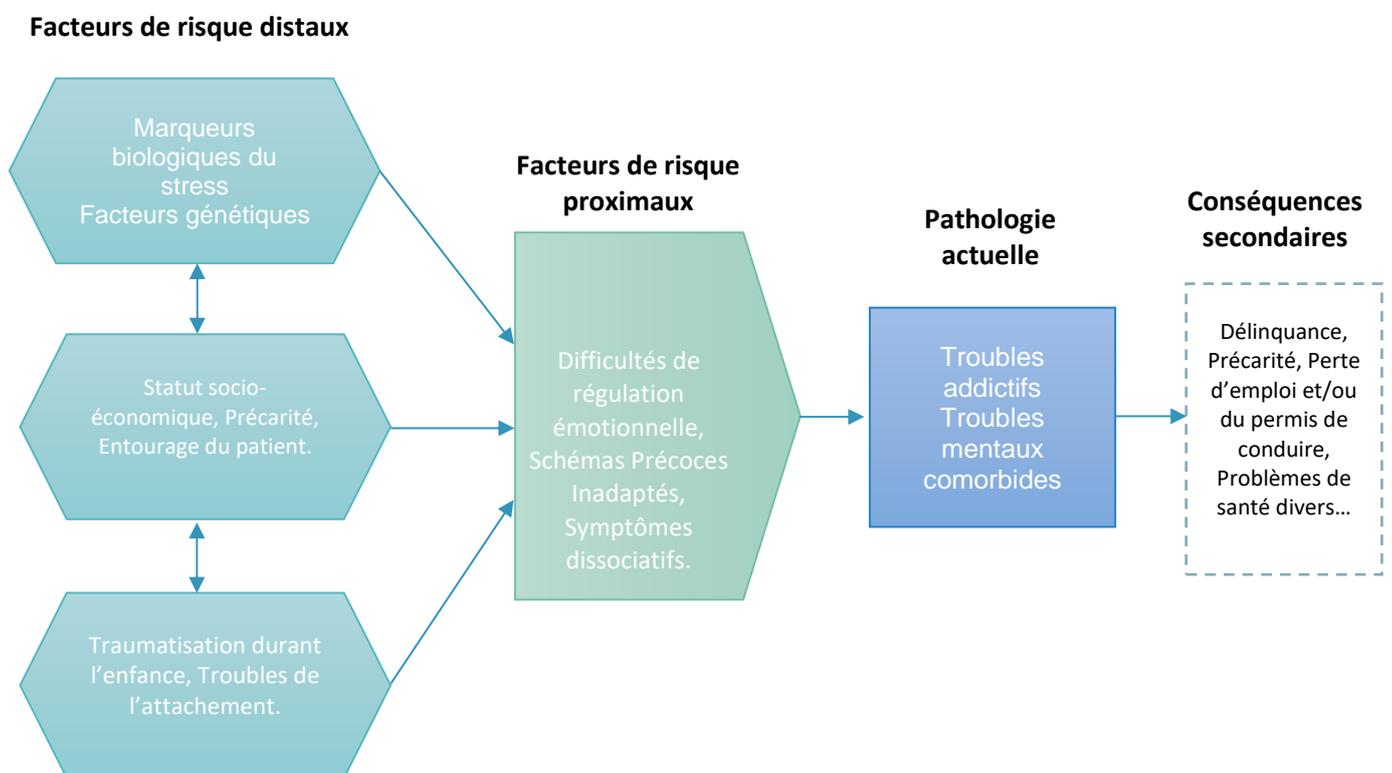


Figure 2.2 Le modèle de la détermination des troubles psychopathologiques de Kinderman et Tai (2007) complété par Nerf, Philippot et Verhofstadt (2012) adapté à cette étude.

Les données recensées avec la SCL-90 indiquent la présence de symptômes psychiatriques sur quasiment toutes les variables évaluées. Elles confirment l'intérêt de nous baser sur une approche transdiagnostique pour le développement d'une intervention complexe en psychologie de la santé. Cependant, nous pouvons noter que cette échelle ne fournit pas de données concernant le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans le chapitre 3 nous présenterons notamment un état des lieux de la littérature concernant la prévalence du TSPT chez les patients TUS, ainsi que les conséquences associées à cette comorbidité. Nous présenterons ensuite les données de prévalence des symptômes de stress post-

traumatique et dissociatifs de notre échantillon, en fonction du temps de séjour effectué par les patients. Nous discuterons enfin du repérage et du diagnostic du TSPT, des prises en charge intégrées TSPT-TUS, et proposerons des pistes pour l'implémentation de tels programmes en addictologie.

Pour explorer davantage la question du TSPT-TUS, le chapitre 4 présentera les Schémas précoces inadaptés de Young. Nous y exposerons le taux de prévalence des Schémas dans notre échantillon et nous proposerons une brève comparaison avec ceux d'études précédentes. Nous discuterons enfin de leur pertinence pour la prise en charge du TSPT-TUS, et notamment de leurs implications pour les modèles de prévention de la rechute.

3. Troubles addictifs et Trauma complexe

De la nécessité du dépistage pour une meilleure prise en charge

RESUME :

La fréquence et la prégnance des troubles émotionnels liés à des traumatismes psychiques sont des données régulièrement rapportées parmi les facteurs qui favorisent, voire déterminent l'abus ou la dépendance à certaines substances. Mais, si cette association est à présent corroborée par de nombreuses études épidémiologiques et cliniques, elle est encore insuffisamment prise en compte sur le plan thérapeutique. En France, peu de centres thérapeutiques proposent des traitements intégrés pour la prise en charge conjointe du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et du trouble lié à l'usage de substances (TUS). Nos résultats indiquent qu'une forte proportion des patients accueillis en Centre de Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie (CSSRA) présente un profil TSPT-TUS modéré à sévère. Un quart d'entre eux rapportent également des scores élevés de symptômes dissociatifs. A posteriori, nos résultats montrent que les patients ayant, à l'admission, les profils TSPT-TUS les plus sévères sont aussi ceux qui ont réalisé les séjours les plus longs. Nous discutons de l'intérêt du dépistage systématique du TSPT dans la prise en charge du TUS et de l'implémentation d'une approche fondée sur le trauma dans les structures addictologiques, visant à créer un rapprochement entre la recherche fondamentale et les services cliniques tels que les CSSRA et les CSAPA³.

I. Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble lié à l'usage de substances (TUS) sont deux pathologies qui présentent un fort taux de comorbidité. Très souvent, les recherches sur le TUS incluent indifféremment la dépendance à l'alcool et aux autres substances ; sachant qu'un grand nombre de sujets présentent des polyconsommations. Dans leur revue de la littérature, Jacobsen et al. (2001) rapportent un taux de comorbidité TSPT-TUS variant de 20 % à 75 % selon les populations étudiées, un taux trois fois plus élevé que celui de la population générale (Driessen et al., 2008; Kessler et al., 2005; Ouimette et al., 2007). Et plus de 90% des personnes atteintes d'un TSPT ont présenté, au moins une fois dans leur vie, d'autres troubles psychiques dont les plus fréquents sont la dépression majeure et l'abus de substances psychoactives (Kessler et al., 1995).

C'est dans les établissements de santé que les taux sont les plus élevés. En effet, des études ont montré qu'un grand nombre de patients rencontrés dans les centres de soins en addictologie ont subi un ou plusieurs événements traumatiques (Cusack et al., 2013; Fidelle et al., 2009; Schwandt et al., 2013). Dans l'étude de Farrugia et al. (2011), 77 % des patients ayant un TUS rapportent avoir subi au moins un traumatisme avant l'âge de 16 ans. Les types de traumatismes les plus fréquents sont les agressions sexuelles (55%), le fait d'être témoin de blessures graves ou d'un décès, le viol et l'agression physique. Quarante-trois pour cent de ces patients ont également déclaré que le traumatisme subi pendant l'enfance était l'événement le plus bouleversant qu'ils ont vécu. Différents auteurs ont montré une association entre la consommation de substances psychoactives et le fait d'avoir subi différents événements traumatiques tels que les violences physiques et sexuelles (Blood & Cornwall, 1996; Cusack et al., 2013; Hiebert-Murphy & Woytkiw, 2000). En particulier, des études ont montré que les patients souffrant de

³ Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

symptômes en lien avec un événement traumatique subi durant l'enfance ont une plus forte probabilité de développer un TUS que les autres (Enoch, 2011; Lotzin et al., 2016; Pilowsky et al., 2009). A ce titre, un certain nombre d'auteurs postulent que le TSPT est souvent antérieur au TUS, lui conférant ainsi le statut de facteur déterminant (Back et al., 2005; Fidelle et al., 2009; Jacobsen et al., 2001; Moustafa et al., 2021). Au-delà de la compréhension de la trajectoire développementale de ces troubles, les recherches ont ainsi établi le point fondamental et important selon lequel le TSPT et le TUS sont souvent concomitants (Brady et al., 2004; Brunault et al., 2019; Jacobsen et al., 2001; Najavits et al., 2003). De nouveaux concepts ont émergé, notamment celui de « pathologie duelle » pour désigner la présence comorbide de troubles psychiatriques et du TUS (Benyamina, 2018).

Les liens qui associent les conduites addictives et les antécédents de psychotraumatismes font partie des évidences cliniques pour les praticiens qui travaillent auprès de personnes souffrant de troubles addictifs. D'après le témoignage de patients et les études menées, l'usage de substances aurait une fonction « d'auto-médication », afin d'échapper à la douleur émotionnelle d'un traumatisme (Hawn et al., 2020; Tapia et al., 2017). Cependant, l'abus de substances pourrait être plus largement utilisé pour faire face aux émotions dérégulées qu'elles soient négatives ou positives (Weiss et al., 2013, 2021).

Les besoins cliniques de cette population sont importants et urgents (Najavits, 2006). Le tableau clinique des patients souffrant d'une comorbidité TSPT-TUS est plus sévère et d'autant plus si des événements traumatiques ont été vécus durant l'enfance (Farrugia et al., 2011). Les patients TSPT-TUS rapportent des taux de traumatismes plus élevés que ceux ayant uniquement un TUS et présentent une plus grande détresse psychologique. On observe également la présence d'autres troubles de l'axe I et II, avec majoritairement des troubles thymiques se manifestant par de la dépression majeure, des tentatives de suicide ou de l'automutilation (Cohen & Hien, 2006; Hien et al., 2000; Mills et al., 2005). Ces patients présentent aussi une dépendance plus sévère (polyconsommation, consommation plus élevée et plus fréquente) (Brown, 2000; Hien et al., 2000; Kubiak, 2004; Stewart et al., 2002). Cette comorbidité est aussi associée à des hospitalisations plus fréquentes (Brown et al., 1995), avec un risque accru de rechute, un abandon précoce du traitement et des périodes d'abstinence plus courtes à la suite du traitement comparativement aux patients TUS non traumatisés (Driessen et al., 2008; Norman et al., 2007, 2012). Les études rapportent fréquemment une moins bonne adhésion au traitement et de moins bons résultats thérapeutiques (Ford & Smith, 2008; Najt et al., 2011). En particulier, une étude récente a montré qu'un âge précoce du traumatisme prédit une réduction moindre de la consommation de substances psychoactives quel que soit le type de traitement administré (Fitzpatrick et al., 2020).

Des problématiques médicales, sociales et juridiques sont fréquemment associées à ce tableau clinique, avec en particulier un recours plus fréquent aux services d'urgences, un taux plus élevé d'infections par le VIH et les virus des hépatites B et C (Benyamina, 2014; Lukasiwicz, 2006), un taux plus élevé de complications judiciaires et d'incarcérations, plus de problèmes financiers par manque de gestion adaptée, et un fonctionnement social et professionnel amoindri (Gielen et al., 2012; Hien et al., 2000; Ouimette et al., 2006). Les patients TSPT-TUS ont également un niveau d'éducation et un revenu annuel inférieurs et vivent plus souvent seuls que ceux ayant uniquement un TUS (Mills et al., 2005; Riggs et al., 2003). Ainsi, dans la majorité des cas, en plus d'une prise en charge médicale et psychologique, un accompagnement social s'impose pour corriger les effets désocialisant du TUS (Lucet & Olié, 2020).

La comorbidité TSPT-TUS représente donc une vulnérabilité plus importante avec des conséquences médico-psychosociales plus lourdes (Najavits et al., 2020; Nazarian et al., 2012). Les cliniciens eux-mêmes considèrent que cette comorbidité est beaucoup plus difficile à traiter que l'un de ces troubles pris isolément (Lotzin et al., 2018; Najavits, 2002b). En effet, la complexité des conséquences psychiques des psychotraumatismes entraîne souvent des tableaux cliniques sévères avec l'intrication de nombreux symptômes confusiogènes, à tel point que l'origine traumatique des souffrances peut rester

masquée par d'autres difficultés davantage apparentes (Auxéméry, 2019). La prise en charge de ces patients est donc plus complexe et nécessite une collaboration étroite entre les différents champs d'intervention, collaboration qui n'est pas toujours facile à mettre en place dans la réalité.

Dans le champ de l'addiction, l'intervention fait peu état du TSPT que ce soit au moment de l'évaluation ou de l'élaboration de la stratégie thérapeutique. Dans le champ de la psychiatrie, on recommande souvent le traitement du trouble addictif en première intention afin que le patient soit disposé à réaliser un suivi psychothérapeutique régulier pour le traitement de son traumatisme (Killeen et al., 2008; Roberts et al., 2020; Roberts, 2021; Schumm & Gore, 2016). Il en résulte que le sous-diagnostic ou le mauvais diagnostic du TSPT et du TUS sont courants (Davidson, 2001; Najavits, 2004) et la plupart des patients atteints de TUS ne sont pas évalués pour le TSPT ni traités (Brown et al., 1998; Gielen et al., 2012; Najavits et al., 2004). Chez les patients présentant une comorbidité, seulement 8 % reçoivent des soins spécifiques intégrés ou parallèles prenant en compte les deux diagnostics (Watkins et al., 2001).

Lemaire et Lecolier (2013) font état d'un clivage historique entre le système de soins psychiatriques et le système de soins en addictologie. Il en résulte un manque de dissémination croisée des connaissances acquises dans les deux champs d'études, car les chercheurs du champ du TSPT et ceux du champ du trouble addictif œuvrent traditionnellement au sein d'organisations et de programmes mutuellement exclusifs, du fait de la compartimentation des soins (Simoneau & Guay, 2008). En France, ce clivage semble être présent à tous les niveaux, ainsi, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2001) concernant le repérage, le diagnostic et la prise en charge du trouble addictif n'incluent pas d'information concernant la recherche et le traitement du TSPT. D'ailleurs, il n'existe pas encore de recommandations spécifiques françaises au sujet du TSPT. Actuellement, des conférences de consensus sont réalisées et un travail collectif devrait être rendu public en novembre 2021. Nous renvoyons donc le lecteur intéressé par l'intégration d'une approche fondée sur le trauma dans les services de soins vers les recommandations de la SAMSHA⁴ (2014). Cette approche se distingue des services spécifiques de traitement des traumatismes, mais comprend des interventions spécifiques aux traumatismes, qu'il s'agisse d'évaluation, de traitement ou de soutien au rétablissement.

Ainsi, malgré des avancées considérables dans ce domaine ces vingt dernières années, le traitement conjoint du TSPT-TUS reste encore très à la marge dans les structures de soins addictologiques (Gielen et al., 2014). Un des obstacles restant à surmonter pour parvenir au développement d'un traitement intégré TSPT-TUS est d'accepter d'opérer des modifications du traitement standard du TUS. Najavits (2002a) considère que cela peut être particulièrement utile pour les patients à double diagnostic, et en particulier pour ceux atteints de TSPT-TUS. En effet, pour ces patients, il peut par exemple être plus compliqué de se conformer à l'objectif d'abstinence totale, lequel reste encore aujourd'hui l'objectif central dans la prise en charge de l'alcoolodépendance en soins résidentiels (Karila, 2018; Tison et al., 2017). De plus, les nouvelles approches pour le traitement des TUS, notamment la réduction des risques (qui renforce la diminution de la consommation plutôt que d'exiger l'abstinence totale), ne sont pas encore adoptées par tous les centres de traitement (Witkiewitz & Tucker, 2020). Pourtant, de récentes études et méta-analyses démontrent que la réduction de la consommation d'alcool, sans aller jusqu'à l'abstinence, est réalisable, durable et associée à une amélioration de l'état et du fonctionnement de certaines personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool (Henssler et al., 2020; Witkiewitz et al., 2021). Les recommandations actuelles invitent à une plus grande flexibilité dans les objectifs de traitement des TUS, notamment lorsqu'un TSPT est concomitant. L'abstinence reste une option globale à moindre risque, cependant il n'est pas nécessaire de limiter le traitement intégré pour le

⁴ SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

TUS à une stricte adhésion à l'abstinence (Lozano et al., 2021), en particulier si des objectifs de consommation contrôlée sont ciblés (cf. thérapie d'aide à la gestion de l'addiction).

1.1. Trauma complexe et Trouble lié à l'Usage de Substances

Les études précédemment citées révèlent qu'un grand nombre de patients souffrant de TUS présente un TSPT, et rapporte avoir vécu des événements traumatiques chroniques durant leur enfance. Or, les conséquences des traumatismes infantiles sont plus néfastes que celles d'un traumatisme de type I, qui correspond au fait d'avoir vécu un événement unique et inattendu posant une menace vitale aiguë ponctuelle. Felitti et al. (1998, 2019) ont récemment publié les résultats d'un travail débuté en 1995. Entre 1995 et 1997, 17 300 sujets adultes ont initialement intégré cette étude. Le but de cette enquête était d'étudier l'influence des traumatismes de l'enfance (adverse childhood experiences [ACE]), tels que les abus psychologiques, physiques, sexuels ou encore la négligence affective sur la santé future de l'adulte. Le nombre de catégories de ces expériences négatives dans l'enfance a ensuite été comparé aux mesures des comportements à risque, à l'état de santé et aux maladies à l'âge adulte. Plus de la moitié des répondants ont déclaré au moins une catégorie d'expositions traumatiques pendant l'enfance, et un quart ont déclaré ≥ 2 catégories. Le suivi au long cours des sujets déclarant plusieurs ACE par rapport aux sujets sans aucune ACE, a montré une augmentation nette du risque pour certains comportements et maladies et notamment pour les TUS, la dépression et les tentatives de suicide, les maladies sexuellement transmissibles, l'inactivité physique et l'obésité sévère. Le nombre d'ACE pendant l'enfance a montré une relation graduelle avec la présence de maladies à l'âge adulte. L'étude ACE conclut à l'impact fortement défavorable des traumas infantiles sur la santé mentale et physique de l'adulte. Elle montre que les traumas infantiles agissent de façon négative sur le développement du système nerveux, créant ainsi des désordres émotionnels et cognitifs qui favorisent l'adoption de comportements à risque, eux-mêmes inducteurs de maladies, d'incapacités et de problèmes sociaux.

Pour ces raisons, un grand nombre de chercheurs et cliniciens jugent utile de différencier le traumatisme de type I qui est nommé Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) dans les classifications internationales, et le traumatisme de type II, le trauma complexe. Le traumatisme complexe ou « DESNOS » (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) est défini comme un trouble à l'âge adulte qui peut être considéré comme la résultante d'une situation de victimisation chronique et prolongée (notamment durant l'enfance), individuelle ou en groupe, qui se distingue du traumatisme simple par le caractère répétitif de la situation traumatique (tel que la maltraitance, les agressions sexuelles ou encore la torture). En outre, les symptômes d'un trauma complexe sont plus durables, plus variés et moins prototypiques que ceux d'un TSPT (ou trauma simple), pouvant mener à des changements au niveau de la personnalité, à une modification majeure des relations aux autres et du rapport à soi (Tarquinio & Montel, 2014). Les six catégories de symptômes que couvre le concept de DESNOS sont les suivants ; 1) altération dans la régulation des affects et des impulsions, 2) altération de l'attention et de la conscience, 3) altération dans la perception de soi, 4) altération dans les relations avec les autres, 5) somatisation et 6) perturbation dans le système de valeurs et croyances (Courtois, 2008). Pour l'heure, seule la CIM-11 a inclus le diagnostic de TSPT complexe dans sa classification. Concernant sa prise en charge psychologique, un certain nombre de cliniciens adhèrent au traitement en trois phases de Janet⁵ (1859 – 1947), qui rappelle fortement le traitement de la dissociation traumatique,

⁵ Janet proposait notamment une structure de traitement en trois temps en psychotraumatologie, sous la forme d'une première phase de stabilisation, puis celle consistant à travailler directement sur les traumatismes, pour finir par une phase d'intégration et d'accompagnement au changement (Dellucci, 2016).

que certains auteurs (Nijenhuis, 2014; Van Der Hart et al., 2017) considèrent comme le principal moteur du trauma complexe.

Au vu des données précédemment citées, le double diagnostic TSPT-TUS concerne donc très souvent la présence d'un trauma complexe associé au trouble addictif. La prise en charge du trauma complexe est spécifique (Kédia et al., 2013) et demande l'aménagement des protocoles d'exposition au traumatisme couramment pratiqués pour le traitement du TSPT simple quelles que soient les modalités d'exposition : EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; Shapiro, 2002), thérapie cognitivo-comportementale par exposition avec le programme TF-CBT (Trauma focused cognitive behavioral therapy ; Mannarino et al., 2014). En particulier, chez les patients TSPT-TUS, des études ont montré que les thérapies d'exposition enregistrent des taux élevés d'abandon comparativement à un traitement intégré sans exposition (Jarnecke et al., 2019; Kline et al., 2021; Najavits, 2015), comme le programme « Seeking Safety » développé par Najavits (2002a). D'autre part, les critères d'inclusion des études contrôlées randomisées (ECR) excluent fréquemment les patients les plus perturbés avec le diagnostic de personnalité borderline, et ceux souffrant de comorbidités telles que les TUS, le risque de suicide, la psychose, la dépression majeure, l'automutilation non suicidaire, les troubles de la personnalité et la dissociation (Bradley et al., 2005; Jonas et al., 2013). Cela soulève de sérieuses questions quant à l'applicabilité des traitements validés par les ECR pour ces patients et laisse les cliniciens incertains quant à la meilleure façon de mettre en œuvre un traitement efficace. C'est pourquoi, Silver et Levant (2019) jugent les recommandations de l'APA (2006) pour le traitement du TSPT mal adaptées pour les patients présentant un profil complexe et suggèrent de les réviser en engageant un dialogue entre les chercheurs et cliniciens pour la création de futures lignes directrices. Le traitement du TSPT-TUS doit, en plus de son efficacité, tenir compte du contexte culturel, des valeurs et des préférences du patient (Silver & Levant, 2019).

1.2. Dissociation et Trouble lié à l'Usage de Substances

L'intérêt porté à la comorbidité entre psychotraumatisme et addiction ne concerne pour l'instant que le TSPT et non les autres troubles liés à un psychotraumatisme tels que les symptômes et troubles dissociatifs, couramment associés au trauma complexe. Pour Kédia (2009), l'historique du concept de dissociation montre que la multiplicité des approches entraîne une certaine confusion, en particulier en France. Les troubles dissociatifs sont officiellement devenus des diagnostics psychiatriques à partir de 1980 avec leur introduction dans le DSM-III. Avant 1980, ils étaient répertoriés comme symptômes et associés à la conversion sous les névroses hystériques du DSM-II. D'après Coons (1998), dans de nombreux cas, les troubles dissociatifs sont soit sous-diagnostiqués, soit mal diagnostiqués par les professionnels de santé mentale. Les raisons de ce sous-diagnostic sont diverses et comprennent : une méconnaissance des diagnostics, une méconnaissance de la symptomatologie dissociative, une méconnaissance de l'épidémiologie des troubles dissociatifs, voire une incrédulité totale dans certains diagnostics de troubles dissociatifs, principalement le trouble dissociatif de l'identité et l'amnésie dissociative. D'autre part, un certain scepticisme de la part de professionnels de santé et des chercheurs semble persister à l'égard des troubles dissociatifs. Une étude de Leonard et al. (2005) a recensé que sur les 250 cliniciens interrogés, seulement 55% d'entre eux considéraient les troubles dissociatifs comme des diagnostics valides ; 35% les considéraient comme des diagnostics douteux et 10% comme des diagnostics invalides. Les auteurs considèrent que ces résultats peuvent être liés à certaines des difficultés perçues par les patients, notamment des retards dans le diagnostic, un traitement sous-optimal et des expériences négatives avec les cliniciens.

Dans la littérature, les symptômes dissociatifs sont couramment évalués à partir de l'échelle des expériences dissociatives (DES : Bernstein & Putnam, 1986) (voir point 2.2.4 pour plus de précisions

sur cette échelle). Concernant la dissociation chez la population TUS, on retrouve des scores DES variables d'une étude à une autre, allant de scores relativement faibles 11,4 (Langeland et al., 2002) et 12,3 (Schäfer et al., 2007), à des scores plus élevés 24,5 (Karadag et al., 2005) et 29,0 (Tamar-Gurol et al., 2008). Une étude de Najavits et Walsh (2012) a trouvé un score moyen au DES de 19,44, avec 20,8% des sujets de l'échantillon qui présentaient un score DES élevé (30 ou plus) associé au pré-diagnostic d'un trouble dissociatif. Une méta-analyse de Lyssenko et al. (2018), rapporte un score moyen de dissociation évaluée à l'aide de la DES, de 19,7 chez les personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool, et 17,7 chez celles ayant un trouble de l'usage d'autres substances psychoactives. En comparaison, chez les personnes souffrant de troubles dissociatifs de l'identité, on retrouve un score DES moyen de 48,7, et un score DES de 28,6 chez celles présentant un TSPT. D'autre part, les scores de dissociation sont positivement corrélés avec le score de symptômes de TSPT évalués à partir de la PCL-5 (Gainer et al., 2021; Lyssenko et al., 2018; Mergler et al., 2017). La majorité des patients souffrant de troubles dissociatifs présentent des facteurs psychologiques précipitants et rapportent avoir vécu des traumatismes dans leur enfance (AL-Jiboori, 2008). Dans une étude de Somer (2003), la dissociation prédit un bas niveau d'abstinence chez les usagers d'héroïne en traitement. L'auteur conclut que sans un traitement optimal pour le traitement de la résolution du trauma et de la dissociation, les résultats du traitement de l'addiction seront compromis.

Plus largement, il semble évident que sans diagnostic correct, la prise en charge sera rarement adaptée. Un diagnostic de comorbidité qui n'est pas correctement établi induit un risque plus élevé de détérioration sur le plan psychosocial, une chronicisation de la dépendance aux substances psychoactives, et le développement de polyaddictions. Différents auteurs ont émis des critiques par rapport aux classifications nosologiques actuelles qui concourent à la compartimentation des soins et à la création de protocoles de traitements standardisés à l'usage d'un trouble unique. Il a par exemple été rapporté que ces classifications laissent peu de place aux manifestations psychotraumatiques qui n'entrent pas dans la catégorie du TSPT. Face aux limites afférentes à l'approche clinique fondée sur des diagnostics psychiatriques et des protocoles thérapeutiques standardisés, des auteurs ont participé au développement d'une approche transdiagnostique en psychopathologie qui explique les phénomènes psychopathologiques par des processus psychologiques et rend compte de la comorbidité par des facteurs explicatifs communs. Un nombre croissant d'études s'est à présent accumulé, et montre que des processus communs - essentiellement cognitifs, émotionnels, relationnels et comportementaux- sont partagés par différents troubles et qu'ils peuvent contribuer de façon causale au développement et/ou au maintien des symptômes observés (Harvey et al., 2004). La dissociation pourrait ainsi être considérée comme un processus psychologique dysfonctionnel, constituant un facteur de risque proximal en psychopathologie. La méta-analyse de Lyssenko et al. (2018) a d'abord mis en évidence que les symptômes dissociatifs sont présents dans une variété de troubles psychiatriques, et l'étude de Ellickson-Larew et al. (2020) a montré que la dissociation est liée au maintien d'un large panel de troubles psychiatriques, et qu'à ce titre elle peut être considérée comme un symptôme multidimensionnel transdiagnostique.

1.3. Objectifs de l'étude

Notre étude avait pour objectif la description des symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs chez des patients TUS accueillis en centre de post-cure.

Hypothèse ad hoc : sur la base de la littérature existante et de notre expérience clinique, nous avons émis l'hypothèse que les patients en séjour long présentaient, au moment de leur admission, une symptomatologie traumatique plus sévère que les patients engagés sur un séjour court.

Ces investigations ont pour objectif de fournir des données supplémentaires pour déterminer l'intérêt du dépistage du TSPT à l'admission et de l'implémentation de traitements intégrés TSPT-TUS dans les dispositifs de soins résidentiels de longue durée en addictologie.

II. Méthodologie

2.1. Participants

Deux-cent-huit participants ont pris part à cette étude sur une période de 2 ans (de 2017 à 2019). Il s'agit d'adultes présentant des troubles de l'usage de substances selon les critères du DSM 5, pris en charge, en France, en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA) offrant en un seul lieu des soins addictologiques spécialisés, avec une durée d'hospitalisation variant de 5 à 13 semaines. Comme le montre le tableau 3.1, notre population est composée de 152 hommes et 56 femmes, d'âge moyen 44 ans ($\sigma = 9,4$).

Les patients ont été répartis en 3 groupes, *a posteriori*, en fonction de la durée de séjour réalisée :

- Groupe C (n=66), séjour Court d'une durée de 5 semaines ;
- Groupe M (n=61), séjour Moyen d'une durée de 9 semaines ;
- Groupe L (n=81), séjour Long d'une durée de 13 semaines.

Le tableau 3.1 présente également l'ensemble des variables descriptives pour l'échantillon global et pour chaque groupe.

2.2. Outils

2.2.1. Le bien-être subjectif

L'Indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé en 5 items (WHO-5 ; Bech, 1998; Whoqol Group, 1998) a été administré, afin d'obtenir une mesure du bien-être psychologique subjectif. Il s'agit d'une mesure unidimensionnelle en 5 items, avec une échelle de Likert variant de 0 (jamais) à 5 (tout le temps). Un score global est obtenu en additionnant les réponses aux 5 items, puis en multipliant ce score par 4. Le score varie de 0 à 100. L' α de Cronbach indique une bonne fiabilité interne, $\alpha = 0,84 - 0,92$, et un bon coefficient test-retest : 0,83.

2.2.2. L'anxiété-dépression

Le Hospital Anxiety and Depression scale (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983) comprend 14 items, dont sept concernent les symptômes d'anxiété et sept les symptômes de dépression. Chaque item est codé de 0 à 3, les scores pour l'anxiété et la dépression peuvent donc varier de 0 à 21, selon la présence et la gravité des symptômes. Les auteurs ont proposé des scores seuils : un score entre 0 et 7 n'indique pas la présence des symptômes d'anxiété ou de dépression ; un score entre 8 et 10 indique la présence de la symptomatologie mais à un degré modéré ; un score supérieur ou égal à 11 indique un nombre significatif de symptômes d'anxiété ou de dépression correspondant à un pré-diagnostic. La validité simultanée de chacune des deux échelles HADS, la sous-échelle de dépression HADS (HADS-D) et la sous-échelle d'anxiété HADS (HADS-A), a été démontrée auprès de populations souffrant de diverses pathologies, dans différents pays et avec diverses méthodologies (entretiens cliniques et/ou outils standardisés). L' α de Cronbach pour l'HADS-A varie de 0,68 à 0,93 (moyenne 0,83) et pour l'HADS-D de 0,67 à 0,90 (moyenne 0,82), à partir de 15 études différentes, précisant une bonne consistance interne (Bjelland et al., 2002). La fiabilité intra-juge test-retest après deux semaines est égal à $r > 0.80$,

ce qui confirme une corrélation élevée. Ces résultats tiennent compte d'un intervalle temporel long. La HADS est donc un instrument stable qui résiste aux influences situationnelles (Herrmann, 1997).

2.2.3. Intensité du Trouble de Stress Post-Traumatique

La Posttraumatic-Checklist (PCL-5) (Weathers et al., 2013 ; validation française : Ashbaugh et al., 2016) a été utilisée afin de mesurer l'intensité du TSPT. La PCL-5 est une échelle comprenant 20 items basés sur les critères du DSM 5. Pour chaque item l'intensité est évaluée par rapport à l'événement traumatogène décrit au cours du dernier mois sur une échelle en 5 points, le score global pouvant varier de 0 à 80. Un score supérieur ou égal à 33 (*cut off*) suggère la présence de TSPT. La version française du PCL-5 a démontré les mêmes qualités psychométriques que la version anglaise et les versions antérieures de la PCL, c'est-à-dire une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$), une forte validité convergente et divergente et une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,89$).

2.2.4. Les expériences dissociatives

La Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986 ; validation française : Darves-Bornoz et al., 1999) a été utilisée pour mesurer la présence de la dissociation. Cette échelle est composée de 28 items allant sur un continuum de 0% à 100% du temps donnant un score global qui varie entre 0 et 100. Elle évalue un score global et trois facteurs : (1) dépersonnalisation et déréalisation ; (2) amnésie et fragmentation de l'identité et (3) absorption et participation imaginative. Les deux premiers facteurs sont considérés comme mesurant les aspects pathologiques de la dissociation tandis que le troisième, mesurant l'absorption et la participation imaginative, n'est pas considéré comme pathologique. Malgré cela, le score est à prendre en considération puisqu'il a été montré qu'un score DES absorption élevé dans une population clinique peut refléter la présence d'une psychopathologie importante (Allen & Coyne, 1995 ; Allen et al., 1996, 1997). Enfin, un score DES-T (Pathological Dissociative Taxon Membership ; Waller et al., 1996), basé sur 8 items du DES, peut être réalisé afin d'obtenir un score unique de dissociation pathologique.

Au niveau des recommandations pour l'interprétation du score DES, Boon et Draijer (1993) conseillent un score limite de 25 lors de la recherche de trouble dissociatif, tandis qu'un score au-dessus de 30 est associé à une forte probabilité que le sujet présente un trauma complexe (DESNOS) ou un trouble dissociatif de l'identité (Carlson & Putnam, 1992). Cependant, les scores pour le TDI peuvent atteindre 80 mais se situent généralement autour d'une moyenne d'environ 45. Les personnes atteintes de DESNOS obtiennent généralement des scores un peu plus faibles, avec une moyenne d'environ 35. Les personnes souffrant d'amnésie dissociative, de fugue dissociative ou de trouble de dépersonnalisation, sans division de la personnalité, obtiennent généralement un score compris entre 20 et 25. Des scores moyens variant de 16,6 à 19,3 sont attendus chez des patients psychiatriques hospitalisés (Friedl et al., 2000).

Concernant les propriétés psychométriques de l'échelle, les études montrent une bonne cohérence interne pour le score global ($\alpha = .94$), et aux trois facteurs : dépersonnalisation et déréalisation ($\alpha = 0,89$) ; fragmentation amnésique de l'identité ($\alpha = 0,86$) ; absorption et participation imaginative ($\alpha = 0,81$) ; ainsi qu'une fiabilité test-retest élevée.

2.2.5. L'inventaire des événements traumatiques vécus avant l'âge de 18 ans

L'inventaire des événements traumatiques vécus avant l'âge de 18 ans (ETISR-SF ; Bremner et al., (2007) ; VF : Vaccarino et Bremner, 2009 ; Révision VF : Cyr, 2014) est une mesure rétrospective des traumatismes vécus durant l'enfance et l'adolescence. 27 items de traumatismes spécifiques sont organisés en quatre domaines : traumatisme général (11 items), abus physique (5 items), abus émotionnel (5 items) et abus sexuel (6 items), cotés en OUI/NON. Tous les domaines présentent une forte cohérence interne (coefficient de Cronbach $\alpha > 0,7$) similaire à la version longue, ainsi qu'une bonne validité ($r = 0.37- 0.47$) basée sur l'échelle CAPS mesurant les symptômes d'ESPT.

2.3. Procédure

Tous les patients ont été informés des principales caractéristiques de l'étude. Ils ont ensuite rempli un formulaire de consentement éclairé et répondu aux questionnaires au cours de leur première semaine de séjour (cf. annexes 3 et 4). Les participants ont pu être informés, s'ils le désiraient, des principaux résultats de cette étude.

2.4. Statistiques

Pour les variables nominales, un test de Chi2 a été réalisé. Pour les variables dimensionnelles, nous avons effectué des analyses ANOVA à 1 facteur, avec un test de Tukey. Lorsque la variable n'était pas homogène, un test post-hoc T3 de Dunnett a été réalisé.

III. Résultats

Tableau 3.1 Caractéristiques de la population ; n =effectif, m = moyenne, σ : écart-type

Mesures	Echantillon total	Groupe C	Groupe M	Groupe L	Valeur de p
	($N= 208$)	($N= 66$)	($N= 61$)	($N= 81$)	
Variabes démographiques					
Genre n (%)					,303
Hommes	152 (73,1)	47 (71,2)	49 (80,3)	56 (69,1)	
Femmes	56 (26,9)	19 (28,8)	12 (19,7)	25 (30,9)	
Age, m (σ)	44,4 (9,4)	46,3 (10,1)	43,6 (8,8)	43,6 (9,1)	,158
Niveau d'éducation, n (%)					,166
Sans diplôme	32 (15,4)	9 (13,6)	9 (14,8)	14 (17,3)	
CAP/BEP	141 (67,8)	43 (65,2)	38 (62,3)	60 (74,1)	
BAC / BAC +	35 (16,8)	14 (21,2)	14 (22,9)	7 (8,6)	
Situation familiale, n (%)					,453
Seul	166 (79,8)	50 (75,8)	48 (78,7)	68 (84)	
En couple	42 (20,2)	16 (24,2)	13 (21,3)	13 (16)	
Variabes « addiction »					
Consommations quotidiennes de produits (auto-rapportées)					
Alcool, n (%)	202 (97,1)	64 (97)	59 (96,7)	79 (97,5)	,957
Unité d'alcool rapporté / jour, m (σ)	21,7 (14,6)	21,6 (12,8)	23,7 (19,5)	20,2 (11,4)	,377
Tabac, n (%)	185 (88,9)	56 (84,8)	55 (90,2)	74 (91,4)	,428
Nombre cigarettes rapporté / jour, m (σ)	17,9 (10,5)	16,9 (9,8)	19,3 (11,7)	17,8 (10,1)	,417
Opiacés, n (%)	64 (30,8)	19 (28,8)	23 (37,7)	22 (27,2)	,369
Reconsommation durant le séjour, n (%)	83 (39,9)	21 (31,8)	25 (41)	37 (45,7)	,228
Variabes psychologiques					
Bien-être subjectif, m (σ)	49,7 (22)	50,5 (23,3)	49 (21)	49,6 (21,9)	,929
HAD anxiété	10,2 (4,6)	9,5 (4,9)	10,2 (4,3)	10,8 (4,6)	,268
HAD dépression	7,9 (4,7)	8,1 (4,8)	7,3 (4,3)	8,2 (4,9)	,453
Événements traumatiques connus ou rapportés par le patient lors d'entretiens avec le médecin ou le référent), n (%)					
-Deuil/Perte non résolus	81 (38,9)	23 (34,8)	25 (41)	33 (40,7)	,711
-Carences affectives durant l'enfance	46 (22,1)	9 (13,6)	17 (27,9)	20 (24,7)	,120
-Maltraitements durant l'enfance	35 (16,8)	9 (13,6)	11 (18)	15 (18,5)	,702
-Violences conjugales ($n=56$, femmes)	19 (33,9)	6 (9,1)	4 (6,6)	9 (11,1)	,647

Le tableau 3.1 présente la description des variables socio-démographiques, des variables de consommation de produits, et certaines variables psychologiques. Notre échantillon est composé majoritairement d'hommes (73,1%), âgés en moyenne de 44 ans, avec un niveau d'étude équivalent au CAP-BEP pour la plupart d'entre eux. Près de 80% des patients déclarent être célibataires et vivre seuls. L'alcool est consommé par 97% des patients, de notre échantillon, avec en moyenne 22 Unités d'Alcool

consommées par jour. Quatre-vingt-neuf pour cent des patients déclarent fumer du tabac, avec une consommation moyenne de 18 cigarettes par jour. Enfin, 30% d'entre eux déclarent consommer des opiacés. Au cours du séjour de post-cure, 40% des patients ont reconsommé au moins une fois un produit.

A leur arrivée en post-cure, une évaluation clinique des troubles de l'humeur est réalisée par un psychologue avec l'appui de la WHO-5 et de l'échelle HAD. Le score moyen du WHO-5 est de 49,7, avec un indicateur de dispersion élevé. Un score inférieur à 50 a été utilisé comme niveau permettant un dépistage des personnes à risque de dépression avec le WHO-5. Nous pouvons donc déduire qu'un certain nombre de patients de notre échantillon est susceptible de présenter un trouble dépressif. Les résultats de la HADS indiquent un score modéré d'anxiété ($m = 10,2$) et de dépression ($m = 7,9$). A noter qu'à leur arrivée en post-cure, 22% des patients avaient un traitement antidépresseur et 63% un traitement à base de benzodiazépines. Seulement 21% ($n = 45$) des patients n'avaient pas de traitements médicamenteux pour les troubles psychiatriques à leur admission.

Durant l'entretien avec le médecin addictologue ou le référent du séjour (infirmier ou éducateur spécialisé), certains patients ont exprimé spontanément un lien de cause à effet entre des événements de vie difficile et leur TUS. Près de 40% d'entre eux ont mis en lien leur consommation de produit avec la perte d'un proche, qu'il s'agisse d'un deuil ou d'une séparation. Vingt-deux pour cent ont évoqué avoir vécu des carences affectives et 17% des maltraitements durant leur enfance qui leur occasionnent encore actuellement une souffrance significative au niveau clinique. Trente-quatre pour cent des femmes de notre échantillon ont associé leur consommation de substances avec le fait de vivre ou d'avoir vécu des violences conjugales, notamment pour supporter la douleur liée aux coups.

A l'admission en centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA), aucun diagnostic psychiatrique ne figurait dans le dossier médical pour 90 patients de notre échantillon (43,3%). Chez les 118 patients qui avaient reçu un diagnostic psychiatrique, 59% ($n = 50$) ont reçu le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte, 11,1% ($n = 23$) de trouble anxieux et 20,6% ($n = 17$) de trouble dépressif. D'autres pathologies sont retrouvées pour 28 des patients ayant un diagnostic psychiatrique à leur entrée en post-cure, telles que le trouble bipolaire, les troubles psychotiques et paranoïaques, les troubles de comportements sous l'influence de l'alcool, les troubles du comportement alimentaire, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble de la personnalité borderline et le trouble d'hyperactivité. Cependant, aucun patient n'avait reçu précédemment ou n'a reçu au cours du séjour au CSSRA le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Tableau 3.2 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des événements traumatiques avant l'âge de 18 ans (ETI) en fonction de la durée de séjour des patients

Mesures	Echantillon total	Groupe C	Groupe M	Groupe L	Valeur de p	d'
	($N = 202$)	($N = 65$)	($N = 60$)	($N = 77$)		
Inventaire des Événements Traumatiques avant l'âge de 18 ans (ETI)						
ETI score global, m (σ)	10,6 (5,3)	9,2 (5,4)	11,0 (4,7)	11,4 (5,4)	,029	,25
ETI traumas généraux, m (σ)	4,1 (2,3)	3,4 (2,2)	4,5 (2,3)	4,3 (2,2)	,014	,24
ETI maltraitance physique, m (σ)	3,1 (1,5)	2,7 (1,5)	3,3 (1,4)	3,2 (1,5)	,062	
ETI maltraitance psychologique, m (σ)	2,4 (1,9)	2 (1,9)	2,4 (1,8)	2,7 (2)	,076	
ETI maltraitance sexuelle, m (σ)	1 (1,7)	0,9 (1,6)	0,9 (1,6)	1,2 (1,7)	,487	

Comme le montre le tableau 3.2, les patients accueillis en post-cure rapportent avoir vécu un nombre important d'événements traumatiques durant leur enfance et adolescence ($m=10,6$, $\sigma=5,3$). L'Inventaire des Evénements Traumatiques (ETI) répertorie 27 types d'événements traumatiques avant l'âge de 18 ans, les patients de notre échantillon rapportent avoir vécu un peu plus du tiers de ces événements. Les patients rapportent en moyenne avoir vécu 4 traumatismes d'ordre général sur les 11 répertoriés dans l'inventaire, mais également en moyenne 3 types de mauvais traitements physiques sur 5 proposés, 2 formes de maltraitements psychologiques sur 5 et 1 type de violences sexuelles sur les 6 proposées.

Au score global de l'inventaire, le groupe C (5 semaines) rapporte significativement moins d'événements traumatiques que le groupe L (13 semaines) ($m_C=9,2$, $\sigma=5,4$; $m_L=11,4$, $\sigma=5,4$), $p=0,03$. Le groupe C rapporte également significativement moins d'événements traumatiques généraux que le groupe M (9 semaines) ($m_C=3,4$, $\sigma=2,2$; $m_M=4,5$, $\sigma=2,3$), $p=0,01$. Mais d'un point de vue clinique, on peut étendre ce résultat au groupe L dont la moyenne ($m_L=4,3$) est très proche de celle du groupe M ($m_M=4,5$). Les groupes M et L rapportent en moyenne un événement de plus que le groupe C aux traumatismes généraux.

Tableau 3.3 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des symptômes de stress post-traumatique (PCL-5) en fonction de la durée de séjour des patients

Mesures	Echantillon total	Groupe C	Groupe M	Groupe L	Valeur de p	d'
	($N=208$)	($N=66$)	($N=61$)	($N=81$)		
Symptômes TSPT score inf. à 33, n (%)	90 (43,3)	36 (54,5)	27 (44,3)	27 (33,3)		
Symptômes TSPT score sup. ou égal à 33, n (%)	118 (56,7)	30 (45,5)	34 (55,7)	54 (66,7)		
Symptômes TSPT, m (σ)	36,3 (18,1)	33,1 (16,7)	34,7 (17,7)	40,1 (19)	,044	,18
Reviviscences (B), m (σ)	9,2 (5,6)	7,9 (4,9)	9,1 (5,7)	10,4 (5,9)	,032	,18
Evitement (C), m (σ)	3,9 (2,3)	3,8 (2,1)	3,5 (2,5)	4,2 (2,4)	,221	
Altération négative des cognitions et de l'humeur (D), m (σ)	12,7 (6,4)	11,8 (6,4)	12 (6,8)	14,1 (7,5)	,086	
Hyperréactivité (E), m (σ)	10,5 (1)	9,5 (5,7)	10,1 (5,3)	11,5 (6)	,103	

Le tableau 3.3 présente les résultats concernant les symptômes de stress post-traumatique présentés par les patients de notre échantillon. Le score global au PCL-5 est élevé ($m=36,3$; $\sigma=18,1$). On considère qu'un score seuil de 33 est raisonnable pour suggérer la présence d'un TSPT. D'après ces résultats, on peut considérer que la majeure partie de notre échantillon répond aux critères diagnostic d'un TSPT. De plus, on observe une différence significative entre les 3 groupes au score global PCL-5, $F(2,205)=3,18$, $p<.05$. Le groupe L (13 semaines) présente un score plus élevé au PCL-5 (score > seuil diagnostic 33) que le groupe C (5 semaines) ($m_L=40,1$; $\sigma=19$; $m_C=33,1$; $\sigma=16,7$) $p<.05$. Les groupes diffèrent également de façon significative au symptôme Reviviscences, $F(2,205)=3,50$; $p<.05$. En particulier, le groupe L présente un score Reviviscences plus élevé que le groupe C ($m_L=10,4$; $\sigma=5,9$; $m_C=7,9$; $\sigma=4,9$), $p<.05$. On note une tendance à différer entre les groupes aux symptômes Altération négative des cognitions et de l'humeur, $p=0,08$.

Lorsque l'on observe les effectifs, on constate que 56,7% des patients accueillis au centre de post-cure présentent un score élevé de symptômes de stress post-traumatique au PCL-5, suggérant qu'une prise en charge intégrée TSPT-TUS soit utile pour la majorité des patients admis en post-cure. A posteriori,

on constate également que les patients qui étaient demandeurs d'un plus long séjour et qui ont effectivement réalisé un séjour long, présentaient à leur arrivée plus de symptômes de TSPT. Plus de la moitié des patients ayant réalisé un séjour long (66,7%), présentent un score global au PCL-5 se situant au-delà du score seuil diagnostique fixé à 33. Cette proportion reste également élevée pour les patients ayant réalisé un séjour de 9 semaines (55,7%).

Tableau 3.4 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des expériences dissociatives (DES) en fonction de la durée de séjour des patients

Mesures	Echantillon total	Groupe C	Groupe M	Groupe L	Valeur de <i>p</i>	<i>d'</i>
	(<i>N</i> = 208)	(<i>N</i> = 66)	(<i>N</i> = 61)	(<i>N</i> = 81)		
Dissociation score inf. à 15, <i>n</i> (%)	79 (38)	32 (48,5)	20 (32,8)	27 (33,3)		
Dissociation score [15 ; 24], <i>n</i> (%)	59 (28,4)	19 (28,8)	20 (32,8)	20 (24,7)		
Dissociation score [25 ; 29], <i>n</i> (%)	13 (6,3)	4 (6)	3 (4,9)	6 (7,4)		
Dissociation score sup. ou égal 30, <i>n</i> (%)	57 (27,4)	11 (16,7)	18 (29,5)	28 (34,6)		
Score global dissociation (DES), <i>m</i> (<i>σ</i>)	22,8 (16,2)	17,7 (13,3)	24,3 (16,7)	26 (17,1)	,006	,23
Dépersonnalisation et Déréalisation	23,4 (15,7)	18,6 (13)	24,4 (16,5)	26,7 (16,2)	,006	,23
Amnésie et Fragmentation de l'identité	18,2 (16,1)	13,1 (12,6)	20,1 (16,7)	21 (17,3)	,006	,22
Absorption et participation Imaginative	30,2 (21,1)	24,5 (19,5)	31,6 (20,8)	33,8 (22)	,024	,19
Score de dissociation pathologique (DES-T)	13,9 (15,7)	9,4 (11)	16,4 (17,7)	15,7 (16,7)	,016	,20

Le tableau 3.4 présente les résultats obtenus concernant les expériences dissociatives. Le score moyen de notre échantillon est plus élevé ($m=22,8$) que les moyennes DES pour les TUS de la méta-analyse de Lyssenko et al. (2018) qui variaient de 17,7 à 19,7, et les moyennes obtenues par les trois groupes à la DES sont supérieures à celle de la population générale, variant de 5 à 15.

En se référant à ces recommandations, 33,7% des patients de notre étude sont susceptibles de présenter un trouble dissociatif comorbide au trouble de l'usage de substances. Et ce score atteint 42% pour le groupe L, c'est-à-dire chez les patients qui ont réalisé un séjour long. Nos résultats indiquent donc des scores plus élevés que ceux de l'étude de Najavits et Walsh (2012) où 20,8% des patients avaient un score > à 30.

Les trois groupes diffèrent au niveau du score DES global, $F(2,205)= 5,3$, $p<.05$. Les patients du groupe L (séjour 13 semaines) présentent de manière significative, plus de symptômes dissociatifs que les patients du groupe C (séjour 5 semaines), et les patients du groupe M (séjour 9 semaines) ($m_L=26$; $\sigma=17,1$; $m_C= 17,7$; $\sigma=13,3$; $m_M=24,3$; $\sigma=16,7$), $p<.05$. Plus spécifiquement, on observe qu'à la sous dimension Dépersonnalisation et Déréalisation, les patients du groupe L présentent significativement plus de dépersonnalisation que les patients du groupe C ($m_L= 26,7$; $\sigma=16,2$; $m_C=18,6$; $\sigma= 13$), $p<.05$.

On note aussi une tendance en ce sens entre le groupe M ($m_M = 24,4$; $\sigma = 16,5$) et le groupe C, $p = 0,08$. Le groupe L présente significativement plus de symptômes d'amnésie et de fragmentation de l'identité que le groupe C et que le groupe M ($m_L = 21$; $\sigma = 17,3$; $m_C = 13,1$; $\sigma = 12,6$; $m_M = 20,1$; $\sigma = 16,7$), $p < .05$. Les patients du groupe L présentent également significativement plus d'absorption imaginative que les patients du groupe C ($m_L = 33,78$; $\sigma = 22$; $m_C = 24,50$; $\sigma = 19,5$), $p < .05$.

Ainsi, les patients du groupe L (séjour 13 semaines) ont un score moyen de dissociation au-dessus du score seuil fixé à 25 et présentent plus de symptômes dissociatifs que les patients ayant réalisé un séjour plus court. Nos résultats indiquent qu'environ un tiers des patients ayant réalisé des séjours moyens (9 semaines) à longs (13 semaines) présentent un score de dissociation situé au-delà de 30, qui nécessiterait une investigation plus poussée à l'aide d'un entretien clinique diagnostique pour les troubles dissociatifs.

IV. Discussion

D'après les scores obtenus par les trois groupes aux échelles PCL-5 et DES, nous pouvons affirmer que la grande majorité des patients accueillis dans le centre de post-cure de notre étude pourrait bénéficier d'une prise en charge pour le traitement intégré du TSPT-TUS, en considérant que le TSPT est complexe et associé à des symptômes dissociatifs. Nos résultats suggèrent un taux de prévalence de 56,7% pour le TSPT. Un taux nettement plus élevé que les résultats de l'étude de Blanco et al., (2020) qui trouvait un taux de prévalence de 20% du TSPT comorbide au TUS chez des patients admis aux urgences pour décompensation psychiatrique ou abus de substances. Des pourcentages plus similaires aux nôtres sont rapportés dans l'étude de Proescholdt et al. (2018) réalisée chez des patients TUS en traitement pour un sevrage, avec 38,1% de patients dépassant le score seuil de diagnostic du TSPT avec la PCL, et 14,9% pour le TSPT subnormal. Dans les études antérieures portant sur des populations de TUS, le TSPT s'est avéré prévalent dans 25,3 à 41 % des cas (Driessen et al., 2008; Ouimette et al., 2007; Reynolds et al., 2005).

La présente étude fournit des preuves supplémentaires de la prévalence élevée du TSPT et des symptômes dissociatifs chez les patients souffrant de TUS admis en centre de post-cure. L'établissement ne réalisant pas de test psychométrique pour le repérage et le diagnostic du TSPT, aucun des patients de notre échantillon n'a reçu de diagnostic de TSPT. De ce fait, nos résultats indiquent que les TSPT sont sous-diagnostiqués, alors même que les professionnels de santé du centre sont confrontés quotidiennement aux récits d'événements traumatiques et/ou indésirables des patients. Dans l'étude de Kimerling et al. (2006) chez les TUS, le dépistage du TSPT a identifié 91% de cas, là où seulement 25% de cas de TSPT avaient été diagnostiqués dans le dossier médical. Dans une autre étude de Gielen et al. (2012), seulement 2,1 % ($n=9$) des patients admis TUS ont été diagnostiqués comme souffrant de TSPT alors qu'avec une évaluation à l'aide d'un auto-questionnaire PCL, le taux détecté est de 36,6 %. Pour Gielen et al. (2012) les centres de traitement du TUS ne devraient pas se fier uniquement à l'opinion des professionnels de santé pour le diagnostic du TSPT, dont le jugement clinique est susceptible d'être biaisé. Concernant le diagnostic des troubles dissociatifs, aucun des patients du centre participant à notre étude n'en a reçu le diagnostic et la prise en charge globale du centre n'inclut aucun traitement ayant pour visée la psychoéducation et la réduction des symptômes dissociatifs.

En accord avec les recommandations de plusieurs auteurs (Gielen et al., 2012; Grundmann et al., 2018; Najavits, 2006; Ralevski et al., 2020), nos résultats appuient l'intérêt d'un dépistage systématique non seulement du TSPT mais aussi des symptômes dissociatifs couramment associés au TSPT, à l'aide par exemple d'outils de pré-screening, comme nous l'avons fait dans cette étude, à savoir le PCL-5 et la DES (pour une revue des échelles, voir McCauley et al., 2012). Pour déterminer les besoins spécifiques

des patients et adapter leur prise en charge, nous suggérons que ces deux évaluations sont nécessaires. En plus d'être fiables, ces outils présentent le double avantage d'être simples et rapides à la passation. Même si le tableau clinique des patients TSPT-TUS correspond davantage à un Trauma Complexe associé au TUS, le dépistage du trauma simple permet déjà un pré-screening intéressant qui orientera le patient vers une prise en charge intégrée pour le traitement des symptômes traumatiques et du TUS. Des scores élevés pourraient ensuite être investigués à l'aide d'entretiens diagnostiques plus poussés, en se basant sur des manuels tels que l'Entretien sur les Symptômes du Trauma et de la Dissociation (TADS-I, Boon & Matthes, 2020) ou encore l'Interview Structurée pour l'État de stress extrême non spécifié ESENS (ou Etat de stress post-traumatique complexe ; Van der Kolk, 2000). Ces éléments diagnostics et cliniques pourraient permettre 1) d'établir un diagnostic fiable et précis (en particulier il est nécessaire de vérifier les liens possibles entre l'usage actuel des substances et les symptômes dissociatifs afin de distinguer un trouble dissociatif d'une expérience de conscience modifiée sous l'emprise de produits) ; 2) d'identifier plus finement les difficultés du patient et son niveau de détresse de façon à adapter au mieux sa prise en charge durant le séjour résidentiel en CSSRA ; 3) de préparer une meilleure orientation vers les professionnels qui poursuivront la prise en charge en ambulatoire une fois le séjour achevé. Ces prérogatives sont évidemment applicables au secteur de la psychiatrie où le dépistage de TSPT-TUS devrait également être recherché (Reynolds et al., 2005). En effet, bon nombre de patients accueillis en centre de traitement pour TUS sont orientés par les hôpitaux psychiatriques. On assiste parfois à des allers et retours de patients entre ces deux types de structures, avec le constat qu'il serait plus avantageux pour eux de bénéficier de soins psychiatriques et addictologiques au sein d'un même établissement.

Par ailleurs, bien que les patients de notre échantillon rapportent un nombre conséquent d'événements traumatiques vécus durant l'enfance, il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'investiguer de façon systématique le vécu d'événements traumatiques pour orienter correctement la prise en charge, si l'on utilise les instruments précédemment cités. D'une part, l'exploration de ces événements lors d'entretiens peut être vécue de façon douloureuse par les patients, être exposante voire déstabilisante sur le plan psychique et émotionnel. D'autre part, du fait de la compartimentation des soins, un certain nombre de patients se voient dans l'obligation de faire le récit de leur histoire traumatique de façon répétée à différents professionnels, ce qui peut entraîner un processus de revictimisation. En revanche, nos résultats montrent également l'importance de ne pas s'en tenir uniquement à ce qu'évoquent spontanément les patients lors des entretiens, puisqu'en comparaison au score obtenu à l'ETI, ils sont relativement peu à évoquer leur vécu traumatique avec le référent ou le médecin.

Nous suggérons que les patients admis en CSSRA devraient bénéficier d'un dépistage systématique des troubles de stress post-traumatique et des symptômes dissociatifs, afin d'être directement orientés vers une prise en charge intégrée TSPT-TUS (comprenant des soins pour la stabilisation et la réduction de symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs). Ce dépistage précoce du TSPT pourrait permettre au thérapeute mais aussi à l'ensemble de l'équipe soignante, d'avoir un cadre d'interprétation clinique leur permettant de mieux réagir à l'expression des manifestations cliniques du TSPT. En effet, lorsque la présence du TSPT demeure méconnue, les manifestations de ce trouble peuvent être interprétées comme de la résistance ou un manque de motivation au traitement de la part des patients (Ouimette et al., 2000), entraînant un rejet, de l'inquiétude ou un épuisement de la part de l'équipe soignante. Leonard et al. (2005) suggèrent qu'une certaine incompréhension des professionnels soit en partie à l'origine du fort taux d'abandon des traitements TUS et de la faible alliance thérapeutique observée. La sous-évaluation du TSPT et des symptômes dissociatifs a donc des conséquences non négligeables pour la prise en charge des patients, puisque ces derniers pourraient bénéficier d'un traitement intégré, potentiellement plus favorable.

Le TSPT et les TUS ont historiquement été traités selon le modèle de traitement séquentiel et on retrouve la dichotomie observée entre le secteur de l'addictologie et celui de la psychiatrie dans le déploiement de l'approche intégrée. Dans le domaine de l'addictologie, l'intérêt pour l'approche des traitements intégrés se manifeste dès les années soixante-dix, avec l'idée d'une prise en charge pluridisciplinaire oscillant entre psychothérapie et insertion (Morel & Couteron, 2019). Dans le domaine de la psychothérapie, l'intérêt pour l'approche intégrative apparaît également vers les années soixante-dix aux Etats-Unis et est introduite en France, dans les années quatre-vingt-dix. L'objectif central est ainsi de dépasser la mise en œuvre d'une seule pratique, lorsque cette dernière ne permet pas ou seulement partiellement d'atteindre le but prédéfini afin de proposer une pratique évaluative et thérapeutique plus efficiente pour le patient (Bachelart, 2017). Cet effort revient au psychothérapeute qui doit user de sa créativité pour intégrer, dans ses interventions, des techniques issues d'autres conceptualisations (Duruz, 1994). Au-delà du simple rapprochement de théories ou de techniques, l'approche intégrative propose donc d'aller au-delà des limites de chacune des approches théoriques existantes afin d'apprendre et de s'enrichir d'autres perspectives (Strieker, 1994). Nadeau (2000) considère que le champ des addictions est un lieu par excellence pour procéder à une intégration verticale et horizontale des multiples dimensions qui la composent. En effet, la complexité de la problématique addictive, avec les différents champs disciplinaires qu'elle recoupe et son interaction permanente avec les micros-contextes socio-culturels, encourage et nécessite une approche holistique de l'utilisateur (Marie-Cardine & Chambon, 2003). Selon Morel et Couteron (2019), dans le champ de l'addictologie, la construction, sur le terrain, de programmes thérapeutiques intégratifs est un phénomène relativement nouveau en France, qui devrait se développer puisque le modèle de traitement intégré a recueilli un soutien empirique croissant au cours de la dernière décennie.

En effet, depuis une vingtaine d'années, un effort clinique considérable de la part de chercheurs et cliniciens a été réalisé dans le développement de psychothérapies intégrées. Les résultats de la littérature suggèrent de manière croissante l'importance de traiter simultanément les états comorbides (Coffey et al., 2006; Foa et al., 2013; Sannibale et al., 2013) comme moyen de traiter de façon adéquate et de promouvoir le rétablissement du TUS. Il est désormais largement encouragé de traiter simultanément les symptômes du TSPT et du TUS dès le début du traitement (Back et al., 2014, 2019; McGovern et al., 2011; Najavits, 2003), et il existe un large éventail d'options thérapeutiques (McCauley et al., 2012). Les traitements intégrés ont démontré leur faisabilité et leur efficacité, en produisant des résultats bénéfiques pour les deux troubles TSPT-TUS et d'autres troubles comorbides associés (Back et al., 2019; Hien et al., 2010; Najavits et al., 2017). Les patients déclarent également une nette préférence pour l'inclusion du traitement du TSPT dans le traitement TUS (Back et al., 2006; Flanagan et al., 2016; Schumm & Gore, 2016). Pour Najavits (2006), le traitement des traumatismes offre une profondeur au traitement TUS que de nombreux patients et cliniciens trouvent utile. Il encourage l'empathie et la compréhension de soi et peut accroître la motivation à l'abstinence. Malgré ce consensus, la communauté des thérapeutes continue de s'inquiéter du fait que le traitement intégré du TSPT-TUS présente un risque d'augmentation des symptômes psychiatriques du patient. En particulier, une croyance à propos du fait que travailler sur l'événement traumatogène serait lié à une hausse de la consommation qui conduirait le patient à une rechute et/ou un abandon du traitement (Pitman et al., 1991). Cependant, les résultats actuels indiquent qu'au lieu d'exacerber les symptômes, un traitement qui cible les deux troubles peut être bénéfique pour les patients TSPT-TUS (Brady et al., 2001; Donovan et al., 2001; Foa et al., 2013; Hien et al., 2004; Killeen et al., 2008; Neil P. Roberts et al., 2015). Il semble plutôt que la rechute se manifesterait lorsqu'un indice rappelant le trauma surgit alors que l'individu tente de réduire sa consommation sans avoir développé de stratégies d'adaptation plus adéquates (Saladin et al., 2003). En effet, la littérature montre que, chez les patients souffrant de TSPT, l'éveil physiologique général (Coffey et al., 2002) et l'éveil physiologique spécifique en réponse aux souvenirs de l'événement

traumatique (Steindl et al., 2003) agissent comme des signaux qui augmentent les envies ou déclenchent une rechute. Différentes études ont montré que les souvenirs traumatiques chez les personnes souffrant de TSPT-TUS peuvent les exposer à un risque plus élevé de rechute, d'abandon du traitement et d'échec ultérieur du traitement. Les émotions négatives liées au TSPT et le craving provoqué par un déclencheur traumatique peuvent jouer un rôle important dans le maintien du TUS (Coffey et al., 2006, 2010; Ralevski et al., 2020). Il est donc nécessaire d'aider le patient à développer des stratégies de coping fonctionnelles et des compétences socio-émotionnelles pour faire face à la fois au craving et aux déclencheurs traumatiques. De ce fait, les traitements du TSPT-TUS sont généralement plus longs que les traitements du TSPT seul (Najavits & Hien, 2013).

A l'heure actuelle, différentes approches possibles de traitements peuvent être répertoriées (pour revue voir, Éraldi-Gackière & Boudoukha, 2010 ; et pour une comparaison des modèles voir, Najavits et al., 2020). Ces approches sont souvent regroupées en deux catégories : les traitements ciblés sur le passé, qui comprennent des éléments de traitement des traumatismes basés sur l'exposition et les traitements ciblés sur le présent, qui se concentrent davantage sur la stabilisation et l'amélioration des capacités d'adaptation actuelles. Certains programmes traitent séquentiellement l'un puis l'autre à des moments différents, tandis que d'autres s'occupent conjointement des deux troubles par le biais de la thérapie (Roberts et al., 2020). Le traitement intégré permet au patient d'accepter les liens entre les deux troubles et fournit au thérapeute les leviers de motivation nécessaires à l'efficacité du traitement.

Les recommandations préconisées actuellement tendent à soutenir davantage les approches basées sur l'exposition, notamment en ce qui concerne l'amélioration du TSPT (Roberts et al., 2020), bien que la littérature dans le domaine demeure parcellaire (Hien et al., 2010). Ces avis reposent sur un petit nombre d'études dans lesquelles un taux élevé d'abandon du traitement est considéré comme problématique dans les différentes approches par exposition qui ont été évaluées (Najavits, 2015). De tels modèles sont également plus difficiles à tolérer émotionnellement pour les patients et la littérature sur le TSPT-TUS manque encore de preuves claires pour savoir s'ils offrent des avantages par rapport aux modèles plus faciles à tolérer qui proviennent du domaine TUS (Najavits et al., 2020), comme par exemple le modèle de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience (Bowen et al., 2014). Les lignes directrices les plus récentes (par exemple ISTSS, 2018 - voir NICE, 2018 ; Bisson et al., 2019) ne comportent pas de cadrage spécifique pour traiter les problèmes de comorbidité et il n'existe pas de lignes directrices largement acceptées sur la manière de fournir des soins et des traitements optimaux à ces patients.

Les programmes intégrés TSPT-TUS existants entrevoient une expression clinique singulière de la concomitance de ces deux troubles et proposent une prise en charge spécifiquement adaptée en appliquant uniquement la première phase de traitement proposé par Janet, la phase de sécurité et de stabilisation. Avec le programme Seeking Safety, Najavits (2006) rapporte qu'il est intéressant de constater que le TSPT s'améliore, alors même que le programme n'inclut pas d'exposition aux souvenirs traumatiques. Ainsi pour différents auteurs, le traitement du TSPT n'impliquerait donc pas nécessairement l'exploration de souvenirs traumatiques. Dans l'approche transdiagnostique, Nolen-Hoeksema et Watkins (2011), proposent de cibler les ruminations, un processus psychologique dysfonctionnel d'abord étudié dans les troubles anxio-dépressifs (Watkins, 2009), dont l'implication a ensuite été reconnue dans une variété de troubles, dont le TSPT et le TUS. D'autres études, par exemple Tull et al. (2013), ont examiné le rôle de la régulation des émotions dans l'abandon du traitement et ont constaté que les hommes souffrant d'un TSPT-TUS abandonnaient davantage le traitement résidentiel TUS s'ils avaient une faible tolérance à la détresse. Avec le même point de vue, une étude de Hien et al. (2017) a montré que les difficultés de régulation des émotions impactent les effets de la prise en charge psychothérapique du TSPT, en dépit du fait que la majorité des participants présentaient un traumatisme complexe. Les traitements intégrés semblent promis à un bel avenir et un travail collectif d'experts est

en cours afin de produire un guide de recommandations pour le traitement conjoint du TSPT-TUS (Roberts, 2021). Actuellement, des investigations plus poussées sont menées. Des recherches étudient la réponse au traitement en fonction du profil psychiatrique des patients. Par exemple, Panza et al. (2021) ont montré que les patients TSPT-TUS pouvaient être classés en différents profils en fonction du degré de sévérité du TSPT et du TUS. Les résultats montrent des évolutions différentes chez les groupes en fonction du traitement choisi, à savoir un traitement intégré d'exposition versus non-exposition. Ainsi, ces nouvelles recherches permettront le développement de recommandations de traitements les plus adaptées en fonction du profil ou du degré de sévérité de chacun des troubles du patient.

Cependant, pour que les traitements intégrés puissent se développer, nous soutenons que des aménagements des soins résidentiels doivent être opérés. Les études précédemment réalisées montrent que les patients orientés en hospitalisation longue durée pour le TUS présentent des profils psychiatriques et médicaux plus sévères et correspondent à une population particulièrement vulnérable sur le plan psychique, médical et social. Nos résultats indiquent a posteriori que les patients ayant réalisé les séjours les plus longs sont ceux qui présentaient à l'admission un profil traumatique plus sévère. La complexité afférente à ces patients justifie la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée de leurs troubles sur une période de plus longue durée.

L'aménagement de la durée de prise en charge pourrait permettre à ces patients d'améliorer leur santé mentale et ainsi réduire le risque de rechute. Une étude de Read et al. (2004) a montré que le niveau de TSPT à l'entrée en soin ne permet pas de prédire les changements dans la consommation de substances. En revanche, l'évolution du TSPT au cours du suivi le permet : les personnes souffrant d'un TSPT non résolu présentent de moins bons résultats en matière de traitement TUS que celles souffrant d'un TSPT résolu après l'achèvement de leur traitement. Les résultats de notre étude indiquent que les professionnels et patients s'orientent déjà dans cette direction puisque nous avons observé une différence significative de profils TSPT-TUS entre les patients ayant réalisé un séjour court (5 semaines) et ceux ayant réalisé un séjour long (13 semaines). En effet, dans l'établissement où cette étude a été réalisée, la décision de prolongation de séjour est prise en tenant compte à la fois de l'avis de l'équipe pluridisciplinaire et du souhait du patient. Mais pour que de véritables dynamiques et évolutions se mettent en place, il est important que la structure reconnaisse la nécessité de la prise en charge du TSPT-TUS conjointement afin que le cadre des soins proposés par le centre soit en congruence avec les propositions d'accompagnement thérapeutique des professionnels. Cela passe par une remise en question de la façon dont l'organisation de la structure elle-même peut participer, souvent par inadvertance, à la création d'environnements stressants ou toxiques qui nuisent au rétablissement des patients, au bien-être du personnel et la réalisation de la mission de l'organisation.

*« L'accès à la complexité de l'addiction exige des différents professionnels, des équipes dites « pluridisciplinaires » qu'ils construisent un cadre et des modalités de travail et d'échanges d'un haut niveau de transdisciplinarité, c'est-à-dire qu'ils se dotent d'une approche et d'une définition partagée de l'objet, de l'objectif de leurs interventions et de leur cohérence »
(Morel et al., 2019, p.407).*

En accord avec les recommandations de la SAMHSA⁶ (2014) pour le développement d'une approche fondée sur le trauma, il est nécessaire que la réflexion soit menée du niveau micro au niveau macro, afin que les professionnels puissent réellement mettre en œuvre des actions efficaces.

« Un programme, une organisation ou un système qui est informé/fondé sur des traumatismes réalise l'impact global des traumatismes et comprend les pistes potentielles de rétablissement ; reconnaît les signes et les symptômes des traumatismes chez les clients, les familles, mais aussi chez le personnel et les autres personnes impliquées dans le système ; et réagit en intégrant pleinement les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures et les pratiques de soins, avec pour objectif de résister activement à la re-traumatisation » (SAMHSA, 2014).

L'implémentation de l'approche, plurielle et intégrative, fondée sur le traumatisme, comprend dix domaines cibles avec : 1) la création de services de dépistage et l'évaluation et de traitement des traumatismes ; 2) la formation du personnel ; 3) la direction et le management des organisations 4) l'environnement physique des structures ; 5) le suivi des progrès et l'assurance de la qualité des services proposés ; 6) l'engagement et la participation active des personnes ayant vécu des traumatismes ; 7) une collaboration intersectorielle ; 8) le financement ; 9) l'évaluation ; et 10) la politique.

En effet, à un niveau méso, les structures ne pourront réellement s'investir dans ce type d'approche que lorsqu'à un niveau macro, les instances de santé et les pouvoirs publics établiront des recommandations en ce sens et y alloueront un budget pour la création de structures ou le développement de services dans les structures existantes, qui soient spécialisés dans la prise en charge intégrée du TSPT-TUS (SAMHSA, 2014). Selon Morel et al. (2019), les pratiques de décloisonnement des institutions de soins sont essentielles pour contribuer à une coordination collaborative du parcours de santé, développer les réseaux associatifs et les communautés extra-professionnelles. En d'autres termes, la condition *sine qua non* pour que les traitements intégrés puissent se développer réside en la capacité du système de santé lui-même à réunifier les services de soins.

⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration

4. Troubles addictifs et Schémas Précoces Inadaptés et Modes selon Jeffrey Young

Description des Schémas Précoces Inadaptés sur un échantillon de 208 patients présentant des Troubles de l'Usage de Substances

Dans ce chapitre, nous proposons de présenter les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) de Young, un concept avant tout pensé pour la clinique psychothérapeutique et de plus en plus évalué en recherche pour la subtilité clinique que les SPI amènent. Nous commencerons par donner une définition des Schémas et nous présenterons les principaux mécanismes psychologiques identifiés comme concourant à leur maintien, en particulier chez le sujet addict. Nous présenterons ensuite l'évolution actuelle de la théorie des Schémas vers une théorie des Modes, comprenant l'intégration du concept de dissociation et leur lien avec la pathologie addictive. Nous poursuivrons en présentant le taux de prévalence des Schémas dans notre échantillon, en proposant un comparatif de nos résultats avec ceux de cinq autres études réalisées auprès de patients TUS. Nous examinerons ensuite les variations de prévalence en fonction du temps de séjour réalisé par les patients du CSSRA et discuterons de l'implication de ces résultats dans les modèles de prévention de la rechute.

I. Les Schémas Précoces Inadaptés

En 1990, Young définit les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) comme représentant des thèmes récurrents et envahissants pour l'individu en lien avec un enjeu émotionnel spécifique. Le tableau 4.1 présente les 18 Schémas répertoriés par Young. Un Schéma s'apparente aussi à une croyance fondamentale sur soi ou sur autrui. Les Schémas se développent en réponse à un besoin psychologique non comblé au cours de l'enfance ou de l'adolescence, à partir de l'interaction entre le tempérament et les expériences précoces répétées avec les parents, la fratrie et les pairs. Ils sont constitués de souvenirs, d'émotions, de pensées et de sensations corporelles. Les expériences émotionnelles négatives répétées les consolident et constituent des auto-renforcements. Les Schémas s'enrichissent et se complexifient tout au long de la vie et sont à l'origine d'un dysfonctionnement significatif dans la vie de l'individu. Ils interfèrent avec la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de connexion et d'expression de soi, génèrent des niveaux élevés d'affect et engendrent des conséquences néfastes pour soi et les autres. Les Schémas sont profondément enracinés, leur contenu est latent, inscrit en mémoire à long terme. Ils représentent un des éléments constitutifs de la personnalité et agissent à la manière de filtres entre l'individu et l'environnement (Bailleux et al., 2008). De ce fait, ils sont difficiles à changer et sont relativement stables dans le temps. Les Schémas sont également auto-perpétués et à l'origine de scénarios de vie répétitifs dans lesquels l'individu va réitérer sans cesse les mêmes erreurs tout en ayant la croyance qu'il ne peut en être autrement ou que c'est uniquement de cette manière que les choses vont s'arranger. Un même individu peut développer plusieurs Schémas mais ces derniers ne s'activent pas tous en même temps. Ils sont habituellement déclenchés par des événements quotidiens ou des états d'humeur (Ball, 1998; Young, 1999; Young & Lindemann, 1992).

Tableau 4.1 Brève description des cinq domaines de schémas et des 18 schémas précoces inadaptés (SPI) (Renner et al., 2012)

Domaines de SPI et SPI	Description
A. Séparation et rejet	Schémas qui impliquent des attentes selon lesquelles les besoins de sécurité et de stabilité d'une personne ne seront pas satisfaits de manière prévisible.
Abandon/instabilité	La perception de l'instabilité ou du manque de fiabilité des personnes disponibles pour le soutien.
Méfiance/abus	L'attente que les autres blessent, abusent, humilient, trichent, mentent, manipulent ou prennent l'avantage intentionnellement.
Manque affectif	L'attente que son désir de soutien émotionnel, de soins, d'empathie ou de protection par les autres ne soit pas satisfait.
Imperfection/honte	Le sentiment d'être défectueux, mauvais, indésirable, inférieur ou invalide.
Isolement social	Le sentiment d'être isolé du monde, d'être différent des autres et de ne pas faire partie d'une communauté.
B. Manque d'autonomie et de performance	Schémas qui impliquent des attentes à l'égard de soi-même et de l'environnement qui interfèrent avec la capacité perçue de fonctionner de manière indépendante et de réussir.
Dépendance/incompétence	La croyance que l'on n'est pas capable d'assumer les responsabilités quotidiennes sans l'aide des autres.
Peur du danger ou de la maladie	Peur exagérée qu'une catastrophe médicale, émotionnelle ou extérieure imprévisible ne survienne.
Fusionnement/personnalité atrophiée	Implication émotionnelle excessive avec des personnes importantes au détriment de l'individualisation.
Échec	La croyance que l'on a échoué ou que l'on échouera dans les domaines de réalisation.
C. Manque de limites	Schémas impliquant une déficience des limites internes et de la responsabilité envers les autres.
Droits personnels exagérés/ grandeur	La croyance que l'on est supérieur aux autres et que l'on a des droits et des privilèges spéciaux.
Contrôle de soi/ autodiscipline insuffisante	Difficulté ou refus omniprésent d'exercer une maîtrise de soi et une tolérance à la frustration suffisantes pour atteindre ses objectifs personnels.
D. Orientation vers les autres	Schémas qui impliquent une concentration excessive sur les désirs et les sentiments des autres. Ces stratégies ont été développées par l'enfant dans le but de modifier sa condition ou de répondre aux attentes d'autrui.
Soumission	Abandon du contrôle aux autres pour éviter les conséquences négatives.
Abnégation	Concentration excessive sur la satisfaction des besoins des autres au détriment de sa propre satisfaction.
Recherche d'approbation et de reconnaissance	Recherche excessive de la reconnaissance ou de l'attention des autres.
E. Surveilance et inhibition	Schémas qui impliquent une insistance excessive à la suppression de ses impulsions et sentiments spontanés.
Négativité/pessimisme	Concentration permanente sur les aspects négatifs de la vie tout en minimisant les aspects positifs.
Surcontrôle émotionnel	Inhibition des actions, des sentiments ou de la communication spontanés pour éviter la désapprobation des autres ou les sentiments de honte.
Idéaux exigeants/ critiques excessives	La croyance que l'on doit s'efforcer de répondre à des normes très élevées pour éviter les critiques.
Punition	La conviction que les gens doivent être sévèrement punis pour leurs erreurs.

Exemple d'activation du Schéma *Abandon* :

Événement	Activation du schéma	Pensées automatiques
Conjoint arrive en retard au restaurant.	SPI Abandon - Émotions : Tristesse - Sensations : un creux dans la poitrine douloureux, les bras et les jambes lourds, sans force. - Détresse émotionnelle : 8/10	« Je ne compte pas vraiment pour lui. » « Il va me laisser bientôt de toute façon. » « Personne ne m'apprécie vraiment et tout le monde finit toujours par m'abandonner. »

L'activation des SPI mobilise des cognitions et des émotions menaçantes pour l'équilibre de l'individu qui déploie différentes stratégies inconscientes pour faire face.

1.1. Mécanisme de renforcement des SPI

Parce que l'expérience des pensées, des émotions et des impulsions associées aux Schémas est pénible pour l'individu ou les autres, ce dernier développe généralement des stratégies comportementales pour y faire face, appelées *styles d'adaptations dysfonctionnels*. Dans le cas des troubles de la personnalité, ces réponses cognitives, affectives, et comportementales, sont devenues presque automatiques et inconscientes lorsqu'un Schéma s'active. Bien que ces comportements puissent réduire efficacement l'affect négatif associé à l'activation d'un Schéma, ils sont aussi autodestructeurs, empêchent de satisfaire les besoins fondamentaux, les attentes de la personne et enrayent le processus de changement (Ball, 1998).

Pour un même schéma, différentes stratégies sont possibles et celles-ci peuvent varier selon la période de vie ou les situations. Le comportement dicté par une stratégie est une réponse d'adaptation à un Schéma. Young (1999) distingue trois styles d'adaptation dysfonctionnels pouvant maintenir les Schémas précoces inadaptés :

- **La soumission au schéma** : les individus se soumettent au schéma, l'acceptant comme vrai sans le combattre ;
- **L'évitement face au schéma** : ce style comprend différentes formes d'évitement ou de fuite face à toute situation ou individu déclenchant le schéma ;
- **La compensation face au schéma** : regroupe différentes formes de combat ou de contre-attaque envers le déclencheur du schéma.

Ces tentatives d'adaptation sont en grande partie fondées sur les trois grands types de défense vis-à-vis du danger, commandés par le système nerveux autonome et décrits dans la hiérarchie Polyvagale de Porges, comme l'illustre la figure 4.1.



Figure 4.1 Les styles d'adaptation dysfonctionnels fondés sur les trois réactions défensives de l'organisme, selon S. Porges

La fuite se manifeste dans les stratégies d'évitement ; l'affrontement dans les attitudes de compensation et la sidération dans les stratégies de soumission (Pascal, 2018).

Si l'on reprend l'exemple précédent, on observe qu'une stratégie de soumission est à l'origine du maintien du Schéma Abandon :

Événement : Conjoint a du retard au restaurant (cela est récurrent).		
Activation du schéma	Pensées automatiques	Action
SPI Abandon - Émotions : Tristesse - Sensations : un creux dans la poitrine, - Détresse émotionnelle : 8/10	« Je ne compte pas vraiment pour lui. » « Il va me laisser bientôt de toute façon. » « Personne ne m'apprécie vraiment et tout le monde finit toujours par m'abandonner. »	Au moment où le conjoint arrive (sans s'excuser et lui donner d'explication), elle se comporte de façon passive sans exprimer ses ressentis.
Stratégie de soumission au schéma : La personne choisit des partenaires qui la négligent et la maltraitent de la même façon que le faisaient ses parents, et se comporte ensuite avec eux d'une façon très passive, ce qui maintient le schéma. Elle est dépendante et évite les conflits sans parvenir à s'affirmer.		

Très souvent, le sujet sélectionne les situations et les relations qui activent et maintiennent le Schéma, et il évite celles qui sont susceptibles de le modifier. Il se comporte involontairement de telle sorte que les autres sont invités à répondre négativement à son égard, contribuant eux aussi, au maintien du Schéma. La modification de ce fonctionnement demande parfois autant d'effort que de contrer un réflexe ou une habitude solidement ancrée (Pascal, 2018).

Chez les personnes dépendantes, la consommation de substances ou la rechute peut être déclenchée par de nombreux facteurs, notamment les conflits interpersonnels, les pressions sociales, les affects négatifs, les symptômes de sevrage et l'envie (*urge/craving*) (Brownell et al., 1986). Les personnes dépendantes souffrant de troubles de la personnalité peuvent être particulièrement sensibles à ces facteurs de rechute, notamment par le biais de l'activation de Schémas.

Voici l'exemple présenté sur la figure 4.2, d'une situation rapportée par un patient, identifiée comme étant à l'origine de sa reconsommation d'alcool au cours de sa sortie thérapeutique du week-end :

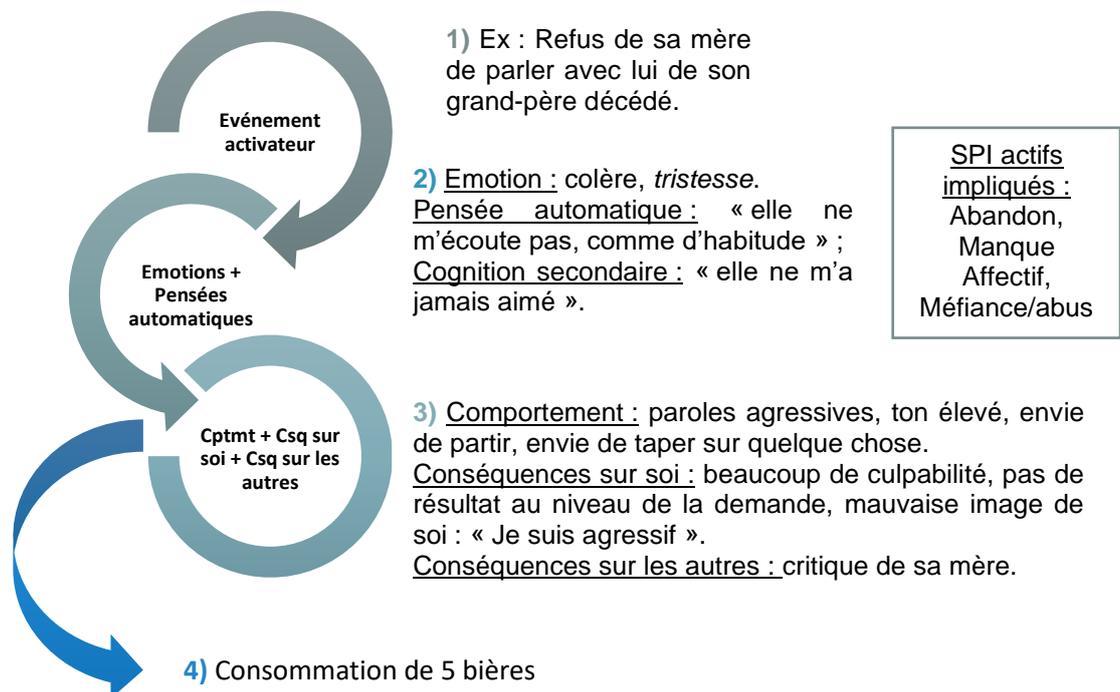


Figure 4.2 Renforcement des schémas et du trouble addictif par le comportement
 (*Cptmt = comportement ; Csq = conséquences)

1.2. Les Modes selon Young

La thérapie des Schémas a évolué à la suite du travail de Young avec des patients souffrant de troubles de la personnalité borderline, pour être actuellement une thérapie des Modes (J. Young et al., 2005). En effet, les patients présentant des troubles de la personnalité présentent parfois plus de 15 schémas actifs, ce qui rend la conceptualisation de cas difficile sans regrouper les SPI sous une plus grande entité. De plus, les patients rapportent souvent des variations d'états émotionnels et c'est ce qu'illustre cette notion de Mode. Cette construction théorique est donc particulièrement utile dans le travail clinique pour conceptualiser le trouble de personnalité et l'instabilité de la personnalité que l'on rencontre chez les personnes qui en sont atteintes. Les Modes sont comparables aux États du Moi⁷ ou à certains égards aux parties de personnalité décrites dans la Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité (Van der Hart et al., 2006).

Définition des Modes

Un Mode est un regroupement de Schémas Précoces et/ou de Stratégies Précoces actifs à un moment donné chez un individu (Young et al., 2017).

Un Mode se manifeste par un état émotionnel donné, un type de comportement donné, un type de pensées automatiques donné.

⁷ L'état du Moi est défini par Watkins et Watkins (1997) « comme un système organisé de comportements et d'expériences dont les éléments sont reliés entre eux par des principes communs, et qui est séparé des autres états par une limite plus ou moins perméable. »

Cinq MODES PRINCIPAUX ONT ETE IDENTIFIES :

- Le Mode Enfant Vulnérable ;
 - Le Mode Enfant en Colère ;
 - Le Mode Parent Exigeant (et/ou Punitif) ;
 - Le Mode Protecteur Détaché ;
 - Et le Mode Adulte Sain.
-

Certains Modes sont la persistance d'un état émotionnel infantile, c'est le cas des Modes Enfant Vulnérable et Enfant en Colère. Dans ces modes, les systèmes comportementaux décrits par Panksepp (système de la Peur, de la Colère et système d'Attachement) s'expriment à l'état pur ; ils se trouvent activés sans aucune modulation par la réflexion ni la prise de recul. D'autres Modes sont défensifs et correspondent à la manifestation des Stratégies Précoces, comme le Mode Protecteur Détaché. Le Mode Parent Exigeant (et/ou Punitif) représente l'internalisation d'un fonctionnement parental, où l'enfant « copie » en partie le fonctionnement parental, qui sera intégré dans la structure de sa personnalité. Le Mode Adulte Sain correspond au « sujet normal » qui se comporte de façon adaptée et responsable dans la vie quotidienne et au travail. Il présente un faible niveau de dissociation et un haut niveau d'intégration. Il est incarné par le thérapeute qui cherchera par exemple à satisfaire les besoins affectifs du Mode Enfant Vulnérable du patient. Par le modeling, le thérapeute aide à développer et/ou à renforcer le Mode Adulte Sain chez le patient.

1.2.1. Intérêt du Mode « Enfant Vulnérable »

Les besoins non satisfaits dans l'enfance en matière d'attachement sécurisant peuvent conduire à une grande variété de Schémas (Simard et al., 2011). Le mode Enfant Vulnérable est le plus commun dans le cas de maltraitances et de négligences chroniques dans l'enfance. Il est le centre des troubles de la personnalité et le point de départ de la plupart des prises en charge en thérapie (Pascal, 2018). Il s'agit d'une organisation de la personnalité effrayée, méfiante, « collante », démunie et impuissante. Ce mode est fondé sur le système émotionnel primaire défensif PANIC décrit par Panksepp, ou encore le système d'attachement décrit par Bowlby, dont l'action première correspond aux « pleurs d'attachement ». Chez l'adulte, on observe une dépendance inadaptée et un attachement anxieux.

Un patient qui a vécu des maltraitances durant son enfance exprime rarement un seul des Schémas du domaine Séparation-Rejet, mais plutôt un ensemble de sentiments et sensations liés à plusieurs des Schémas de ce domaine. Les émotions liées à ce domaine concernent très souvent le fait de ressentir une grande tristesse, un sentiment de solitude et de vulnérabilité, comme le montre la figure 4.3. Les émotions et sentiments exprimés sont liés au vécu d'un enfant qui se trouve seul, sans affection et soutien de la part de ses donneurs de soins dans une situation où il avait besoin d'eux. A l'âge adulte, l'individu ayant développé ce type de schémas et qui se trouve dans une situation où il a besoin d'aide et de soutien pourrait ressentir les mêmes types de sensations que lorsqu'il était enfant. Cependant, il n'a pas conscience que ses sentiments sont l'expression de besoins infantiles. Les stratégies opérées peuvent également être dysfonctionnelles. Très souvent, l'individu ne parvient pas à formuler ses besoins et envies de façon adaptée, augmentant les risques que ces derniers restent insatisfaits.

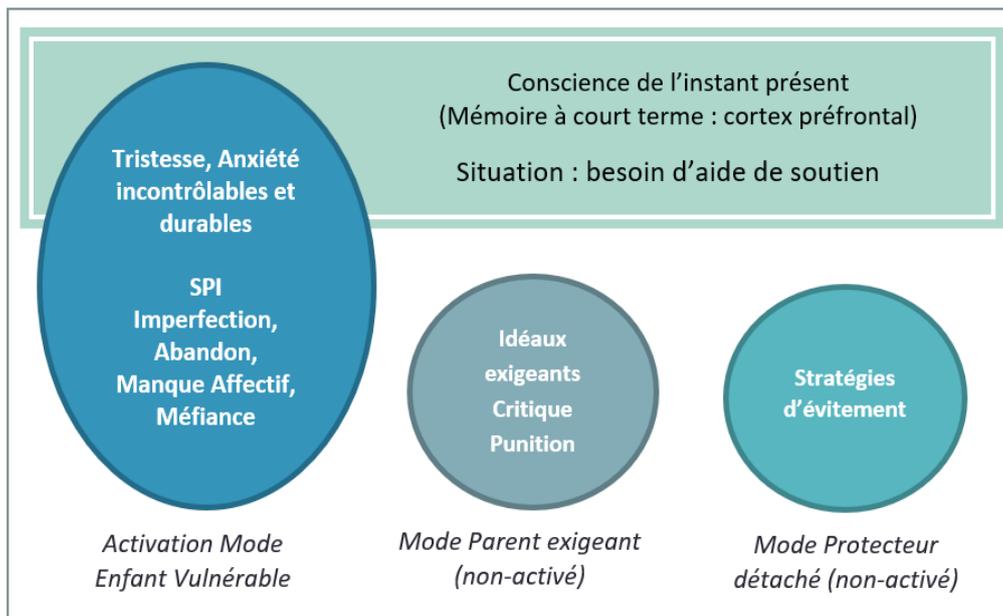


Figure 4.3 Activation du Mode Enfant Vulnérable (Pascal, 2015, p.87)

D'autre part, l'expression à l'âge adulte de besoins infantiles participe également à cette insatisfaction puisque les personnes rencontrées offrent des réponses convenant au besoin d'un adulte ou réitèrent le même type de négligences et d'abus qu'elles avaient vécus dans l'enfance. Ce biais de perception, qui comprend un état dissocié, constitue donc un facteur de risque de revictimisation. Par exemple, plusieurs études ont montré que les SPI du domaine « Séparation et rejet » (facteurs de risque proximaux) contribuent à être victime de violences conjugales ultérieurement, alors que les maltraitements durant l'enfance (facteurs de risques distaux) y participent de manière indirecte, par la médiation de ces SPI (Gay et al., 2013; Zerubavel et al., 2018). Chez les victimes de violences conjugales, la dissociation peut notamment avoir pour fonction de restreindre la conscience de l'abus afin de préserver les attachements perçus comme vitaux.

1.2.2. Modes selon Young et continuum de la sévérité de la dissociation

La notion de Mode est intrinsèquement liée à celle de la dissociation, au sens où Pierre Janet l'avait décrit au XIXe siècle. Les Modes sont des facettes de la personnalité, séparées les unes des autres par des barrières dissociatives plus ou moins « épaisses ». En particulier, dans le trouble borderline, les différents Modes expriment une fragmentation de la personnalité en différents états du moi, séparés les uns des autres, qui s'activent et se désactivent à tour de rôle. Plus la pathologie est sévère, plus le degré de dissociation est élevé.

Dans la théorie des Schémas, c'est-à-dire dans les troubles de la personnalité, il n'existe pas cette barrière d'amnésie entre les Modes : le sujet, à distance de l'activation d'un de ses Modes, peut se souvenir d'avoir été dans l'état émotionnel correspondant au Mode en question. Le patient présente plusieurs Modes, mais à un moment donné, un seul Mode prédomine et détermine le comportement actuel du sujet. Lorsqu'un Mode est activé, les autres Modes restent inactivés. Tandis que dans le cas d'une pathologie plus sévère, on observe des parties de personnalité plus complexes et autonomes qui apparaissent dans la vie de tous les jours et sont associées à des tâches ou des rôles particuliers.

Continuum dissociatif :

Lorsque l'on envisage la dissociation comme une fragmentation de l'identité, on peut représenter le degré de sévérité sur un continuum allant d'une division primaire, où l'individu conserve encore un sens élevé d'intégration, à une dissociation secondaire, où le fonctionnement de la personne se trouve déjà très impacté, jusqu'à une dissociation tertiaire, correspondant à la forme la plus sévère, observée dans le trouble dissociatif de l'identité (cf. figure 4.4).

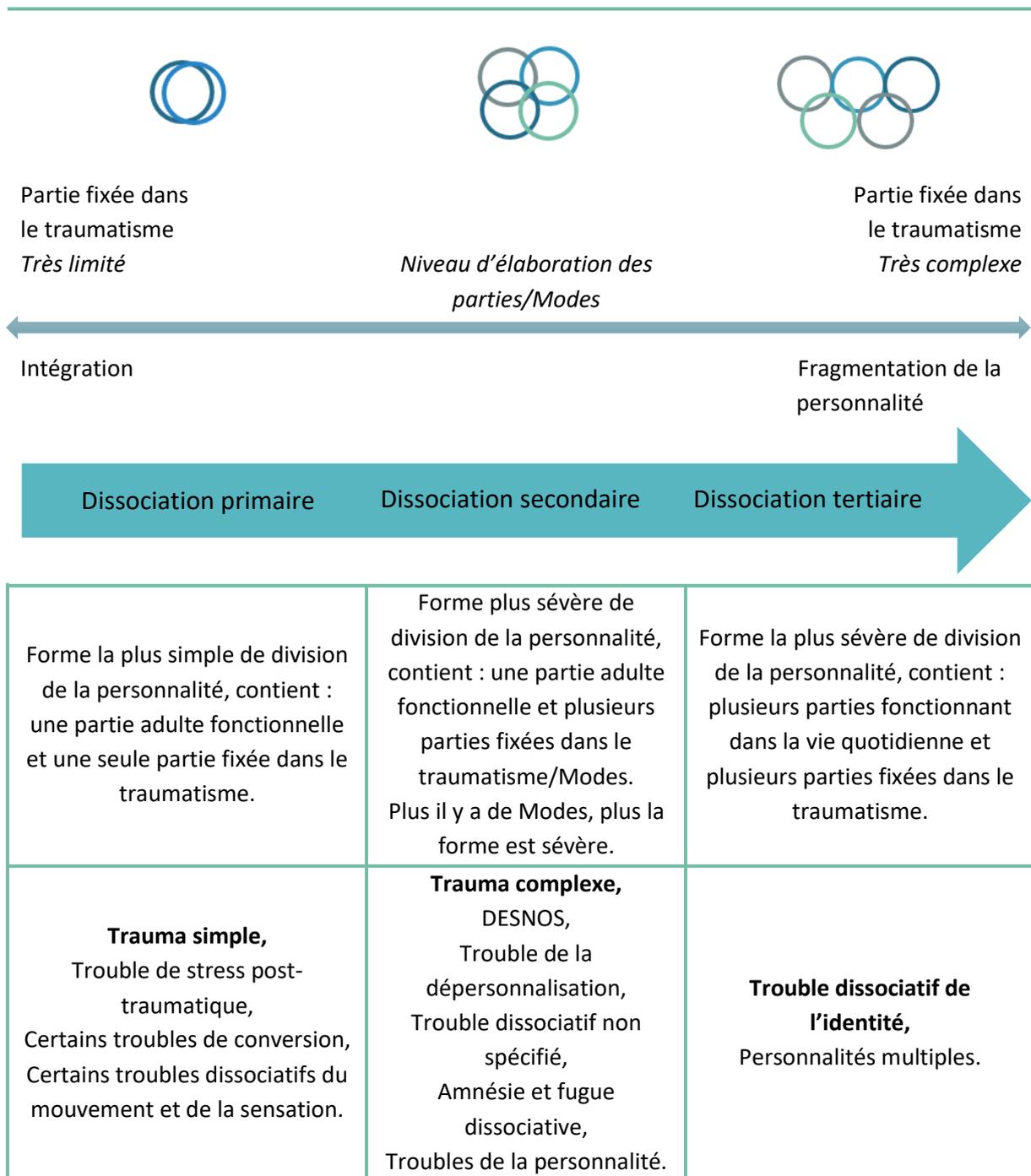
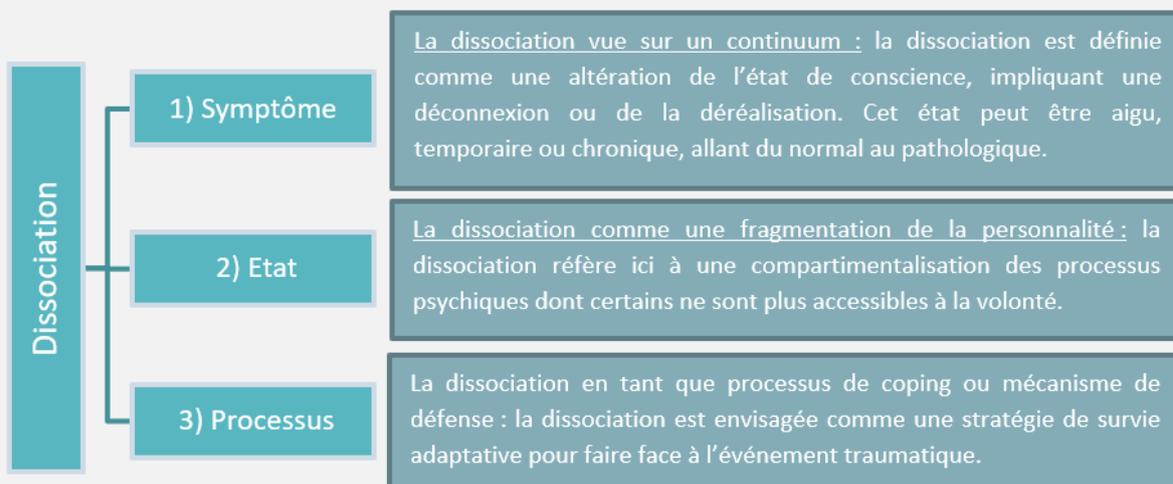


Figure 4.4 Continuum de sévérité de dissociation

A PROPOS DE LA DISSOCIATION :

Actuellement, la diversité des points de vue concernant le concept de dissociation maintient une véritable confusion autour de sa définition (Kédia, 2009). Les classifications diagnostiques envisagent plutôt la dissociation comme un symptôme alors que d'autres théoriciens comme Onno van der Hart défendent l'idée une perspective janétienne de la dissociation, envisagée comme une organisation sous-jacente ou un processus. Cardeña (1994) relève ainsi trois acceptions du terme dans la littérature internationale :



A noter : ces trois conceptualisations de la dissociation ne s'excluent pas entre elles. Les deux premières peuvent coexister chez une même personne, et la troisième donne une fonction aux deux premières.

1.3. La thérapie des Schémas

La thérapie des Schémas est basée sur une approche intégrative. Elle comprend des éléments de différents courants comme la thérapie cognitivo-comportementale, la théorie de l'attachement, la théorie de la dissociation et de la personnalité, la psychanalyse, des techniques de la Gestalt, la thérapie familiale et systémique, la méditation de pleine conscience, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou encore la psychothérapie sensorimotrice. Le rôle du thérapeute est d'aider le patient à faire le lien entre les émotions actuelles et les souvenirs d'enfance qui ont générés les Schémas ; de faire verbaliser le sujet sur l'expérience émotionnelle du Schéma (cette mentalisation a pour but de faciliter l'intégration des éléments du Schéma dans la mémoire déclarative) ; d'aider à intensifier le contrôle des Schémas par la conscience ; et de permettre d'affaiblir les émotions et les cognitions du Schéma, ainsi que les comportements qui lui sont liés (Pascal, 2018).

Dans le cadre de la prise en charge intégrée des troubles liés à l'usage de substances et des troubles de la personnalité, la Dual Focus Schema Therapy (DFST ; Ball & Young, 2000) comprend des techniques traditionnelles de prévention de la rechute pour les facteurs interpersonnels, affectifs et d'envie (craving), ainsi que des techniques empruntées à la Thérapie des Schémas, axées sur la diminution des Schémas et des stratégies inadaptées. Elle émet l'hypothèse qu'une rechute addictive peut être déclenchée de deux manières importantes :

- 1) La consommation de substances peut être l'expression directe de SPI de *Droits personnels exagérés* ou de *Contrôle de soi insuffisant* ou lorsque les relations de toxicomanie déclenchent des Schémas d'*Assujettissement*, d'*Abnégation* ou de *Recherche d'approbation*. Ces types de Schémas déclencheurs de rechute peuvent être tout à fait pertinents pour un large éventail de personnes qui abusent de substances.

- 2) Le second facteur déclencheur identifié comme puissant par Ball (1998) est la tentative de faire face à la situation de manière inadaptée afin d'éviter ou de compenser l'activation de Schémas. Et en particulier les Schémas du Domaine A (*Abandon, Méfiance, Manque Affectif, Imperfection, et Isolement social*) du Domaine B (*Dépendance, Échec et Fusionnement*) et du Domaine E (*Surcontrôle émotionnel, Idéaux exigeant et Punition*).

II. Descriptif des Schémas Précoces Inadaptés chez les patients de notre échantillon

Sur le tableau 4.2 figurent les moyennes aux 18 Schémas Précoces Inadaptés (SPI) activés, mesurés par le YSQ-S3 pour les sujets de l'échantillon total (voir figure 4.5 pour une représentation graphique de l'activation des SPI). Les moyennes sont exprimées en pourcentages de réponses 5 (« le plus souvent vrai pour moi ») ou 6 (« cela me décrit parfaitement ») parmi les cinq propositions, qui dénotent la présence du SPI considéré. Les moyennes des scores sont exprimées en % d'activation de chaque Schéma. Chez un patient sain, les scores aux SPI seront de 0% d'activation. Plus les scores sont élevés, plus ils attestent la présence et l'activation du Schéma. Pour une activation modérée, la moyenne est comprise entre 20 et 30% (*). Pour une activation marquée, la moyenne est supérieure à 30% (**). Donc si l'on retient un seuil de signification clinique supérieur à 20 %, comme l'ont fait Pallincourt et al. (2009), il apparaît que, dans notre échantillon, 12 SPI sur 18 peuvent être considérés comme activés, au moins modérément.

Tableau 4.2 Moyennes des scores en pourcentage d'activation des Schémas Précoces Inadaptés selon Young (YSQ-S3) (n = 208)

YSQ-S3	Échantillon total (N= 208)	Moyennes en % d'activation de chaque Schéma et σ
Score global YSQ		24,21 (19,07)*
Domaine A : Séparation et rejet		
Abandon / Instabilité (AB)		27,69 (31,74)*
Méfiance / Abus (MA)		25,48 (29,92)*
Manque affectif (ED)		27,60 (30,42)*
Imperfection / Honte (DS)		16,35 (26,70)
Isolement social (SI)		23,75 (30,19)*
Domaine B : Manque d'autonomie et de performance		
Dépendance / Incompétence (DI)		16,54 (21,43)
Peur du danger ou de la maladie (VU)		23,27 (28,50)*
Echec (FA)		15,38 (26,04)
Fusionnement / Personnalité atrophiée (EU)		14,71 (20,64)
C. Manque de limites		
Droits personnels exagérés / Grandeur (ET)		22,50 (24,03)*
Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisante (IS)		17,69 (23,64)
D. Orientation vers les autres		
Assujettissement (SB)		19,90 (25,97)
Abnégation (SS)		41,92 (36,09)**

Recherche d'approbation et de reconnaissance (AS)	22,69 (26,24)*
E. Surveillance et inhibition	
Négativité / Pessimisme (NP)	36,15 (34,23)**
Surcontrôle émotionnel (EI)	25,00 (27,70)*
Idéaux exigeants / Critique excessive (US)	36,31 (18,09)**
Punition (PU)	26,63 (27,24)*

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée ($M > 30\%$).

Seuls, *Imperfection*, *Dépendance*, *Échec*, *Fusionnement*, *Contrôle de soi insuffisant* et *Assujettissement* n'apparaissent pas significativement activés. Au seuil de signification clinique de 30 %, trois SPI sont nettement suractivés : *Abnégation*, *Négativité* et *Idéaux exigeants*. Il convient, d'un autre côté, de relever l'importance des indices de dispersion (*ET*), lesquels témoignent d'une forte hétérogénéité au sein de l'échantillon.

Ce graphique propose une synthèse des SPI activés dans notre échantillon au moment de l'admission des patients en centre de post-cure.

Axe vertical : moyennes en % des SPI activés

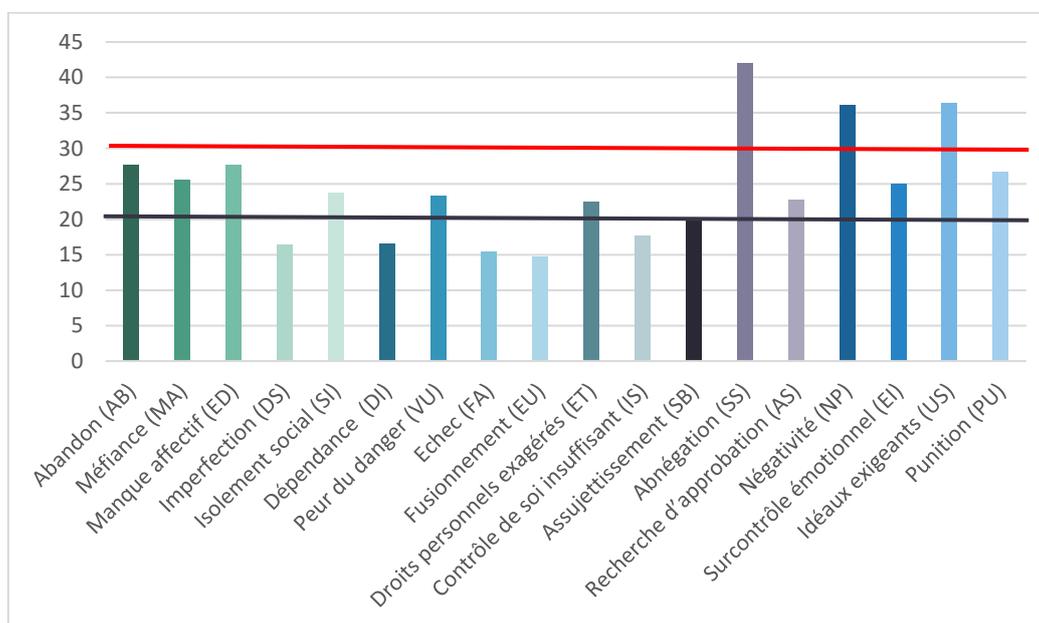


Figure 4.5 Moyennes des Schémas Précoces inadaptés à l'entrée en séjour (T1)

Tableau 4.3 Comparatif des résultats de notre étude avec ceux de 5 autres études réalisées auprès de patients présentant des troubles de l'usage de substances

	Notre étude	<u>Berrewaerts et al. (2019)</u>	<u>Brotchie et al. (2004)</u>	<u>Roper et al. (2010)</u>	Hautekeete et al. (2006)	<u>Shorey et al. (2014)</u>
Population	TUS	TUS	TUS	TUS	TUS	TUS Femmes
Total SPI activés	12 SPI activé /18	14 SPI activé /18	8 SPI activé /15	12 SPI activé /15	6 SPI activé /12	6 SPI activé /18
Domaine A : Séparation et rejet						
Abandon / Instabilité (AB)	*	**	NS	*	*	*
Méfiance / Abus (MA)	*	*	*	**	*	*
Manque affectif (ED)	*	**	NS	*	*	NS
Imperfection / Honte (DS)	*	NS	NS	*	Non évalué	NS
Isolement social (SI)	NS	*	*	NS	NS	NS
Domaine B : Manque d'autonomie et de performance						
Dépendance (DI)	NS	NS	NS	*	NS	NS
Peur du danger (VU)	*	*	*	**	NS	NS
Echec (FA)	NS	NS	NS	*	*	NS
Fusionnement (EU)	NS	NS	NS	NS	*	NS
C. Manque de limites						
Droits personnels exagérés (ET)	*	*	*	NS	Non évalué	NS
Contrôle de soi insuffisant (IS)	NS	NS	*	*	*	**
D. Orientation vers les autres						
Assujettissement (SB)	NS	*	NS	*	Non évalué	NS
Abnégation (SS)	**	**	*	**	*	**
Recherche de reconnaissance (AS)	*	*	Non évalué	Non évalué	Non évalué	NS
E. Surveillance et inhibition						
Négativité / Pessimisme (NP)	**	**	Non évalué	Non évalué	Non évalué	NS
Surcontrôle émotionnel (EI)	*	*	*	*	NS	NS
Idéaux exigeants (US)	**	**	*	*	*	**
Punition (PU)	*	*	Non évalué	Non évalué	Non évalué	*

NS : SPI Non Significativement activé. * Moyennes retenues dans les études pour considérer le SPI modérément actif : moyenne comprise entre 3 et 4 ; ou moyenne de réponses en pourcentage comprise entre 20 et 30%.

** Moyennes retenues dans les études pour considérer le SPI avec une activation marquée : moyenne > à 4, ou moyenne de réponses en pourcentage > à 30%.

Le tableau 4.3 présente un comparatif des résultats de notre étude avec ceux de 5 autres réalisées auprès de patients présentant des TUS. Globalement, les études semblent converger sur la désignation des Schémas *Méfiance*, *Manque affectif*, et *Abandon*, comme problématiques sensibles dans les troubles liés aux substances. Cependant, cette affirmation est également vraie pour d'autres troubles psychiatriques puisque l'on considère que le domaine Séparation-Rejet est celui le plus lié aux troubles d'attachement, aux événements traumatiques vécus durant l'enfance et aux troubles psychiatriques (Bortolon et al., 2017; Bosmans et al., 2010; Mason et al., 2005). Nous ajoutons que la stratégie *Abnégation* mériterait d'être étudiée de façon spécifique chez les personnes présentant des troubles addictifs, afin d'étudier son rôle probable dans le maintien du trouble. On observe également que les SPI *Peur du Danger*, *Idéaux exigeants* et *Surcontrôle émotionnel* semblent être une problématique sensible chez cette population. Enfin, les SPI du domaine Manque de limites sont également représentés. Les points de divergence entre les études pourraient provenir de différences dans la composition des échantillons (spécificité des comorbidités, nature des produits, objets de la dépendance) ou de différences dans les instruments de mesure utilisés (différentes versions du YSQ ou échelles dérivées du YSQ).

Au regard de l'approche transdiagnostique en psychopathologie présentée dans le chapitre 2 du manuscrit, nous proposons de considérer les SPI comme des facteurs de risques proximaux, impliqués dans le développement et le maintien d'une variété de troubles psychologiques et de troubles des conduites (cf. figure 4.6). En effet, des niveaux élevés d'activation de SPI, tels qu'évalués à l'aide du questionnaire YSQ, se retrouvent également dans d'autres troubles (Delattre et al., 2004; Hawke & Provencher, 2012b; Pinto-Gouveia et al., 2006; Renner et al., 2012; Unoka et al., 2007), comme par exemple les troubles anxieux ou les problématiques de type Etat limite. Les effets de la violence psychologique persistent par le biais des SPI (Messman-Moore & Coates, 2007). Et les SPI assurent un rôle de médiateur entre des événements traumatiques vécus durant l'enfance et la symptomatologie actuelle présentée par le sujet (Roelofs et al., 2011).

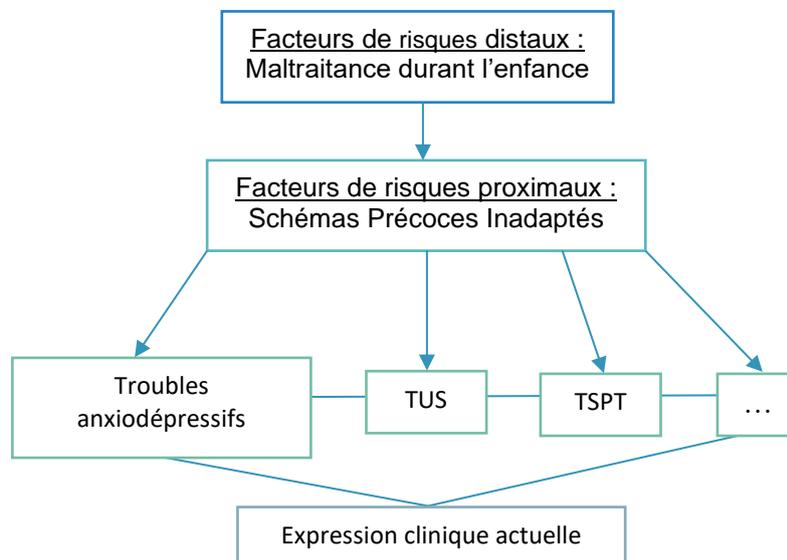


Figure 4.6 Conceptualisation du rôle des SPI dans le développement et le maintien de la psychopathologie, à partir de l'heuristique proposée par Nolen-Hoeksema et Watkins (2011)

Il convient alors d'étudier cliniquement la façon dont les SPI sont susceptibles de contribuer au maintien non seulement du trouble addictif mais aussi dans une certaine mesure, des troubles comorbides présentés par le sujet. En ce sens, une étude de Lecigne et Tapia (2018) a montré le rôle médiateur des SPI activés entre la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et le TUS. Les résultats indiquent

une médiation complète, suggérant une cascade de relations dans lesquelles une variable antécédente, ici la sévérité des symptômes du TSPT, affecte une variable médiatrice, le nombre de SPI hyperactifs, qui affecte ensuite une variable de résultat, la sévérité de la consommation de substances illicites.

En termes d'intervention, la thérapie des Schémas a montré son efficacité pour la réduction de la dépression et du risque de rechute de patients dépendants à l'héroïne, comparativement au groupe-contrôle (Oraki, 2019). L'étude de Peck et al. (2018) a examiné la relation entre les cognitions liées aux traumatismes (apparentées au SPI) et les résultats du traitement basé sur la CPT (Cognitive Processing Therapy) chez des anciens combattants souffrant de TSPT-TUS. Comme attendu, les mesures effectuées avant le traitement indiquent que les cognitions liées au traumatisme sont associées au TSPT, aux symptômes dépressifs, ainsi qu'au craving provoqué par un déclencheur traumatique. Après le traitement, les résultats indiquent que les cognitions inadaptées liées au traumatisme ont représenté une part significative de la variance dans la réduction du TSPT et des symptômes dépressifs, suggérant que leur réduction semble jouer un rôle important dans la guérison du TSPT.

III. Comparaison entre les moyennes d'activation des SPI en fonction du temps de séjour au CSSRA

Statistiques : Nous avons réalisé des ANOVA à 1 facteur, et pour les tests post-hocs, nous avons opté pour le Test de Tukey. Les variables SPI : AB, MA, ED, DS, SI, VU, IS, SB, SS, EI, et score global YSQ, ne sont pas homogènes. Un test T3 de Dunnett a été réalisé.

Tableau 4.4 Scores moyens au YSQ-S3 (n valide = 208)

YSQ-S3	Groupe C (N = 66)	Groupe M (N = 61)	Groupe L (N = 81)	Valeur de p	d'
Score global YSQ	21,25 (16,71)*	22,01 (16,38)*	28,27 (22,03)*	,047	,17
Domaine A : Séparation et rejet					
Abandon / Instabilité (AB)	23,33 (29,47)*	24,92 (28,90)*	33,33 (34,93)**	,118	
Méfiance / Abus (MA)	22,73 (28,26)*	20,98 (25,41)*	31,11 (33,62)**	,090	
Manque affectif (ED)	23,33 (26,85)*	23,28 (25,61)*	34,32 (35,25)**	,038	,18
Imperfection / Honte (DS)	10,91 (22,79)	14,10 (21,71)	22,47 (31,68)*	,024	,19
Isolement social (SI)	20,91 (30,47)*	20,00 (21,90)*	28,90 (34,64)*	,144	
Domaine B : Manque d'autonomie et de performance					
Dépendance / Incompétence (DI)	13,03 (21,48)	16,07 (20,27)	19,75 (22,02)	,164	
Peur du danger ou de la maladie (VU)	20,00 (26,95)*	19,34 (23,66)	28,89 (32,25)*	,075	
Echec (FA)	14,85 (25,85)	15,41 (24,60)	15,80 (27,52)	,976	
Fusionnement / Personnalité atrophiée (EU)	13,64 (20,20)	14,43 (18,30)	15,80 (22,74)	,813	
C. Manque de limites					
Droits personnels exagérés / Grandeur (ET)	23,94 (24,86)*	19,67 (24,90)	23,46 (22,76)*	,548	
Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisante (IS)	13,94 (21,62)	16,72 (21,35)	21,48 (26,42)*	,146	

D. Orientation vers les autres					
Assujettissement (SB)	15,76 (20,31)	18,03 (21,51)	24,69 (31,98)*	,093	
Abnégation (SS)	33,64 (34,04)**	38,36 (32,52)**	51,36 (38,46)**	,008	,22
Recherche d'approbation et de reconnaissance (AS)	21,52 (24,64)*	22,95 (27,53)*	23,46 (26,79)*	,902	
E. Surveilance et inhibition					
Négativité / Pessimisme (NP)	30,30 (32,77)**	33,44 (31,56)**	42,96 (36,48)**	,063	
Surcontrôle émotionnel (EI)	20,91 (24,41)*	23,61 (24,36)*	29,38 (31,95)*	,164	
Idéaux exigeants / Critique excessive (US)	30,91 (25,82)**	23,28 (25,87)*	28,15 (23,40)*	,221	
Punition (PU)	24,55 (25,73)*	27,21 (28,76)*	27,90 (27,51)*	,746	
Total SPI activés	12 dont 3 hyperactivés	10 dont 2 hyperactivés	15 dont 5 hyperactivés		

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée ($M > 30\%$).

Sur le tableau 4.4, on observe que les groupes diffèrent entre eux de façon significative au score global SPI, $F(2,205)=3,10$, $p < 0,05$. Cependant le test post-hoc montre seulement une tendance pour le groupe L (13 semaines) à présenter une activation plus élevée des SPI que le groupe C (5 semaines), ($m_L = 28,3$; $\sigma = 22,0$; $m_C = 21,3$; $\sigma = 16,7$) $p = 0,08$.

Les groupes diffèrent entre eux de manière significative aux différents SPI cités ci-dessous :

- *Manque affectif*, $F(2,205) = 3,31$, $p < 0,05$. Le test post-hoc montre une tendance du groupe L à présenter une activation plus élevée du SPI par rapport aux groupes C et M, $p < 0,10$.
- *Imperfection*, $F(2,205) = 3,81$, $p < 0,05$. Le test post-hoc révèle que le groupe L présente une activation plus marquée que le groupe C ($m_L = 22,5$; $\sigma = 31,7$; $m_C = 10,9$; $\sigma = 22,8$) $p < 0,05$.
- *Abnégation*, $F(2,205) = 4,99$, $p < 0,05$. Le test post-hoc montre que le groupe L présente une activation plus sévère du SPI que le groupe C ($m_L = 51,4$; $\sigma = 38,5$; $m_C = 33,6$; $\sigma = 34$) $p < 0,05$, ainsi qu'une tendance du groupe L à présenter un score plus élevé que le groupe M, $p < 0,10$.

On observe également une tendance ($p < 0,10$) des groupes à différer aux SPI :

- *Méfiance*, $F(2,205) = 2,16$, $p < 0,10$. Le test post-hoc est non significatif.
- *Peur du danger*, $F(2,205) = 2,63$, $p < 0,10$. Le test post-hoc est non significatif.
- *Assujettissement*, $F(2,205) = 2,41$, $p < 0,10$. Le test post-hoc est non significatif.
- *Négativité*, $F(2,205) = 2,63$, $p = 0,06$. Le test post-hoc montre une tendance pour le groupe L à présenter une activation plus marquée du SPI par rapport au groupe C, ($m_L = 43$; $\sigma = 36,5$; $m_C = 30,3$; $\sigma = 32,8$), $p = 0,06$.

En somme, les analyses tendent à démontrer que le groupe L présente une activation plus marquée des SPI que le groupe C. Ces résultats vont dans le sens de ceux présentés précédemment pour les symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs. Ils appuient le diagnostic en faveur d'un trauma complexe.

Axe vertical : moyennes en % des SPI activés

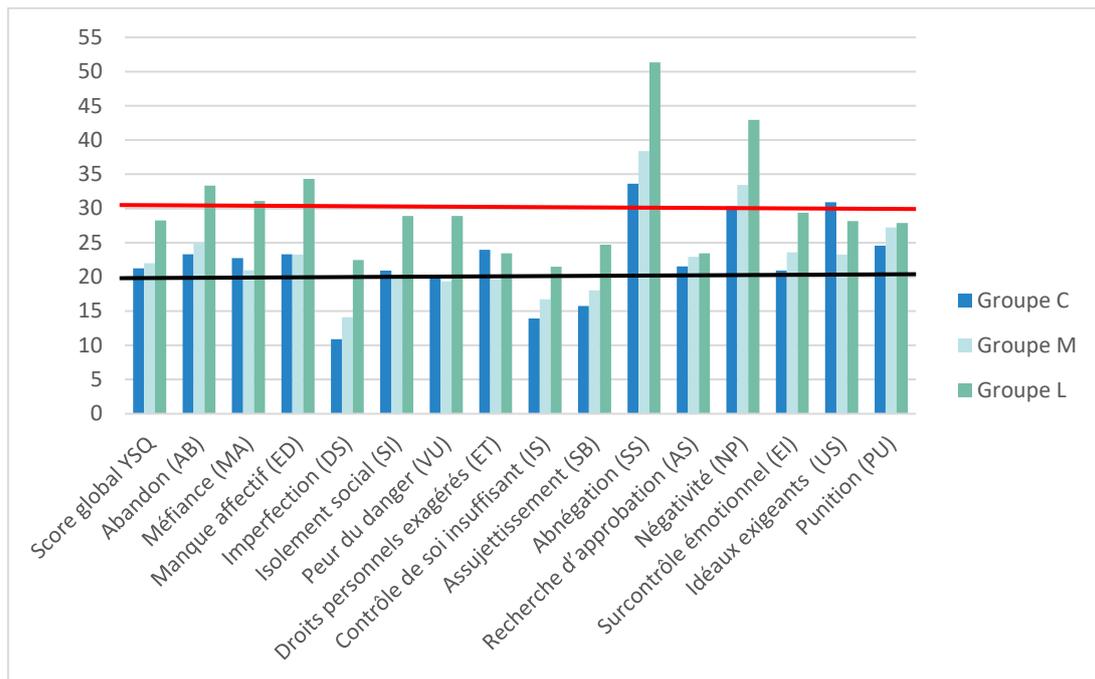


Figure 4.7 SPI actifs à T1 en fonction de la durée de séjour

Sur le graphique (figure 4.7), on observe que les SPI *Abnégation* (AS) et *Négativité/pessimisme* (NP) sont hyperactivés chez les 3 groupes, et plus encore chez le groupe L, bien que les analyses statistiques montrent une tendance pour le SPI *Négativité/pessimisme* $p < 0,10$.

L'implication de ces deux SPI mériterait d'être investiguée à l'aide d'une méthodologie qualitative chez les patients TUS. En effet, un nombre important de patients TUS présentent également un diagnostic de trouble dépressif. Cliniquement parlant, il serait intéressant de savoir si les ruminations anxieuses et dépressives sont attribuables à l'expression de SPI, et en particulier du SPI *Négativité/pessimisme* (NP), car la prise en charge diffère s'il s'agit d'un SPI activé ou de pensées négatives survenant après le sevrage de produits. Les SPI se développent au cours de l'enfance, ils peuvent être proches d'un trait de personnalité, tel que le névrosisme, et être relativement stables dans le temps (Riso et al., 2006), et donc relativement difficiles à modifier.

IV. Discussion

Les résultats de notre étude appuient l'intérêt de la prise en compte des SPI chez les patients TUS, et en particulier chez ceux présentant un TSPT-TUS. Jusqu'à présent, les recherches sur le traitement de la dépendance et du TSPT comorbide se sont principalement concentrées sur les interventions ciblant ces deux variables simultanément ou de manière séquentielle (Torchalla et al., 2012; Van Dam et al., 2012) et il semble que les SPI n'aient pas été jusqu'à présent un but clinique ciblé dans le traitement des TSPT-TUS. Les SPI présentent une pertinence clinique, en donnant des indications sur les émotions et cognitions négatives qui peuvent surgir de façon récurrente chez les patients. L'évaluation des SPI au cours de la prise en charge permettrait donc de comprendre les processus psychologiques qui peuvent

amener à la rechute et de rechercher d'autres stratégies possibles pour maintenir le changement mis en œuvre.

Witkiewitz et Marlatt (2004) ont réalisé une refonte du modèle de prévention de la rechute en synthétisant les découvertes empiriques en une théorie unifiée. Selon ces auteurs, la rechute devrait être vue comme un processus multidimensionnel et dynamique dans le temps. Cette conception de la rechute inclut et distingue des facteurs prédisposants (processus toniques), des facteurs prédictifs (réponses phasiques) et des facteurs précipitants (= les situations à haut risque). Ainsi dans une situation à risque de consommation, la façon dont les personnes dépendantes réagiraient dépendrait non seulement de la nature de la situation à laquelle elles sont confrontées, mais aussi de leur disposition à répondre à ces situations. En fonction du contexte, de leur état psychologique et affectif, elles pourraient donc réagir différemment au moment où surviennent les situations à risque. Par ailleurs, l'impact des stratégies utilisées par ces personnes pour affronter ces situations, leurs envies de consommer ou pour se reprendre en main à la suite d'un dérapage influencerait leur motivation à poursuivre ou non leur démarche de changement (Gormley & Laventure, 2012). On pourrait ainsi intégrer au modèle dynamique de la rechute, les Schémas Précoces Inadaptés qui, lorsqu'ils s'activent, impactent les processus cognitifs, émotionnels, sensoriels et comportementaux (cf. figure 4.8).

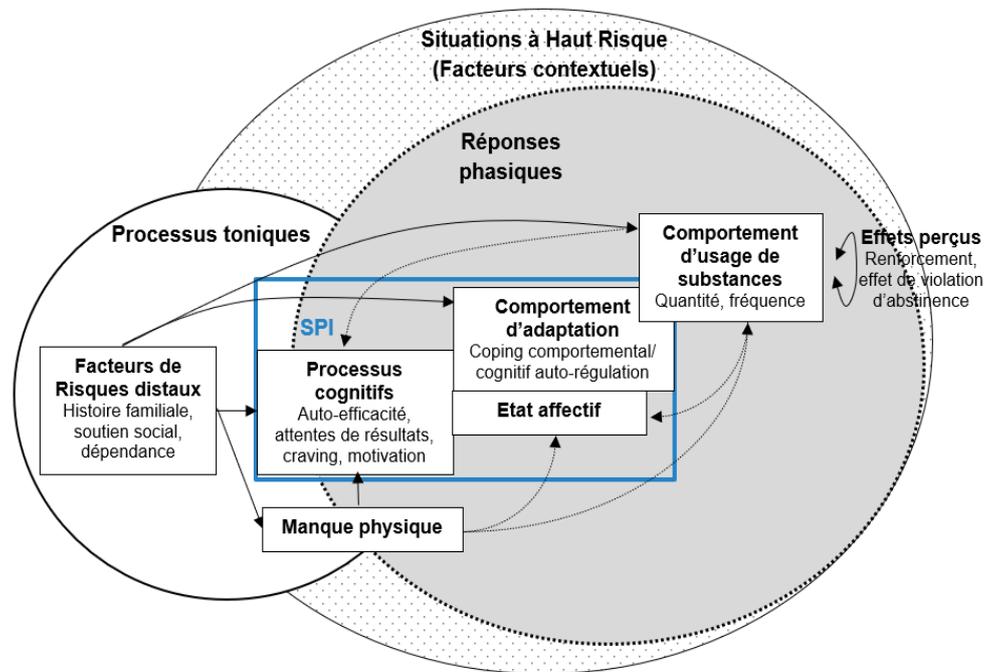


Figure 4.8 Le modèle de la rechute de Witkiewitz et Marlatt (2004) complété par l'intégration des SPI (Charlène Leconstant)

Pour illustrer nos propos, nous pouvons prendre l'exemple d'une patiente qui rechutait à chacune de ses sorties thérapeutiques du week-end. En explorant les facteurs identifiés par la patiente ayant favorisé ses faux pas, elle a pu exprimer que les retrouvailles avec son fils n'étaient pas positives. Les consommations d'alcool ont systématiquement suivi les conflits avec son fils âgé de 16 ans, qui réactivaient des schémas d'inopérance dans son rôle de mère, des SPI de *Manque affectif* et d'*Abandon*. Lorsque ces SPI s'activent, des émotions intenses et durables de tristesse et de désespoir surviennent. Les pensées présentes lui rappellent que son fils ne l'encouragera et ne la soutiendra jamais quoi qu'elle fasse, et qu'elle sera toujours seule face à ses problèmes. Ces schémas étant en lien avec des expériences de la petite enfance, les stratégies comportementales qui les accompagnent sont souvent inadaptées aux

attentes que l'on place chez un adulte. Certaines personnes vont par exemple adopter une attitude de repli comme se recroqueviller sur le sol ou sur leur lit, en pleurant, avec l'idée de ne plus s'alimenter. Une attitude que l'on retrouve chez des nourrissons, qui pleurent dans leur berceau jusqu'à ce que leur donneur de soin vienne à eux et subviennent à leurs besoins fondamentaux. Dans le cas de cette patiente, on retrouve l'adoption de comportements similaires, avec l'attente que personne ne vienne, ce qui provoque un sentiment de détresse et de solitude. Elle décrit qu'après la situation de conflit avec son fils, elle a beaucoup pleuré, et est allée chercher une bouteille de vodka, qu'elle a bu dans son lit. Elle rapporte ensuite ne plus se souvenir de grand-chose, mais dit avoir passé la majeure partie de son week-end dans sa chambre, dans le noir. Dans ce cas, on voit que le conflit en lui-même ne permet pas d'expliquer une attitude de repli et d'évitement aussi massive. La compréhension du rôle des SPI permet au clinicien d'envisager le lien entre les éléments présents et l'histoire du patient.

Certes, le nouveau modèle de Witzkiewitz et Marlatt (2004) apporte une compréhension multidimensionnelle, dynamique et systémique de la rechute. Cependant, en accord avec Stanton (2005), nous pensons que ce modèle néglige les déterminants interpersonnels. Les comportements ont très souvent une signification sociale. Pour Tcherkassof et Frijda (2014) les émotions de l'individu ne devraient pas simplement être considérées comme le produit d'une expérience interne, mais comme le reflet des différentes relations sujet-objet, c'est-à-dire de différentes relations au monde du sujet. Ces auteurs s'appuient sur l'approche neuro-phénoménale de Northoff (2012) qui propose que les émotions sont constituées de la relation triadique environnement-corps-cerveau ; et que ces trois éléments sont considérés comme constitutifs de l'expérience subjective émotionnelle. En d'autres termes, les trois processus - cognitifs, affectifs et comportementaux – font partie de ce que nous comprenons comme l'expression des émotions. Dans cette optique, les émotions ne peuvent qu'être régulées dans une perspective relationnelle, puisqu'elles émergent de l'interaction entre un individu et une situation. L'affect, compris comme un élément incarné et sensori-moteur, va inciter l'individu à réagir, de façon plus ou moins consciente. Tcherkassof et Frijda (2014, p.504) expliquent que les affects ou émotions primaires se caractérisent également par « la préséance des réponses à l'événement – modalité qui traduit leur prévalence sur les conduites en cours – et par la production d'une attitude préparatoire sous la forme d'une « disposition à l'action » qui pousse le sujet à modifier sa relation à l'objet ou l'événement. Cette modalité, enfin, favorise la sélection d'actions impulsives qui permettent l'issue visée par la « disposition à l'action ». Les affects ne sont pas directement soumis à la volonté ; ils s'imposent sous des formes multiples, comme des impulsions, des actions, des sensations, des pensées ou encore des sentiments. Les émotions primaires engendrent une sorte d'état d'urgence qui impulse à l'organisme des mouvements et actions impulsives, en vue de rapidement parvenir à un état d'homéostasie. En tenant compte des Schémas, qui contiennent des affects dérégulés, nous comprenons que bon nombre de promesses et d'engagements ne tiendront plus. Sous leur influence, la personne dépendante sera poussée à apaiser l'affect pour un retour rapide à un état d'homéostasie. Les actions sélectionnées seront celles qui sont les plus apprises (automatisées) et connues pour atteindre rapidement leur but. L'activation d'un Schéma est si douloureuse et déstabilisante, qu'elle peut désorganiser la personne, qui ne sera plus en mesure de réfléchir avant d'agir. La consommation de substances pourrait ainsi être envisagée à partir des éléments présents, en sachant que l'activation de Schémas influence la perception des situations actuelles, un peu à la manière de filtres. Les SPI se sont formés dans les expériences passées du sujet, expériences qui comprennent des abus ou des négligences interpersonnelles. Les SPI comprennent des processus émotionnels, cognitifs et comportementaux qui s'activent dans la situation présente, mais ces ressentis sont très similaires à ce que le sujet ressentait dans le passé. Plus les SPI s'activent, plus ils se renforcent, car ils semblent être justes. Par exemple, lorsque la personne ne se sent pas aimée de son/sa partenaire, le SPI *Manque affectif* peut s'activer, avec la pensée « Personne ne m'aimera jamais ». Ce qui peut sembler juste dans la situation. La personne peut alors ressentir des émotions de tristesse, et

prendre des distances, tout en attendant que son partenaire réagisse et vienne lui prouver son amour. On voit ici une stratégie de coping centrée sur les émotions, avec un manque d'engagement de la part de l'individu. Des conflits relationnels ou un éloignement peuvent découler de ces attitudes. Tandis qu'une personne n'ayant pas ce SPI pensera simplement que son/sa partenaire semble préoccupé/e ces derniers temps et ira vers lui/elle pour lui demander ce qui ne va pas. On a ici une stratégie centrée sur le problème, où la personne manifeste de l'empathie à l'égard de son/sa partenaire, ce qui doit renforcer leur lien. Les SPI contiennent donc des éléments imbriqués qui poussent l'individu à agir d'une manière inadaptée, parce que ce qu'ils réactivent provient du passé et non pas de la situation présente.

Ainsi, il nous semble indispensable que la dimension interpersonnelle soit incluse dans les interventions thérapeutiques de prévention de la rechute. Cependant, l'acquisition de compétences interpersonnelles pour gérer les situations sociales se trouvera rapidement limitée si on n'analyse pas les modèles internes opérants sur soi et les autres que le patient a construits au cours de ses relations précoces d'attachement et qui influenceront inévitablement sur ses relations présentes.

L'inclusion de la dimension interpersonnelle peut comprendre l'intégration du concept de SPI, puisque ces derniers influent sur la façon dont l'individu perçoit la situation et y réagit. Nous préférons le concept de SPI à celui de cognitions dysfonctionnelles car les SPI englobent des cognitions, émotions et comportements et le rôle de la dissociation dans le maintien des émotions dérégulées et comportements inadaptés. Une fois les Schémas identifiés, on peut souvent anticiper facilement le comportement du patient dans une situation donnée, parce que les SPI sont rigides, persistants et récurrents. Lorsque les patients prennent conscience de ce fonctionnement, et que l'on parvient à diminuer le niveau d'activation du SPI, ils peuvent eux-mêmes plus facilement anticiper leurs réactions, ils comprennent également mieux ce qui se passe et peuvent développer une analyse métaréflexive à propos de ce qu'ils vivent. Par exemple dans le cas de la patiente qui consomme de l'alcool à chaque conflit avec son fils, l'identification des SPI lui a permis de développer ce type de réflexion : « Lorsqu'on se dispute, je me sens très mal, mais je sais que cela provient de mon passé, de tous ces moments où j'avais besoin d'aide et où on m'a laissée seule. Aujourd'hui, c'est moi la maman et je dois être présente pour mon fils. Pour le moment il n'a plus confiance en moi, et je vis très mal cette situation, mais je le comprends. Je sais que je peux appeler un professionnel du centre pour parler de ce que je ressens. Ma démarche est bonne, en me soignant je pourrais à nouveau être présente pour mon fils, je dois être confiante sur le fait que notre relation s'en trouvera améliorée et lui laisser du temps ».

La théorie des Schémas conçoit la consommation de substances comme une stratégie d'évitement. Or, l'évitement est incompatible avec l'acceptation des expériences du moment présent qui caractérise la pleine conscience. Une récente recherche de Grigorian et al. (2020) a étudié la pleine conscience dispositionnelle par rapport aux SPI dans l'objectif de fournir des pistes d'adaptation des traitements futurs aux déficits spécifiques de la pleine conscience chez les patients TUS. Les résultats de l'étude ont révélé que les domaines de SPI, à savoir le domaine Séparation-Rejet, et Surveillance-Inhibition, étaient négativement associés à l'action avec conscience. De plus, la dimension Manque de limites est négativement liée aux quatre autres facettes de la pleine conscience (description de l'expérience, non-jugement de l'expérience intérieure, non-réactivité aux expériences intérieures et observation de l'expérience) et le domaine Séparation-Rejet est négativement liée à l'action en pleine conscience, la description de l'expérience et à l'observation de l'expérience. Les personnes ayant un niveau élevé d'activation des SPI dans le domaine Séparation-Rejet auraient probablement des déficits dans la description et l'observation attentives en raison de ces caractéristiques d'hypervigilance et d'inhibition. Les auteurs concluent que les interventions thérapeutiques devraient être adaptées aux domaines spécifiques des SPI et à des facettes de la pleine conscience chez les personnes en traitement pour des TUS. En accord avec plusieurs auteurs (voir Grebot & Dardard, 2010; Lecigne & Tapia, 2018) nous pensons que les SPI devraient être évalués non seulement au début de la thérapie mais aussi pendant le

suivi, afin de prévenir les rechutes. Les résultats de Hautekeete et al. (2006) suggèrent que l'on peut s'attendre à ce que les comportements addictifs diminuent à mesure que les SPI se désactivent. Se concentrer sur la diminution de l'activation des SPI lors de la prise en charge de la dépendance aux substances psychoactives pourrait donc permettre d'accroître les chances du patient dans le maintien de ses objectifs, qu'ils se situent dans le maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée. Un domaine de recherche future pourrait concerner l'étude de l'évolution des SPI en fonction de la thérapie, afin de déterminer le lien de cause à effet entre le degré d'activation des SPI et la prévention des rechutes.

Dans les parties suivantes, nous présenterons le programme de Thérapie Assistée par le Cheval que nous avons développé qui intègre des éléments de la thérapie des Schémas. Nous exposerons notamment un cas clinique qui démontre l'utilité de cette approche dans le cadre de la TAC pour l'amélioration conjointe du TSPT-TUS.

PARTIE II

Chapitre 5. Méthodologie de recherche qualitative

Chapitre 6. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA)

Chapitre 7. Adaptation du programme de Prévention de la Rechute basé sur la Pleine Conscience (MBRP) pour les patients ayant un TSPT-TUS

Chapitre 8. Le programme TSPT-TUS intégré de Thérapie Assistée par le Cheval

Chapitre 9. Etude de l'efficacité de la TAC pour la prise en charge intégrée des troubles dissociatifs et traumatiques comorbides aux TUS

Chapitre 10. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA) appliqué à la Thérapie Assistée par le Cheval



5. Méthodologie de recherche qualitative

Les différents chapitres de thèse présentés au cours de la partie II de ce manuscrit exposent le développement de notre réflexion au sujet des processus émotionnels et cognitifs dans la Thérapie Assistée par le cheval. Nous présentons les différents allers-retours que nous avons réalisés entre théorie et pratique, avant d'aboutir à l'élaboration d'un modèle intégratif pour la compréhension des interactions homme-animal que nous proposons d'appliquer au cadre de la thérapie assistée par le cheval. Comme nous l'avons présenté lors de l'introduction, notre volonté a été de construire une réflexion dans une démarche intégrative, non pas seulement à partir de réflexion conceptuelle, mais aussi à partir de nos observations, de notre pratique, de notre ressenti de la clinique. Pour investiguer les questions relatives à notre objet de recherche, nous nous sommes inspirés d'une méthodologie de recherche qualitative : la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), ainsi que la recherche-action (Lewin, 1997).

I. La recherche-action

Allard-Poesi et Perret (2004, p.4) définissent la recherche-action comme « une méthode de recherche dans laquelle il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherche[s] ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations » (Hugon & Seibel (1988), p.131). Cette définition générale se traduit par des formes très variées d'approches qui néanmoins se rejoignent au travers des traits caractéristiques communs : « [...] changement, élaboration de connaissance et intervention ». Ainsi, la recherche-action correspond à une démarche et une méthodologie de recherche scientifique visant à mener en parallèle et de manière intriquée l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions concrètes et transformatrices sur le terrain. Ce processus de recherche consiste à établir un dialogue permanent entre théorie et pratique. D'après Mottet (1992, p.140) : « le rapport théorie-pratique constitue un paradigme que l'on retrouve, sous des formulations variées, dans de nombreux domaines où se rejoue indéfiniment le rapport philosophique du sujet au réel dans sa double visée de connaissance et d'action. Selon les domaines d'action concernés, la théorie peut être vue comme un ensemble de principes et de prescriptions, ou de procédures formelles en vue d'une maîtrise pratique, ou encore constituer un corps de connaissances sur les principes et logiques à l'œuvre dans l'action. Dans l'ordre du connaître, le problème épistémologique de la construction scientifique du réel est aussi générateur d'une dialectique complexe entre théorie et pratique, la première devant se détourner de la seconde pour se constituer, devant y retourner pour s'y confronter, et finalement s'avérant elle-même une forme de pratique. Est-il question d'action, c'est la théorie qui prend des visages et des rôles multiples... Est-il une question de connaissance, c'est la pratique qui devient multiforme, désignant tour à tour l'expérience commune, l'expérimentation, l'activité même de production des connaissances ». La recherche-action est une démarche de recherche visant à résoudre des problèmes concrets en situation ; son objectif est de produire des connaissances scientifiques sur des situations concrètes, dans leur contexte. Le point de départ du processus de recherche consiste à identifier un problème concret, une question de recherche, en lien avec une problématique clinique observée sur le terrain (Jouison-Laffitte, 2009). C'est pourquoi il est coutume de considérer que le processus de la recherche-action impose au chercheur une immersion dans l'organisation où il intervient avec une implication de longue durée. La recherche-action correspondrait davantage à une démarche de recherche qu'à une méthode (Liu, 1997). Ainsi, un protocole de recherche-action n'est pas prisonnier d'une méthode/technique de collecte des données (Jouison-Laffitte, 2009). Les modalités opératoires vont ainsi reposer sur des méthodologies variées, telles que des entretiens approfondis, des questionnaires, l'observation directe

ou participante... Cette liberté quant aux méthodes d'investigation est commune à toutes les formes de recherche-action (Allard-Poési et Perret 2004).

II. La Grounded Theory (GT)

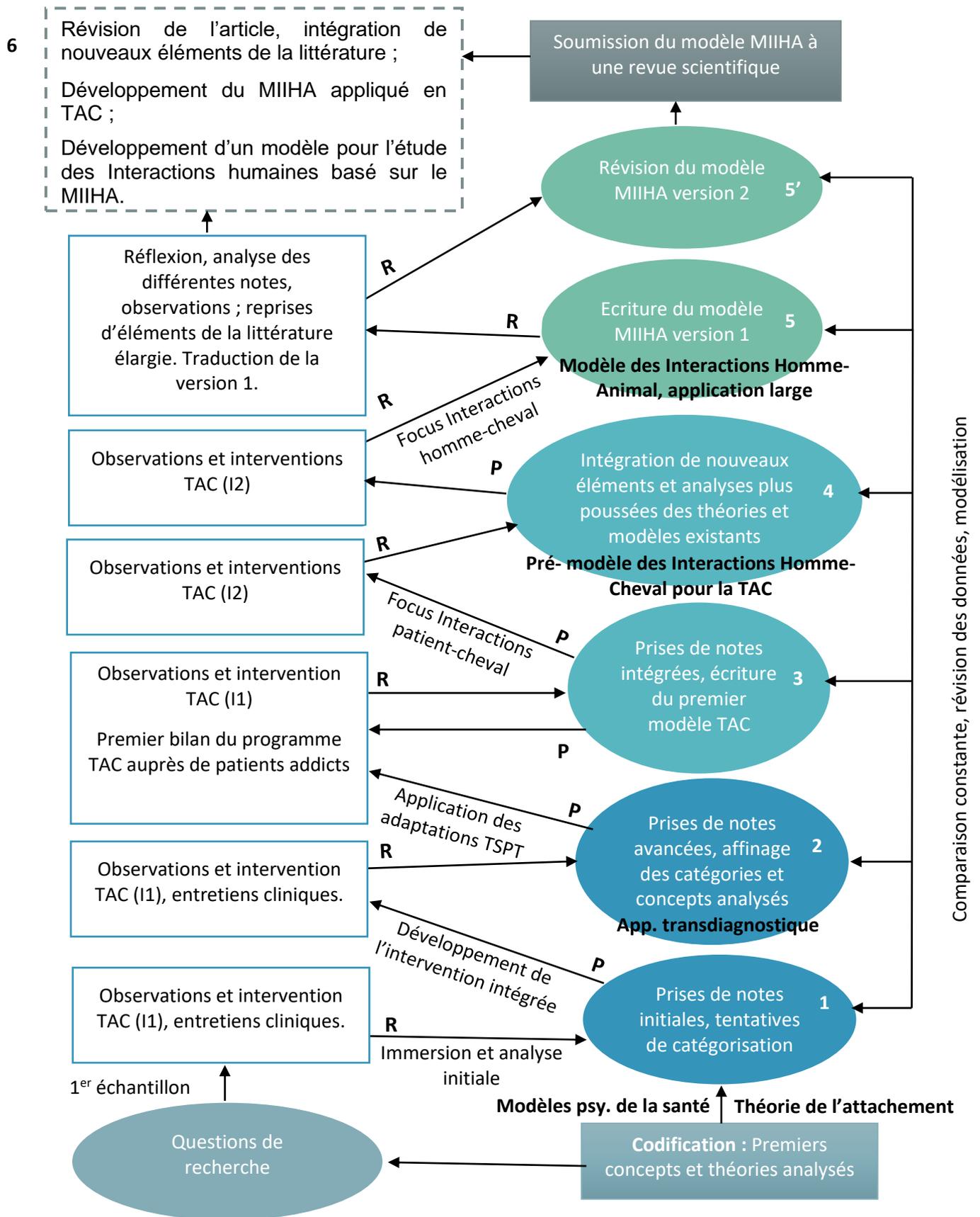
La théorie ancrée (GT) est une méthodologie qualitative développée pour l'étude des processus ou actes sociaux et psychologiques. Il s'agit d'une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996; in Méliani, 2013). L'objectif de la GT est de générer des théories des processus sociaux et psychologiques fondées sur des données (Tweed & Charmaz, 2012). Elle a donc été considérée comme appropriée pour explorer la façon dont les interactions homme-cheval dans la TAC sont vécues par les patients et les thérapeutes, et le développement d'un modèle initial des processus sociaux et psychologiques impliqués. Les méthodes de la théorie ancrée contrastent avec la conception traditionnelle de la recherche logico-déductive en partant d'un ensemble d'hypothèses différentes de celles de la conception traditionnelle de la recherche quantitative (Glaser & Strauss, 1967). La GT est de nature inductive et suppose une ouverture et une flexibilité d'approche. Dans une perspective constructiviste, elle invite le chercheur à suivre les pistes obtenues à partir de sa propre vision des données, en laissant émerger les questions clés. Il n'est donc pas nécessaire que l'enquêteur pré-structure chaque phase du processus de recherche pour vérifier ou réfuter ces théories existantes. L'analyse par théorisation ancrée est itérative, elle ne débute pas après l'étape du recueil de données, mais en même temps. « Les catégories sont constamment soumises à l'avancement dans le recueil de données, et peuvent évoluer autant que nécessaire » (Méliani, 2013, p. 437). Charmaz et Belgrave (2007) conseillent même de façonner et modifier la collecte de données afin de rechercher les éléments les plus intéressants et les plus pertinents pour le domaine d'étude. Les procédures de la méthode visent ensuite à poursuivre le développement de la théorie. La GT permet une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation, par le biais de la conceptualisation des données empiriques (Méliani, 2013). Cette méthodologie s'accorde bien à celle de la recherche-action puisqu'elle consiste en un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation (Méliani, 2013). D'après Glaser et Strauss, les travaux qualitatifs fondés sur la théorie ancrée se suffisent à eux-mêmes car : (1) ils expliquent les processus de base (génériques) dans les données ; (2) ils analysent un domaine ou un problème de fond ; (3) ils donnent un sens au comportement humain ; (4) ils fournissent des analyses flexibles, mais durables, que d'autres chercheurs peuvent affiner ou mettre à jour ; et (5) ils ont un potentiel de généralisation plus important (par exemple, lorsqu'ils sont menés sur plusieurs sites) que les autres travaux qualitatifs. Cependant, la plupart des travaux de théorie ancrée n'aboutissent pas nécessairement à des théories. Les théoriciens de la GT ont mis l'accent sur le développement de catégories analytiques qui synthétisent et expliquent les processus dans les mondes qu'ils étudient plutôt que sur la construction de théories étroitement encadrées qui génèrent des hypothèses et font des prédictions explicites. Néanmoins, les méthodes de la théorie ancrée fournissent des outils puissants pour intégrer les analyses conceptuelles dans le développement de la théorie. Pour cette raison, Charmaz et Belgrave (2007) considèrent que les méthodes de la théorie ancrée offrent aux psychologues des possibilités passionnantes de révision de la théorie psychologique ainsi que des stratégies utiles pour repenser les méthodes de recherche en psychologie. Plusieurs étapes sont nécessaires pour parvenir à une théorisation de l'objet de recherche, ces dernières sont résumées dans le tableau 5.1. La « théorisation » est l'étape ultime du processus de recherche. Cependant, il ne s'agit pas vraiment de produire une théorie au sens de modèle de travail pour la compréhension, mais plutôt d'arriver à une

compréhension nouvelle des phénomènes. En décomposant le terme « théorisation ancrée », on peut analyser que la « théorisation » désigne tant le processus que le résultat. Cependant, Paillé (1996) indique que le résultat lui-même, n'est pas une fin en soi, mais plutôt l'état dans lequel se trouve, à un moment donné, la construction théorique proposée. « Ancrée » nous renvoie aux notions d'ancrage, dans la réalité, dans le présent, dans un contexte. Ainsi, l'activité de théorisation est toujours ancrée dans les données recueillies sur le terrain (Méliani, 2013). Les éléments empiriques sont d'abord le point de départ de la théorisation, ils deviennent ensuite le lieu de vérification des hypothèses émergentes, pour finir par être un test ultime de la validité et de la cohérence de la construction d'ensemble de la théorisation ou du métamodèle (Paillé, 1996). Ainsi, pour s'inscrire dans une démarche de théorisation ancrée, il est nécessaire de retrouver une bonne adéquation entre les éléments théorisés et les singularités du terrain. « Cette adéquation est obtenue entre autres par le biais de la comparaison constante (Glaser & Strauss, 1967) entre la théorisation en construction et la réalité empirique » (Paillé, 1996, p.185).

Tableau 5.1 Les différentes étapes de la méthodologie de la théorisation ancrée

Etapes de la méthodologie	Définition	Processus réflexif associé (d'après Méliani, 2013)
Codification	Reformulation de la réalité vécue ou exprimée par l'acteur : « Opération intellectuelle du chercheur qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies...) en une première formulation scientifique » (Mucchielli, 1996, in Méliani, 2013). « Dégager l'essentiel dans le discours recueilli ou la situation observée sans chercher à qualifier ou conceptualiser les données » (Méliani, 2013, p.439).	<i>Qu'est-ce qu'il y a ici ? Qu'est-ce que c'est ? De quoi est-il question ?</i>
Catégorisation	« La théorisation commence à partir de la catégorie, laquelle sera travaillée pendant tout le processus de conceptualisation » (Méliani, 2013, p.440). C'est le principal outil qui permet de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation. Chaque catégorie doit être définie par : ses propriétés (ce qui la compose), ses conditions d'existence (ce dont elle a besoin pour être), ses diverses formes et dimensions possibles (intensité, durée...).	<i>Qu'est-ce qui se passe ici ? De quoi s'agit-il ? En face de quel phénomène sommes-nous ?</i>
Mise en relation	Le travail consiste à mettre en relation les phénomènes observés, par leur ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie.	<i>Cet élément est-il lié à celui-là ? En quoi et comment est-ce lié ?</i>
Intégration	« Dépasser les différents phénomènes observés pour voir émerger un phénomène général. L'intégration permet d'identifier précisément ce sur quoi porte l'étude, avec la prise de conscience de la portée de l'analyse » (Méliani, 2013, p.441).	<i>Quel est le problème principal ? Devant quel phénomène en général sommes-nous ? Sur quoi cette étude porte-t-elle en définitive ?</i>
Modélisation	« Une fois le phénomène général saisi, l'analyse se poursuit à un niveau d'abstraction élevé » (Méliani, 2013, p.442). « Le travail consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration » (Paillé, 1996, p.189)	<i>Comment le phénomène se dévoile-t-il ? Quels sont les processus impliqués dans ce phénomène ? Quels sont les antécédents et les conséquences du phénomène ?</i>
Théorisation	Le processus de théorisation arrive à son terme, on formule la théorisation, qui reste un processus dynamique, jamais achevé, toujours en cours d'évolution. « La théorisation doit permettre de saisir la complexité du phénomène tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation » (Méliani, 2013, p.442).	

Figure 5.1 Schéma illustrant la collection des données et les procédures d'analyses



Note. R = Recherche, P= Pratique clinique. TAC : Thérapie Assistée par le Cheval. TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

La figure 5.1 et le tableau 5.2 décrivent les différentes étapes du processus de recherche-action réalisées dans ce travail au travers des allers-retours entre théorie et pratique et, qui nous ont permis d'aboutir à la création d'un métamodèle pour l'étude des interactions homme-animal, puis d'une application de ce modèle au cadre spécifique de la thérapie assistée par le cheval.

Sur une période de 5 ans, des observations ont été menées durant des séances de TAC auprès de patients addicts (n=96 accueillis en centre de post-cure (CSSRA), qui présentaient des troubles psychiatriques comorbides associés (ex. : trouble anxio-dépressif, trouble de stress post-traumatique, etc.), ainsi que des problématiques sociales et judiciaires. Au total, nous avons réalisé 110 séances de 2 heures.

Tableau 5.2 Descriptif des étapes suivies rapporté dans le schéma

<i>Etape</i>	<i>Méthode/Technique</i>	<i>Description</i>
1	Codification	
		Le chercheur essaie de rester ouvert aux orientations théoriques suggérées par les données et de suivre les "pistes" pour faciliter l'analyse inductive (Charmaz, 2014).
1 P	Rencontre des patients addicts et mise en place de l'intervention TAC	
	Entretiens cliniques Observation	Observation des limites à la prise en charge classique par le langage : difficultés à identifier les émotions, à s'exprimer, Présence de troubles comorbides.
	Ecritures de mémos	Prendre des notes écrites sur le processus d'analyse des données, y compris des idées sur les codes et les catégories, des comparaisons avec d'autres données, et des questions/ orientations pour la collecte et l'analyse ultérieures des données (Charmaz, 2014).
1 R	Immersion et première analyse	
	Etat de l'art : familiarisation avec les concepts et données	Etude de la littérature : troubles addictifs et comorbides Programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience (MBRP) (Bowen et al., 2019) Thérapie assistée par le cheval (TAC); Programme Cheval et pleine conscience (Kotsou & Heeren, 2011) Découverte de l'approche transdiagnostique en psychopathologie (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011)
	Développement de l'intervention	Etude des processus impliqués dans les troubles addictifs et comorbides : Difficulté de régulation émotionnelle Etude de l'application du programme MBRP en lien avec la TAC Idée d'une intervention transdiagnostique ciblant les difficultés de régulation émotionnelle.
2	Catégorisation initiale	
		Identifier les sources de données et collecter les données pour développer et tester les catégories Comparaison constante : Les données sont continuellement comparées à d'autres sources de données pour étudier les similarités et les différences (Charmaz, 2014).
2 P	Séances Cheval et Pleine Conscience basées sur le MBRP version 1	
	Observations et entretiens cliniques	Nouvelles difficultés rencontrées : Beaucoup de patients ont du mal à pratiquer la pleine conscience en raison de l'activation ou sous activation émotionnelle que cela génère.
2 R	Analyse approfondie de la littérature sur le trauma complexe	Prise en compte de la dimension traumatique, dissociation et problématique d'attachement en lien avec les difficultés à réguler les émotions Etude de la théorie Polyvagale de Porges
	Mise en relation	
		Sélection d'une catégorie de base : Identifier un phénomène central autour duquel toutes les autres catégories sont intégrées (Birks & Mills, 2015). Diagramme : construire des représentations visuelles des catégories et des relations entre elles (Birks & Mills, 2015).

	Réflexion à partir de l'heuristique transdiagnostique	<u>Nouvelle proposition des processus impliqués :</u> Schémas Précoces Inadaptés, Dissociation, Styles d'attachement, Traumas vécus dans l'enfance
	Analyse et synthèse des données	Etude des programmes de traitement du trauma : EMDR, thérapie de la dissociation structurelle de la personnalité, thérapie des schémas de Young.
3	Bilan du programme TAC version 1 et adaptation Intégration de différents concepts et modèles en psychologie <i>Codage ciblé : Trier les codes initiaux en catégories ; définir les propriétés des catégories (caractéristiques communes des concepts de la catégorie) et les dimensions (variations d'une propriété) ; utiliser les catégories les plus fréquentes ou autrement saillantes dans les données antérieures pour coder les données ultérieures (Charmaz, 2014).</i>	
3 P	Intégration de nouveaux éléments au programme TAC	Adaptation du programme MBRP en lien avec les notions de traumatisme, de dissociation et les problématiques d'attachement.
3R	Etude du rôle du corps en thérapie comme processus central de la TAC	Réflexions à propos de la Théorie ancrée et de la perception-action, de l'approche relationnelle des émotions de Frijda, et de l'approche de Thérapie sensori-motrice d'Odgen et Minton. Travaux de Panksepp, les systèmes émotionnels de base Recherche sur les modèles d'alliance thérapeutique
3 P	Observations cliniques avec un focus sur les Interactions patient-cheval	Observations des interactions homme-cheval, et leurs impacts en TAC. <i>La présence du cheval aide à stabiliser les patients traumatisés.</i> Développement de stratégies thérapeutiques spécifiques au contexte de la TAC. <i>L'interaction avec le cheval facilite et préserve l'alliance thérapeutique patient-thérapeute.</i>
4	Modélisation : intégration de nouveaux éléments et analyses plus poussées des théories et modèles existants <i>Codage théorique : Spécifier les relations et les processus qui relient les catégories, affiner la catégorie centrale, utiliser des diagrammes, des mémos, des comparaisons constantes et des scénarios (Chun Tie et al., 2019).</i>	
4R	Synthèse et intégration	Développement d'un pré- modèle des Interactions Homme-Cheval pour la TAC
4 P	Observations	Application du pré-modèle in vivo
4 R	Recherche, revue de la littérature	Focus sur les Interactions homme-animal
5	Théorisation 1 : écriture du Modèle des Interactions Homme-Animal, application large, version 1	
5R	Réflexion, Traduction.	Rédaction du modèle MIIHA en français puis en anglais. Réflexion autour des concepts et éléments à intégrer ou à retirer du modèle pour son application au champ large des interactions homme-animal.
5' R	Révision MIIHA	Proposition d'une nouvelle version du modèle. Soumission à une revue scientifique à comité de lecture.
6	Théorisation 2 : développement de l'application du MIIHA à la TAC	
R	Analyse des différentes notes, observations ; reprises d'éléments de la littérature élargie.	Modélisation des stratégies thérapeutiques en TAC pour agir sur processus psychologiques : Schémas, pleine conscience, stabilisation, processus sensori-moteur, régulation émotionnelle, prévention de la rechute. Spécificité de la prise en charge conjointe TSPT-TUS.
R	Réflexion et intégration	Modélisation des interactions triadiques Cheval-Patient-Thérapeute avec les systèmes émotionnels primaires de Panksepp et la théorie Polyvagale de Porges. Intégration de la théorie de la régulation émotionnelle de Schore et alliance thérapeutique.
R	Synthèse globale	Interactions triadiques, Alliance thérapeutique et stratégies thérapeutiques.

III. Les critères de validité en recherche-action

La théorisation ancrée et la recherche-action appartenant à des méthodes qualitatives, les critères de validité sont quelque peu différents de ceux connus en recherche quantitative. Le tableau 5.3 propose des définitions et une comparaison entre les critères de ces deux approches. Nous détaillerons chacun des critères afin que le lecteur puisse être à même de juger de la validité de la procédure suivie et des résultats présentés.

Tableau 5.3 Critères de validité en recherche-action, comparée à ceux de la recherche quantitative (Carignan et al., 2016)

Critères pour la recherche qualitative	Critères définis pour la recherche-action (d'après Lincoln, 1995)	Critères pour la recherche quantitative
Crédibilité	Engagement prolongé du chercheur sur le terrain, réflexion critique sur la collecte des données, triangulation des méthodes, journal réflexif du chercheur, quantité suffisante de données, analyse des changements sociaux.	Validité interne : vise à vérifier la capacité de la recherche à produire des données attribuables à l'intervention plutôt qu'à d'autres phénomènes.
Ajustement (transférabilité)	L'objectif de la recherche est d'étendre la compréhension d'un problème. « Le critère de transférabilité vise à déterminer si les conclusions d'une recherche peuvent avoir un sens dans un autre contexte que celui étudié » (Carignan et al., 2016, p.9). « La recherche doit mettre en lumière la structure théorique qui explique comment les actions conduites ont mené à une issue favorable. Des détails concernant les changements survenus doivent être reliés à des concepts généraux pour expliquer la nature des changements et pourquoi ils sont survenus » (Jouison-Laffitte, 2009).	Validité externe : développer et de vérifier des règles généralisables à un grand nombre de contextes différents.
Fiabilité et audibilité	La fiabilité vise à démontrer la transparence du chercheur et, par le fait même, l'indépendance de ses interprétations par rapport à ses biais. « Le chercheur doit démontrer qu'il est conscient de sa subjectivité et prendre des mesures pour attester que les résultats émergent des données et non de ses intérêts ou de ses motivations » (Carignan et al., 2016, p.9). Les futurs chercheurs peuvent clairement suivre la piste de décisions.	L'objectivité : liée à la neutralité des données observables et mesurables.
Confirmabilité consistance interne	« La triangulation des chercheurs, où au moins deux chercheurs collaborent à toutes les étapes de la recherche, ainsi que la triangulation temporelle, où le chercheur tient compte de l'évolution du phénomène dans le temps. À défaut d'autres chercheurs participant à la recherche, la vérification par un chercheur externe peut servir aux fins de la triangulation des chercheurs » (Carignan et al., 2016, p.10).	Fidélité : vise la stabilité et la reproductibilité des résultats

3.1. Qualité et crédibilité des données, le renoncement à la neutralité

En recherche-action, le chercheur a une implication directe dans le processus de recherche, tant au niveau théorique que pratique. Cependant, pour un certain nombre d'auteurs, il ne s'agit pas d'un renoncement à la neutralité, mais de développer une réflexion sur les aspects d'implication et de

distanciation. David (2001) explique que : « la place du chercheur et les conséquences de la recherche pour l'action sont explicitement prises en compte, non pas dans l'optique de « biais » qu'il faudrait limiter mais, au contraire, comme principes mêmes d'intervention et de génération de connaissances scientifiques. » (p.195). Plane (1999) évoque, quant à lui « le mythe de la neutralité de l'intervenant-chercheur » (p.48) » (cité in Jouison-Laffitte, 2009, p.10). À la base de ce critère « se trouve la lucidité du chercheur à l'égard de ses jugements et la reconnaissance de ceux-ci en tant qu'éléments influençant ses analyses et interprétations (triangulation interne du chercheur) » (Mucchielli, 2009, p. 60). Dans une démarche de recherche-action, le chercheur doit donc revêtir une certaine aptitude à composer avec cette position ambivalente appelant une certaine maturité pour garder la maîtrise de son projet de recherche.

Dans cette étude, le chercheur a tenu une place participative en faisant partie du processus thérapeutique. Cette participation active nous a poussés à investir le rôle de chercheur, afin d'être en mesure de développer la pratique. Dans le champ de la psychologie, les savoirs et savoir-faire se trouvent être des formes intériorisées de théorie et de pratique, pour aboutir au savoir-être. Ainsi, on peut imaginer que l'identité même d'un thérapeute soit un construit de réflexions théoriques et d'expérimentations pratiques.

Bien que la durée du doctorat ait été de cinq ans (de septembre 2016 à juin 2021), notre engagement dans ce processus réflexif et de pratique clinique a débuté bien avant. Les premiers écrits et réflexions datent du stage de 500 heures de Master 2 de Psychologie de la santé, en 2014, ayant abouti ensuite à une embauche sur le site du CSSRA pour le remplacement d'un personnel en congés maternité d'une durée de 9 mois. Durant cette période, les séances de thérapie assistée par le cheval ont été réalisées par nous-mêmes sur la période 2015-2016.

Au cours de cette recherche, des notes ont été prises après chacune des séances de thérapie qui ont été pratiquées. Un carnet mémos de recherche a été tenu, contenant des réflexions à partir de modèles théoriques et de différentes notions étudiées. Nous avons créé des mindmapping et des heuristiques, des catégorisations de processus psychologiques et thérapeutiques, nous permettant de comparer et de regrouper les informations entre-elles qui provenaient de différents modèles à l'étude. Nous avons complété ces données qualitatives par le recueil de données quantitatives à propos de variables psychologiques.

3.2. Ajustement (transférabilité)

L'objectif de la recherche est d'étendre la compréhension d'un problème. Le critère de transférabilité vise à déterminer si les conclusions d'une recherche peuvent avoir un sens dans un autre contexte que celui étudié. La recherche doit mettre en lumière la structure théorique qui explique comment les actions conduites ont mené à une issue favorable. Des détails concernant les changements survenus doivent être reliés à des concepts généraux pour expliquer la nature des changements et pourquoi ils sont survenus.

En ayant débuté notre réflexion au cadre de la thérapie assistée par le cheval, nous avons peu à peu élargi notre compréhension du phénomène, pour qu'il puisse participer à la compréhension plus globale de la thérapie assistée par l'animal. En réalisant cette démarche, nous avons alors étendu nos connaissances, en faisant l'hypothèse d'un processus central participant aux bénéfices de la thérapie : les interactions du patient avec l'animal. Nous en sommes alors venus à chercher des éléments généraux applicables pour la compréhension des interactions homme-animal. Ce faisant, nous avons pensé et réfléchi notre modèle pour une application large, pouvant s'appliquer à de multiples situations.

3.3. Fiabilité : réflexivité et positionnement du chercheur

La réflexivité fait référence aux tentatives du chercheur de rendre explicite, pour lui-même et pour les autres, ses influences sur le processus de recherche (Charmaz, 2014). En accord avec la méthodologie GT, je (le chercheur) ai cherché à comprendre comment mes expériences, mes suppositions et mes positions ont façonné la recherche. Ma propre conceptualisation de la réflexivité est enracinée dans mes différentes connaissances, formations et expériences. En effet, le fait d'avoir débuté mes études par un BAC agricole dans le domaine de l'élevage du cheval m'a permis de conserver un certain pragmatisme dans mes entreprises de recherche. Cavalière, je côtoie régulièrement des professionnels du cheval et des propriétaires de chevaux, qui possèdent très souvent également d'autres animaux de compagnie, comme cela est mon cas. Ainsi, j'ai tenté de garder à l'esprit que ce modèle n'aurait que peu d'impact s'il ne pouvait être compris et appliqué par les personnes qui en ont le plus l'usage, c'est-à-dire les personnes qui interagissent quotidiennement avec les animaux.

Evoluant dans le milieu équestre depuis de nombreuses années, j'ai essayé d'être consciente des croyances que j'avais pu développer au sujet des chevaux. J'ai donc entrepris une revue de la littérature récente en éthologie équine afin de confronter mes sentiments et connaissances profanes aux données scientifiques actuelles. D'autre part, mes expériences personnelles avec mes chevaux ont également pu influencer sur mon regard et ma perception du comportement des chevaux en thérapie.

Bien que je reste critique à l'égard des preuves existantes de la TAC, je reconnais avoir développé la conviction, à travers mes expériences personnelles et professionnelles, que la TAC peut être bénéfique pour un public large, avec l'hypothèse que les bénéfices potentiels de la TAC soient attribuables - au moins en partie - aux interactions homme-cheval.

Les différents stages que j'ai réalisés et mon expérience de psychologue clinicienne m'ont également beaucoup apporté. Le fait de pratiquer les séances de TAC durant mon doctorat, de rester en lien avec des professionnels dans une équipe pluridisciplinaire a exigé un effort supplémentaire pour la création de ce modèle : qu'il puisse être compris par l'ensemble de l'équipe et pas uniquement par des professionnels ayant suivi le même type de formation que moi. Si je garde un seul enseignement de la formation sur les Relations Homme-Animal à l'Université Paris Descartes que j'ai suivie durant mon Master 1, c'est que ce domaine intègre une pluralité de chercheurs. J'y ai rencontré une multitude d'intervenants : enseignants-chercheurs en psychologie, en éthologie, vétérinaires, comportementalistes et même un enseignant sportif, qui apprenait à ses élèves à nager comme les dauphins... Ces prérequis m'ont ainsi poussé à investiguer de façon prioritaire des modèles théoriques communs à différentes disciplines, ou en tout cas qui pourrait être appliqués dans différents domaines de recherches. En effet, pour saisir la complexité des processus présents au cours des interactions homme-animal, le premier pas consiste à faire preuve d'humilité et à envisager qu'une discipline à elle seule ne pourra pas aboutir à une description et compréhension satisfaisantes du phénomène.

Dans mes interactions et mes réflexions sur la recherche, j'ai pris soin de prêter attention aux influences provenant de mes connaissances acquises lors de mes formations, des caractéristiques qui me sont propres et que j'incarne comme mon âge, mon genre, ma classe professionnelle, mon niveau de vie et d'étude, ma culture. Ces expériences et ces positions ont influencé la question de recherche, mon choix d'adopter une approche inspirée par la GT et la recherche-action, mes interactions avec le personnel et les participants et les données que j'ai recueillies, les voies empruntées dans ma recherche, les données que j'ai collectées, les chemins empruntés dans l'analyse, ainsi que la structure et le contenu de l'écriture. En reconnaissance de ma subjectivité, l'analyse proposée ne peut faire l'objet d'une vérité universelle, mais se veut plutôt une manière supplémentaire parmi les autres déjà présentes dans la littérature

scientifique pour envisager et expliquer les phénomènes d'« interactions homme-animal » et de « thérapie assistée par le cheval ».

3.4. Confirmabilité, consistance interne

Tout au long de ce travail de thèse, des échanges réguliers ont été réalisés entre le chercheur-doctorant et la directrice de thèse, Pr Elisabeth Spitz. D'autres échanges ont été complétés par la présence de Marion Trousselard, co-directrice de thèse. Des discussions plus pratiques ont eu lieu lors d'échanges informels avec Mme Carole Moioli, chef de service, animatrice de l'atelier éducatif « Cheval » du centre. Nous avons pu échanger sur la pertinence de la démarche et de la clinique pratiquée. Nous avons également bénéficié d'un retour du Directeur du CSSRA M. Michel Morin, qui a soutenu ce projet de recherche, ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire de centre avec qui nous avons pu échanger des aspects complémentaires du programme TAC aux soins usuels pratiqués. Au niveau de l'aspect des interactions homme-cheval, nous avons échangé avec différents professionnels du cheval et en particulier M. Robert Leconstant, enseignant d'équitation, pour une application plus large qu'au domaine de la TAC du modèle et la prise en compte du bien-être animal dans la relation à l'homme.

Nous avons également tenu compte de l'évolution du phénomène dans le temps en réajustant nos données théoriques et la pratique clinique. Enfin, nous avons soumis le modèle à une revue scientifique ; en faisant consciemment le choix plus complexe de soumettre notre proposition au regard et à la critique d'experts d'une revue de sciences vétérinaires plutôt qu'à une revue de psychologie comparative.

3.5. Positionnement des chercheurs sur le métamodèle développé

Nous envisageons le MIIHA non pas comme une théorie explicative des interactions homme-animal mais plutôt comme un métamodèle intégrant l'apport de différentes disciplines et des données ayant reçu un consensus international lors de la *Francis Crick Memorial Conference on Consciousness in Human and non-Human Animals* sur le fait que : « *L'absence de néocortex ne semble pas empêcher un organisme d'éprouver des états affectifs. Des données convergentes indiquent que les animaux non-humains possèdent les substrats neuroanatomiques, neurochimiques et neurophysiologiques des états conscients, ainsi que la capacité de se livrer à des comportements intentionnels. Par conséquent, la force des preuves nous amène à conclure que les humains ne sont pas seuls à posséder les substrats neurologiques de la conscience. Des animaux non-humains, notamment l'ensemble des mammifères et des oiseaux ainsi que de nombreuses autres espèces telles que les pieuvres, possèdent également ces substrats neurologiques.* » (Low et al., 2012). La Déclaration de Cambridge sur la conscience a été rédigée par Philip Low et révisée par Jaak Panksepp, Diana Reiss, David Edelman, Bruno Van Swinderen, Philip Low et Christof Koch.

Ainsi, le MIIHA présenté dans le chapitre 6, a pour objectif de fournir une sorte d'heuristique multidisciplinaire permettant de réfléchir à propos des interactions homme-animal. Notre souhait le plus cher serait que cette proposition puisse être sans cesse améliorée, critiquée, révisée, par des chercheurs provenant de disciplines diverses, en sachant qu'elle ne saurait jamais aboutir à une vérité ou un encadrement du réel, mais bien le reflet de l'évolution de nos connaissances et découvertes.

6. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA)

Une approche systémique pour la compréhension des émotions primaires inter-espèces

SOUMIS A FRONTIERS IN VETERINARY SCIENCE

RESUME : Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA) propose un cadre conceptuel pour l'étude des interactions inter-espèces et a pour objet la modélisation des processus émotionnels primaires se déroulant au cours des interactions homme-animal. Ce modèle a été développé à partir d'apports théoriques provenant de trois disciplines fondamentales pour la compréhension des interactions inter-espèces : les neurosciences, la psychologie et l'éthologie, avec l'objectif de fournir une approche transdisciplinaire sur lequel praticiens et chercheurs puissent s'appuyer et collaborer. Les travaux fondateurs de Panksepp et Porges constituent une base commune entre l'homme et l'animal et, à ce titre, peuvent être appliqués à l'étude des interactions inter-espèces, dans une perspective One Health – One Welfare. D'une part, les recherches de Jaak Panksepp ont révélé que les émotions primaires/de base prennent leur origine dans les régions sous-corticales profondes du cerveau, et sont partagés par tous les mammifères, y compris l'homme. D'autre part, la théorie Polyvagale de Stephen Porges établit une distinction dans l'organisation du système nerveux autonome (SNA), allant du plus primitif au plus évolué, en distinguant le rôle respectif des trois branches du SNA dans les comportements défensifs et sociaux. Sur la base de ces travaux, le MIIHA propose une approche systémique pour l'étude des systèmes émotionnels primaires : (1) chez l'individu en réponse à son environnement, avec notamment le concept de neuroception, et (2) au cours d'interactions sociales, au travers des concepts d'empathie et de régulation interactive. Le MIIHA a pour objectif la génération de nouvelles hypothèses et prédictions sur le comportement humain comme animal, lié à l'affectivité, ainsi que sur la communication inter-espèces. L'application d'un tel modèle doit promouvoir l'établissement de liens positifs entre l'homme et l'animal qui concourent à leur bien-être respectif.

MOTS-CLES : interactions homme-animal, affects, « processus des émotions primaire », émotions, comportement, neurosciences affectives, empathie, bien-être animal.

RESUME GRAND PUBLIC : Les animaux ont-ils des émotions ? Pour Panksepp, fondateur des neurosciences affectives, cela ne fait aucun doute. D'après ses recherches, hommes et animaux disposent des mêmes circuits cérébraux, localisés dans les régions sous-corticales du cerveau, qui engendrent des états affectifs tels que la joie, la tristesse ou encore la peur. De son côté, Porges a montré l'existence de trois composantes du système nerveux autonome, qui sont hiérarchiquement organisées pour répondre de manière séquentielle aux défis. Par conséquent, la régulation des comportements sociaux et défensifs chez l'ensemble des mammifères active les mêmes circuits autonomes. En s'appuyant sur les travaux de ces auteurs, le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA) offre un cadre théorique interdisciplinaire, dans l'objectif d'étudier les interactions homme-animal. Ainsi, le MIIHA propose de modéliser les émotions de base en tant que fondement de la communication non-verbale inter-espèces. Ce modèle devrait concourir au développement de nouvelles hypothèses et prédictions sur le comportement affectif, ainsi que sur la communication inter-espèces. Son application devrait promouvoir l'établissement de liens positifs entre l'homme et l'animal qui concourent à leur bien-être respectif, dans une perspective One Health – One Welfare.

I. Introduction

L'étude des interactions entre l'homme et l'animal (human-animal interactions, HAI), des relations (human-animal relationships, HAR) et des liens (human-animal bonds, HAB) entre l'homme et l'animal, est une question d'actualité en psychologie comparative. La plupart des études en HAI sont menées dans le cadre de la recherche sur les animaux de compagnie ou les animaux d'élevage, avec une augmentation ces dernières années d'études portant sur les animaux de laboratoire, les animaux de zoo et les animaux sauvages (Hosey & Melfi, 2014).

Il semble qu'actuellement on assiste à un changement de paradigme dans notre appréciation du bien-être animal et de la relation de l'homme à l'animal (Webb et al., 2019). En effet, en quelques décennies, nos rapports aux animaux domestiques ont totalement changé, passant d'un statut majoritairement utilitaire à celui d'animal de compagnie. Ce nouveau statut sociétal s'est notamment traduit par la reconnaissance de l'animal en tant qu'« être sensible » par de nombreux pays, venant bousculer d'anciennes conceptions dualistes et cartésiennes ; l'animal ayant longtemps été décrit comme un objet dans les textes de loi. On assiste à un développement moderne du débat sur l'éthique animale qui vient non seulement interroger la façon dont nous exploitons les animaux d'élevage et de laboratoire, mais aussi les rapports que nous entretenons avec les animaux de compagnie et de loisirs.

Actuellement, le bien-être animal est conçu comme une expérience subjective, un état mental lié à l'évaluation que l'animal fait de la situation dans laquelle il est impliqué, qui génère des émotions négatives ou positives (Veissier et al., 2007). Le bien-être animal est étroitement lié à des processus cognitifs tels qu'une certaine conscience d'un état interne, des attentes vis-à-vis de l'environnement, et la capacité de prédire ou de contrôler l'environnement (Veissier et al., 2012). Ursin et Eriksen (2004) considèrent les émotions comme le point de départ du bien-être d'un individu ; ces dernières pouvant ou non évoluer vers des états affectifs prolongés. C'est à partir de cette définition du bien-être que les recherches scientifiques actuelles cherchent à acquérir une meilleure compréhension du fonctionnement émotionnel et cognitif chez l'animal et des processus par lesquels hommes et animaux parviennent à communiquer.

Dépasser le scepticisme qui consiste à penser qu'allouer des états émotionnels et une conscience affective à l'animal ne résulte que de l'anthropomorphisme pourrait ouvrir la voie à de nouveaux champs de recherches prometteurs. De Waal (2011) propose même que la compréhension de la structure émotionnelle profonde du comportement sera la prochaine frontière à franchir dans l'étude du comportement animal. La mise en évidence d'une possible compréhension interspécifique des comportements, notamment émotionnels, pourrait suggérer l'existence d'invariants dans la façon dont les animaux et les humains expriment leurs émotions et contribuer ainsi à la compréhension de l'origine phylogénétique des émotions.

Dans cet article, les travaux de Jaak Panksepp, fondateur des neurosciences affectives inter-espèces seront particulièrement étudiés (Panksepp, 1982, 2005; Panksepp et al., 1998). C'est en s'intéressant aux comportements de ses rats de laboratoire qu'il s'aperçut que ces derniers réagissaient émotionnellement à sa présence. En les chatouillant, il observa notamment que ces derniers émettaient des vocalisations ultrasoniques spécifiques, qui indiquent une expérience très gratifiante, semblable au rire et la joie chez l'homme (Burgdorf et al., 2005; Granon et al., 2018). Ces résultats concourent aujourd'hui au développement de nouveaux traitements pour la dépression, notamment chez les patients résistants au traitement antidépresseur classique (Burgdorf et al., 2013). En particulier, l'étude des systèmes émotionnels primaires a permis de mettre en évidence le GLYX-13, un nouveau composé glutamatergique capable de moduler les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate), produisant des

effets antidépresseurs rapides, mais sans les effets secondaires associés à la kétamine (Liu et al., 2017). Ainsi, l'étude des émotions pourrait se révéler un modèle durable pour la compréhension des troubles émotionnels humains et animaux dans une perspective One Health – One Welfare (Pinillos, 2018).

Actuellement, plusieurs cadres théoriques ont été développés pour étudier et évaluer les émotions chez l'animal, intégrant à la fois l'approche dimensionnelle des émotions et l'approche des émotions de base ou discrètes (Mendl et al., 2010) ou encore la théorie de l'évaluation cognitive (Désiré et al., 2002). Chez l'homme, force est de constater qu'il existe également dans la littérature de nombreuses conceptions, souvent diamétralement opposées, comme nous le verrons au point 2 ; ainsi en est-il notamment de la position interpersonnelle rencontrée dans le champ de la psychologie du développement, de la position intrapersonnelle, où la prise en compte des processus cognitifs domine, mais également de la position neurophysiologique qui s'attache à identifier les corrélats mécanistiques des émotions de l'individu. Au regard de la littérature, et à notre connaissance, nous ne disposons pas encore de cadre théorique unifié qui nous permette de modéliser la façon dont les hommes et les animaux interagissent ensemble. Cette constatation va dans le sens des résultats de la revue de littérature réalisée par Hosey et Melfi (2014) qui a révélé l'existence d'une dichotomie entre : (1) les études sur les animaux de compagnie HAI/HAB, qui mettent l'accent sur les interventions assistées par l'animal (IAA) ainsi que sur les avantages pour les personnes de posséder un animal de compagnie et d'interagir avec lui ; (2) et les études portant sur les animaux d'élevage qui se sont davantage intéressées aux conséquences des HAI/HAR sur le bien-être des animaux ainsi que sur les aspects relatifs à la sécurité de l'homme au côté de l'animal. Les auteurs concluent, qu'actuellement, la recherche sur les HAI/HAR/HAB ne constitue pas un domaine unifié et qu'il est fondamental d'y remédier. Il serait essentiel de (a) le faire converger en définissant une terminologie standard, (b) d'entreprendre davantage de recherches sur les impacts des HAI sur les animaux de compagnie, (c) ainsi que sur les caractéristiques de ces interactions, et (d) d'intensifier les recherches sur les HAI/HAR/HAB chez les animaux d'élevage, de laboratoire, de zoo et les animaux sauvages. L'ensemble de ces recherches est important pour comprendre si les HAI ont des conséquences positives, neutres ou négatives, tant pour les humains que pour les animaux.

Sans le développement d'un cadre théorique intégratif pour aborder l'étude des HAI, les progrès scientifiques dans les différents domaines des HAI/HAB/HAR resteront limités. Panksepp (2004, 2005) propose d'appliquer une stratégie de triangulation de trois disciplines majeures : les neurosciences, la psychologie et l'éthologie, qui, ensemble, pourraient fournir des apports considérables pour soutenir une meilleure compréhension tant de l'homme que de l'animal. En conséquence, nous pensons que l'élaboration d'un cadre théorique de base pour l'étude des HAI ne peut avoir d'intérêt que s'il promeut la convergence et le rassemblement de différentes approches disciplinaires et domaines de recherche. Dans cet article, nous présentons le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA), qui mobilise des connaissances provenant de ces trois disciplines, afin de proposer un cadre conceptuel qui puisse servir de base commune à de futurs travaux transdisciplinaires dans le domaine des HAI.

Plus précisément, cet article posera les bases du MIIHA en décrivant tout d'abord les systèmes émotionnels de base de Panksepp, détaillés au point 2., et l'intérêt d'y associer des connaissances sur le système nerveux périphérique avec la théorie polyvagale de Porges, point 3. Au travers du concept d'empathie et des cognitions sociales, nous proposerons une approche systémique pour la modélisation des interactions homme-animal, présentée au point 4. Des figures schématisant les systèmes émotionnels primaires seront exposées au point 4 afin d'illustrer la façon dont ces derniers s'activent et s'inhibent chez l'individu et leurs implications dans l'interaction entre deux individus. L'approche systémique qui sera présentée se veut générale et peut s'appliquer à diverses recherches et situations de terrain, nous argumenterons sur les applications pratiques du MIIHA dans la discussion, point 5. Ce modèle, bien

qu'il demeure incomplet et simplifiant la complexité inhérente des interactions, se veut tout du moins une contribution à l'étude des relations homme-animal.

II. Les systèmes émotionnels de base de Panksepp

2.1. L'épineuse question de la définition de l'émotion

Malgré une littérature abondante, tant en biologie qu'en psychologie sur la notion d'émotion, sa définition reste un objet de débat passionné qui ne fait pas consensus. En effet, l'émotion en tant qu'entité psychologique ou comme catégorie aux frontières clairement définies, n'existe pas. Ce concept recouvre une multitude de phénomènes mettant en jeu une diversité de processus et de configurations d'activations (Philippot, 2011). La plupart des taxonomies des émotions humaines, en accord avec les perspectives antérieures (par exemple, Descartes, 1996; Cogan, 1800), postulent l'existence d'un ensemble assez restreint d'émotions de base, telles que la tristesse, la joie, la colère, la peur, la surprise et le dégoût (Ekman, 1999). Cependant, bien que toutes les émotions décrites dans diverses taxonomies soient reconnaissables et que la plupart puissent être décryptables à l'aide de l'expression du visage (Ekman, 1982; Izard, 1982), il reste peu probable que l'on puisse toutes les considérer d'égale importance - c'est-à-dire comme reflétant des types de connections cérébrales robustes et inter-espèces. Par exemple, il existe un questionnement dans littérature à propos de l'émotion de dégoût. Plusieurs études ont montré que les enfants et adultes associaient l'expression faciale du dégoût à une seule et même émotion de base : la colère (Aviezer et al., 2008; Widen & Russell, 2010).

Il existe également un débat en cours entre les tenants d'une approche dimensionnelle des émotions, avec notamment la théorie des émotions construites (Averill, 1980; Barrett, 2006) et l'approche des émotions discrètes ou de base (Ekman, 1982; Tomkins, 1980). Soulignons qu'un certain nombre d'auteurs considèrent ce débat résolu en concevant les émotions comme à la fois biologiquement ancrées et culturellement façonnées, c'est-à-dire contenant des aspects à la fois universels et spécifiques à la culture (Kuppens et al., 2006; Manstead & Fischer, 2002; Panksepp, 2007).

2.2. Description des sept systèmes émotionnels primaires

Selon Jaak Panksepp (2011), les sentiments émotionnels du processus primaire sont organisés dans des régions sous-corticales primitives du cerveau, qui sont anatomiquement, neurochimiquement et fonctionnellement homologues chez tous les mammifères qui ont été étudiés. Sept systèmes émotionnels primaires ont été identifiés : SEEKING, PANIC, CARE, PLAY, LUST, FEAR et RAGE. Chaque système est décrit en détail, avec sa fonction, les zones cérébrales impliquées dans les réseaux que ces systèmes émotionnels impliquent et les principales neurochimies qui y sont associées. Ces sept systèmes émotionnels peuvent être regroupés en méta-fonctions : l'exploration (SEEKING), la reproduction (LUST), la sauvegarde de l'organisme (RAGE et FEAR), et les émotions prosociales (PANIC, CARE, PLAY) (Panksepp, 2005).

- **SEEKING**, système de désir et d'exploration, qui est défini comme le contact et l'engagement avec l'environnement, il éveille la curiosité de l'individu, encourage l'appétence à explorer et à découvrir. Ce désir d'avancer dans l'environnement est essentiel à l'individu pour trouver les ressources et les partenaires nécessaires à sa survie. SEEKING est un système de motivation appétitif (assimilé au « circuit de la récompense ») qui anticipe avec empressement les ressources à venir lorsqu'elles sont conditionnées. Polyvalent, il permet à tous les autres systèmes émotionnels de fonctionner efficacement.

Anatomies « clés »: aire tegmentale ventrale (ATV), faisceau médian du cerveau antérieur (MFB), nucleus accumbens (NAcc), cortex préfrontal médian (mPFC).

Neurochimies « clés » : dopamine, neurotensine, orexine.

- **PANIC**, système de la « détresse de séparation », qui motive l'individu à chercher des contacts avec les autres qui lui procurent un sentiment de sécurité. Être un mammifère c'est naître socialement dépendant. Dès la naissance, les jeunes mammifères expriment des vocalises de détresse qui ressemblent à des crises de panique lorsqu'ils sont isolés ; les retrouvailles avec leur parent favorisent le lien social.

Anatomies « clés » : Substance grise péri-aqueducule dorsal (dPAG), thalamus dorsomédial, noyau du lit de la strie terminale, cortex cingulaire antérieur.

Neurochimies « clés » : CRF, opioïdes, ocytocine, prolactine.

- **CARE**, système de don de soins, qui répond à la recherche d'attachement d'autrui, par des actes tendres et aimants. L'évolution du cerveau a fourni des garanties pour que les parents prennent soin de leur progéniture. CARE encourage le parent à nourrir et à prodiguer des soins émotionnels et physiques à son petit afin de créer un lien affectif et procurer un sentiment de sécurité au jeune. Ce système médiatise aussi les compétences parentales en matière d'éducation et les valeurs se rattachant à la famille.

Anatomies « clés » : PAG ventral, MFB, hypothalamus médial et zone préoptique, amygdale corticomédiale, cortex cingulaire moyen.

Neurochimies « clés » : ocytocine, vasopressine.

- **PLAY**, système du jeu, qui soutient l'apprentissage social, la compétence et la connexion avec les autres. Il est vecteur de sensations hédoniques. Les jeunes animaux ont de fortes envies de jeu physique très communicatif. Par ce biais, les animaux apprennent les valeurs affectives des interactions sociales.

Anatomies « clés » : ATV, centre median-parafasciculaire du *thalamus*, cortex préfrontal médial (mPFC).

Neurochimies « clés » : endocannabinoïdes, opioïdes endogènes et probablement de nombreux autres neuropeptides (comme avec tous les systèmes).

- **LUST**, système du désir sexuel, qui active la séduction et l'acte sexuel et a pour fonction première de perpétuer l'espèce. Les pulsions sexuelles masculines et féminines sont médiées par plusieurs circuits neuropeptidiques cérébraux distincts, dont les activités sont régulées par leurs stéroïdes gonadiques respectifs.

Anatomies « clés » : PAG ventrale et dorsale, medial forebrain bundle ventral (vMFB), amygdale latérale et centrale, PFC.

Neurochimies « clés » : les œstrogènes facilitent l'action de l'ocytocine, la testostérone facilite l'action de la vasopressine.

- **RAGE**, système de la colère, qui est suscité par la frustration et les tentatives de réduction de la liberté d'action d'un individu. Ce système est aussi activé dans la hiérarchie sociale (dominance/soumission), dans la concurrence pour l'accès aux ressources, et dépasser les obstacles. Il aide également les individus à se défendre en suscitant FEAR chez leurs adversaires.

Anatomies « clés » : PAG dorsal (dPAG), vMFB, amygdale médiale, PFC.

Neurochimies « clés » : substance P, neuropeptide Y (NPY).

- **FEAR**, système de la peur, concerne la peur d'être blessé ou tué. Il est conçu pour protéger la survie de l'individu, se protéger contre les prédateurs, les dangers, les risques de blessures et de mort prématurée. Il aide aussi l'individu à réduire la probabilité d'être exposé à la douleur. Les animaux présentent des réponses comportementales de fuite ou d'immobilisation.

Anatomies « clés » : PAG ventrale (vPAG) et dorsale (dPAG), vMFB, amygdale latérale et centrale, PFC.

Neurochimies « clés » : facteur de libération de la corticotrophine (CRF) ; NPY.

2.3. Emotions et comportements

D'après Panksepp (Panksepp, 1986; 2003; 2005), une grande partie du comportement humain et animal dépend des circuits émotionnels dans le cerveau. Non seulement les circuits émotionnels aident à organiser des réponses comportementales cohérentes aux grands défis environnementaux, mais ils fournissent également des valeurs affectives pour guider les décisions de la vie de tous les jours. Ils se posent en acteurs de l'adaptation des espèces à leur environnement, incluant les autres espèces. En conséquence, selon Panksepp, la neurodynamique⁸ des systèmes émotionnels offre la possibilité d'un rapprochement entre les principes éthologiques et la psychologie expérimentale, avec notamment les théories du renforcement de l'apprentissage.

Les processus émotionnels primaires sont structurés dans le cerveau comme des systèmes de commandes sensorimotrices mettant de nombreuses fonctions cérébrales sous une influence exécutive cohérente. En plus du critère psychologique selon lequel les systèmes émotionnels doivent être capables d'exprimer des sentiments subjectifs, Panksepp (1986, 2005) postule six autres propriétés qui définissent les systèmes émotionnels dans le cerveau : (1) les systèmes émotionnels primaires sont génétiquement prédéterminés et initialement activés par un ensemble limité de stimuli inconditionnels (par exemple, la douleur et la menace de destruction liées au système FEAR, la contrainte et la frustration liées au système RAGE, la perte sociale liée au système PANIC et les incitations positives liées au système SEEKING) ; (2) les circuits de commande émotionnels génèrent des schémas d'actions prédéterminés (par exemple, mordre (RAGE), fuir (FEAR), vocaliser la détresse (PANIC) et renifler (SEEKING) pour la plupart des espèces de mammifères) ; (3) l'excitation neuronale qui en résulte dure plus longtemps que les circonstances qui l'ont provoquée ; (4) les circuits de commande émotionnels ont également la capacité de moduler la sensibilité des systèmes sensoriels pertinents en fonction des séquences d'action suscitées ; (5) les circuits de commande émotionnels contrôlent l'apprentissage et aident à programmer les activités cognitives supérieures du cerveau ; (6) avec la maturation, des mécanismes cérébraux supérieurs viennent réguler les excitations émotionnelles.

Ainsi, les six propriétés des circuits de commande émotionnelle permettent de comprendre la façon dont l'éveil des circuits émotionnels dans le cerveau donne lieu aux comportements observables chez les espèces animales. Les six propriétés guident le développement et l'ajustement à l'environnement une fois les systèmes matures. Les travaux de Panksepp indiquent que les processus émotionnels primaires sont des droits de naissance qui sont présents chez tous les mammifères, y compris les humains. Les processus émotionnels primaires proviennent directement des circuits d'action émotionnelle codés

⁸ La neurodynamique est un terme qui englobe les connexions électriques du cerveau et la neurochimie associée pour définir l'excitation ou l'inhibition des systèmes émotionnels primaires.

génétiquement qui anticipent les besoins clés de survie. Ils servent de médiateurs à ce qui est communément appelé les "intentions en action" ou encore aux tendances à l'action.

2.4. Les niveaux de contrôle dans le traitement des émotions du cerveau

Pour beaucoup d'auteurs, il est utile de différencier les fonctions cérébrales afin de pouvoir distinguer différents niveaux de complexité et de conscience des processus émotionnels étudiés (Damasio, 2000; MacLean, 1990; Northoff et al., 2009; Panksepp, 2011). Tout au long du développement phylogénétique et ontogénétique, les fonctions cérébrales ont évolué en termes de processus primaires (les moyens d'existence fournis par l'évolution), de processus secondaires (les vastes mécanismes d'apprentissage et de mémorisation non conscients du cerveau) et de processus tertiaires (les fonctions d'ordre supérieur de l'esprit associées aux expansions corticales et qui permettent de nombreuses fonctions symboliques liées à la pensée). Panksepp (2011) propose une causalité hiérarchique circulaire (bottom-up : ascendante et top-down : descendante) pour le fonctionnement de chaque système émotionnel de base du cerveau qui engendre des interactions réciproques des processus primaires, secondaires et tertiaires (Panksepp, 2011). Cependant, pour qu'un contrôle descendant- top-down émanant des fonctions cérébrales supérieures puisse être possible, il est impératif que les structures cérébrales inférieures soient fonctionnelles. En effet, la qualité des systèmes inférieurs module directement le développement des systèmes supérieurs et donc leurs qualités fonctionnelles. Ainsi, les fonctions secondaires et tertiaires du cerveau dépendent de manière critique de réseaux émotionnels primaires inconditionnels qui ont évolué plus tôt.

2.5. Emotions et Consciences

Les affects sont les aspects des émotions vécus subjectivement, communément appelés sentiments. Ils permettent l'expérience phénoménologique, ou conscience phénoménale. A partir de la hiérarchie circulaire décrite au point 2.3., Northoff et al. (2006) proposent d'associer différentes régions corticales à différents niveaux de concepts de Soi, conceptions suggérées précédemment par différents auteurs (Damasio, Panksepp, Gazzaniga, LeDoux, etc.). Les concepts de Soi sont liés au traitement sensoriel, autoréférentiel et d'ordre supérieur avec leurs régions corticales respectives. Ils évoluent du plus primaire au plus évolué et renvoient à différents niveaux de conscience émotionnelle comme le suggérait Endel Tulving (1985, 2002). Ces niveaux sont placés sur un continuum de la conscience impliquant un niveau de développement croissant, allant des états d'expérience anoétique du processus primaire de l'être, à la fois affectif et perceptif, au processus tertiaire, impliquant l'engagement volontaire des processus supérieurs, la complexité, l'intensité et à la netteté de la représentation qui servent de médiateurs à des formes plus avancées de conscience dans les régions supérieures du cerveau (Vandekerckhove & Panksepp, 2011). L'accès au niveau de conscience le plus élevé ne signifie pas que l'individu fonctionne uniquement à ce niveau, il a plutôt été proposé que l'état de conscience de l'individu fluctue entre les trois niveaux de conscience, via des modulations bottom-up et top-down (Northoff, 2012). Alewandrov et Sams (2005) proposent, eux aussi, un concept unifié de la conscience et des émotions. Ils considèrent que l'émotion et la conscience ne doivent pas être considérées comme des processus psychologiques distincts, avec des mécanismes neurophysiologiques indépendants. Les deux caractérisent des fonctions similaires dans les comportements mais avec des aspects et à des niveaux différents. Par conséquent, le comportement est à la fois émotionnel et conscient. Ce qui diffère c'est la quantité relative de ces deux caractéristiques liées à des systèmes anciens ou plus récents et qui composent l'acte comportemental (Alexandrov & Sams, 2005). Dans cette perspective, les animaux ne disposeraient pas seulement d'une conscience de soi sensitive et rudimentaire mais bien d'une conscience à des niveaux plus évolués.

2.6. Synthèse de la section II

Les connaissances précédemment citées sont résumées au travers de la figure 6.1. Le cerveau des mammifères est clairement un organe où la stratification de l'évolution reste évidente tant au niveau anatomique que chimique, et des homologies inter-espèces frappantes existent dans les régions neuronales plus anciennes associées aux processus primaires (Panksepp, 2010). Sept systèmes émotionnels primaires ont ainsi été identifiés : SEEKING, PANIC, CARE, PLAY, LUST, RAGE et FEAR. Les systèmes émotionnels primaires correspondent à des circuits de commande sensori-motrice qui influencent le comportement. Ils sont associés aux fonctions primaires contenues dans les structures sous-corticales du cerveau qui s'interconnectent avec les structures limbiques (processus secondaires). Ces structures communiquent également avec le néocortex (processus tertiaires). Les trois niveaux de contrôle dans le traitement des émotions dans le cerveau sont en interactions constantes et exercent de manière circulaire des contrôles ascendants et descendants les uns sur les autres. Cette réciprocité est à l'origine de l'émergence de formes secondaires et tertiaires de conscience étendue via l'interaction et l'intégration des systèmes émotionnels (Panksepp, 2005). Dans cette perspective, la conscience n'émerge pas des processus supérieurs, mais se situe plutôt sur un continuum allant d'un soi rudimentaire à une conscience de soi étendue. Les sept systèmes émotionnels primaires n'impliquent pas que les états émotionnels soient limités à sept émotions. Ils forment une base sur laquelle émerge une infinité d'états et d'expressions émotionnelles, qui se complexifie au travers des processus secondaires et tertiaires. D'autre part, la perception et le traitement de l'information afférents aux processus primaires, secondaires et tertiaires varient en fonction de l'espèce mais aussi de l'individu.

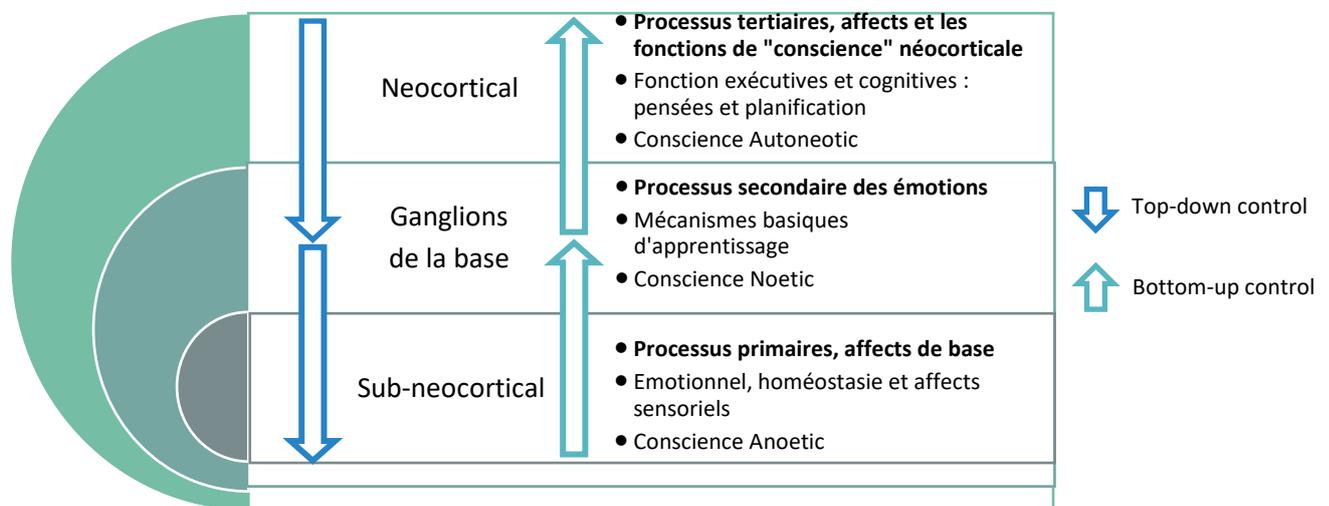


Figure 6.1 Schéma des structures cérébrales incluant les trois niveaux de contrôle dans le traitement des émotions du cerveau, avec les voies de contrôle circulaire ascendantes et descendantes, en lien avec les niveaux de conscience

III. De Panksepp à Porges

Panksepp distingue trois types distincts d'affects du processus primaire : les affects homéostatiques, sensoriels et émotionnels. L'affect homéostatique fournit des informations sur le corps et donc des stimuli intéroceptifs, l'affect sensoriel est lié à des stimuli extéroceptifs, et l'affect émotionnel est associé

au cerveau (ou au BrainMind comme le dit Panksepp) et donc à ce que l'on peut appeler des « stimuli neuronaux ». Ces distinctions montrent clairement que l'affect du processus primaire est lié à des stimuli en général, et plus spécifiquement à des stimuli d'origines différentes, qu'ils soient d'origine corporelle (c'est-à-dire intéroceptive), environnementale (c'est-à-dire extéroceptive) ou neuronale. Pour tout type de stimulation, un état somatique est généré avec des sensations venant des viscères, du milieu interne, des muscles striés et lisses, etc. Le vécu émotionnel que le corps se fait de son état, relativement aux informations dont il dispose, participe à l'expression comportementale qui découle du système émotionnel et du niveau de conscience activés.

Dans cette section, nous proposons d'articuler les travaux de Panksepp à ceux de Porges dans le but de proposer une compréhension systémique de la « neurodynamique INTRA » (excitation et inhibition) des systèmes émotionnels primaires chez l'individu, en fonction de la perception de son environnement. En s'accordant sur le rôle central du tronc cérébral dans la genèse de réponses émotionnelles et comportementales adaptatives, Panksepp et Porges offrent un nouvel éclairage sur le développement du système nerveux central et périphérique, basé sur une perspective phylogénétique.

3.1. Neuroception et neurodynamiques des systèmes émotionnels primaires

A partir de l'étude du SNA, Porges a notamment développé le terme de « neuroception » pour décrire la perception inconsciente par notre système nerveux autonome des divers signaux de danger et de sécurité tant à l'intérieur de nous-mêmes, que dans notre environnement et dans la relation à autrui. La neuroception reflète l'état physiologique de l'organisme mis à jour au regard des nouvelles informations reçues de l'environnement et de la réponse du SNA. La neuroception module ainsi la manière qu'a le système nerveux autonome de rechercher des indices de sécurité ou de danger sans impliquer les parties conscientes du cerveau. La neuroception module les états comportementaux et physiologiques pour soutenir les comportements adaptatifs en réponse à des environnements sûrs, dangereux ou mettant la vie en danger. Grâce à la neuroception, le corps est capable de déclencher des comportements de défense de mobilisation, médiés par les systèmes FEAR et RAGE, avant même que l'individu soit conscient du danger.

Le concept de sécurité englobe les notions de sécurité physique et psychique. La sécurité est une sécurité perçue, laquelle peut être plus ou moins éloignée de la réalité de la situation. Elle oriente un mammifère à préférer un environnement familier vs. un environnement à explorer. Un contexte sûr permet un fonctionnement neurophysiologique qui rend disponible à l'interaction en favorisant la réduction d'une activation physiologique automatique de défense. La qualité de l'état neuroceptif du sujet modulerait ainsi ses possibilités d'engagement social.

Chez les espèces sociales, l'absence de danger externe ne suffit pas pour se sentir pleinement en sécurité. L'inclusion dans un groupe social est une stratégie de survie de première importance, notamment pour l'obtention d'une protection vis-à-vis de la prédation et un accès plus aisé aux ressources. Par conséquent, l'émergence du sentiment de sécurité est en lien direct avec la perception d'une présence affective et sociale signifiante. Cette évaluation est opérée par le système PANIC qui évalue et veille en permanence à ce que l'individu se situe à une distance raisonnable d'un autre individu auquel il attache de l'importance. Tant qu'une distance physique, et visuelle est maintenue, le système se trouve apaisé et encense la formation de liens sociaux, en motivant l'individu à rester proche de ses congénères. A l'inverse, lorsque l'individu est éloigné de ses proches ou qu'il subit une perte sociale, ce système s'active et engendre des états de panique, de souffrance et de tristesse. Chez l'homme, à l'âge adulte, la capacité à se représenter une présence mentale, par exemple, savoir que l'on retrouvera bientôt un proche peut suffire à maintenir stable le système PANIC.

Porges (2001,) a proposé que les réactions neurophysiologiques de l'organisme qui sous-tendent la neuroception en relation avec son environnement s'intègrent dans un cadre phylogénétique du système nerveux autonome (SNA), et plus particulièrement celles du nerf vague au travers du prisme neuroanatomique et physiologique. Ce cadre permet de rendre compte, dans la famille des mammifères et des oiseaux, de l'émergence d'une évolution progressive des comportements vers une complexification.

Porges (Porges, 2001, 2003) a établi une distinction dans l'organisation du système nerveux autonome (SNA), allant du plus primitif au plus évolué et complexe, en différenciant le rôle respectif des trois branches du SNA dans les comportements sociaux et défensifs :

(1) **Le nerf vague non myélinisé** (branche parasympathique dorsale), appelé complexe vagal dorsal (CVD), est déjà présent chez les reptiles et poissons. Il est impliqué dans la régulation neuronale des viscères et de la digestion (zones situées en dessous du diaphragme). En situation sécuritaire, il supporte l'homéostasie, la croissance et le repos ; tandis qu'en situation insécuritaire, il répond à la menace vitale en déprimant l'activité métabolique (comportements d'immobilisation et d'effondrement) ;

(2) **Le système nerveux sympathique** (SNS), quant à lui, est capable d'augmenter l'activité métabolique de l'organisme, afin de favoriser des comportements de mobilisation et de défense, nécessaire pour fuir ou combattre ;

(3) **Le nerf vague myélinisé** (branche parasympathique ventrale), appelé complexe vagal ventral (CVV), observé chez les mammifères et les oiseaux, est le plus complexe et sophistiqué. Il joue un rôle important dans la régulation de l'engagement social en permettant aux individus un grand degré de flexibilité en matière de communication et en régulant les zones corporelles utilisées dans l'interaction sociale et environnementale. Le noyau ventral myélinisé du vague est lié de façon neuroanatomique aux nerfs crâniens qui innervent les muscles du pharynx, du larynx, du palais, de l'œsophage, ainsi que le cœur et les bronches, il innerve les zones situées au-dessus du diaphragme. Lorsque ce système est activé, les fibres nerveuses issues du noyau ventral modifient l'expression du visage et de la voix afin de favoriser notre capacité à entrer en relation avec l'autre et à communiquer.

Les trois branches du SNA ne fonctionnent pas selon le principe du tout ou rien ; elles présentent plutôt des gradations de contrôle déterminées par la rétroaction viscérale et les structures cérébrales supérieures (Porges, 2001) ; elles peuvent fluctuer en même temps et engendrer des « états mixtes ». Nous allons à présent détailler l'éveil des systèmes émotionnels primaires et la régulation autonome des trois branches du SNA, en fonction des situations perçues par l'organisme comme, sûres, dangereuses ou de menaces vitales.

3.1.1. Situation de danger et Système Nerveux Sympathique (SNS)

En cas de situation perçue comme dangereuse, les voies de neuroception activent le système nerveux sympathique (SNS), inhibant de ce fait le complexe vagal ventral (CVV), et par voie de conséquence, les systèmes prosociaux et d'exploration. Le SNS tente d'optimiser la relation de l'organisme avec l'environnement, il inhibe également les activités du complexe vagal dorsal (CVD), liées au repos. Les niveaux centraux de vasopressine modifient le réflexe barorécepteur afin de faciliter l'excitation sympathique ; et potentialisent les comportements de mobilisation. Lorsque l'individu est dans un état de mobilisation, la gamme d'émotions qu'il pourra exprimer sera grandement réduite (PANIC, FEAR, RAGE) avec un seuil de réactivité bas. La mobilisation de l'organisme correspond à une baisse de

l'influence des voies vagales myélinisées (CVV), qui se manifeste par une réduction du tonus vagal du cœur (Porges, 2007).

Comportements observables : orientation défensive, tension et tonicité musculaire accrue, agitation, immobilité tonique, comportements de combat et de fuite.

Conséquences à court terme sur l'organisme : stress aigu, hypervigilance, irritabilité, agressivité.

Conséquences à long terme d'une activation soutenue du SNS : stress chronique, maladies psychosomatiques, troubles du comportement.

3.1.2. Situation de menace vitale et le complexe vagal dorsal

Lorsque le système nerveux sympathique se trouve débordé, l'organisme enclenche l'activation du nerf vague non myélinisé qui est responsable des comportements d'immobilisation défensive (par exemple, l'arrêt, l'effondrement comportemental) (pour plus de détails sur l'évolution de l'action du CVD et du SNS pendant une situation de stress aigu, voir Schauer & Elbert, 2010). Cette stratégie de survie est utilisée en dernier recours par l'organisme lorsqu'il perçoit que la menace vitale ne peut être évitée ou vaincue. Les actions ou tendances à l'action mises en œuvre dans la phase de mobilisation sont restées vaines, se sont révélées inefficaces ou n'ont pu être exécutées. L'excitation du nerf vague non myélinisé provoque une analgésie médiée par les opioïdes qui pourrait augmenter de manière adaptative les seuils de douleur. Des niveaux élevés de vasopressine périphérique potentialisent un arrêt physiologique associé à la peur, pouvant mener à la syncope. Dans ce contexte, le CVD tend à inhiber à la fois le CVV et le SNS.

Comportements observables : désorientation, engourdissement physique et émotionnel (réactions motrices et réactivité lentes, orientation vers l'environnement et vigilance sensorielle inhibées), défécation, évanouissement, feinte de la mort, nausées.

Conséquences à court terme : *biobehavioral shutdown*, dissociation.

Conséquences à long terme : impuissance apprise, résignation, dissociation chronique.

3.1.3. Situation sûre et système d'engagement social (CVV)

Pour que l'individu puisse être engagé socialement, il est nécessaire que le système nerveux central reconnaisse, grâce aux voies sensibles de neuroception, que le sujet est dans une situation de sécurité et de confiance. Cet état induit l'activation des systèmes prosociaux et d'exploration qui permet à l'individu de découvrir son environnement dans les meilleures conditions possibles, avec un sentiment de sécurité et de plaisir, et d'entrer en relation avec les autres afin de communiquer de façon efficace. Lorsque le système d'engagement social (CVV) est actif, l'individu a donc accès à une large gamme d'émotions. En particulier, lorsque l'individu partage de bons moments en compagnie d'un être cher, le système de détresse de séparation PANIC se trouve apaisé, et l'activation du système de don de soins CARE produit des comportements d'affiliations ; ensemble, ces systèmes encensent les liens sociaux.

La libération d'ocytocine régule la production du noyau moteur dorsal du vague, en maintenant la production à des niveaux optimaux pour soutenir l'homéostasie et assurer une fonction « anti-stress ». De façon schématique, plus un sujet est stressé, plus son niveau d'ocytocine est bas (Heinrichs et al., 2003) et plus les niveaux d'ocytocine sont hauts, plus le sujet présente des attitudes et des comportements prosociaux (Feldman, 2012; Kosfeld et al., 2005). Dans ce contexte, le CVD encourage les activités anaboliques liées à la restauration, à la conservation de l'énergie corporelle et au repos des organes vitaux. Le nerf vague myélinisé possède la particularité de pouvoir rapidement réguler le débit de sang cardiaque afin de favoriser l'engagement ou le désengagement de l'individu avec

l'environnement (e.g. : balance autonome optimale). Le CVV aide à ralentir le cœur, à inhiber l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS), à réduire l'inflammation et réguler les réactions défensives autoprotectrices afin de garder l'excitation dans une zone d'énergie fonctionnelle, ce qui a été appelé la fenêtre de tolérance (voir Ogden et al., 2006 ; Siegel, 1999). En modérant l'activité du SNS, les systèmes émotionnels FEAR et RAGE peuvent être mobilisés sans que leurs activations n'entravent la capacité de l'individu à rester engagé socialement. Le système d'engagement social joue un rôle dans l'initiation et le maintien de la connectivité et de la co-régulation (Porges, 2017). La théorie polyvagale souligne que grâce à la connectivité, la physiologie est co-régulée pour optimiser la santé mentale et physique.

Comportements observables : orientation d'exploration, voix prosodiques, expressions faciales positives, gestes accueillants, bon contact visuel.

Effets à court terme : capacités à : - créer des liens sociaux, - fonctionner normalement sans être débordé par le stress, - à raisonner, - trouver le repos.

Effets à long terme : bien-être, optimisation de la santé mentale et physique.

3.2. Synthèse de la section III

A travers l'étude approfondie du système d'engagement social et du système émotionnel PANIC, Porges et Panksepp montrent que le besoin de se connecter avec les autres est un impératif biologique primaire, aussi bien pour les humains que les animaux. La satisfaction de ce besoin est vectrice du sentiment de sécurité et de bien-être. Lors de situations perçues comme dangereuses et menaçantes, les réponses défensives de l'organisme sont générées par les structures sous-corticales du cerveau (RAGE et FEAR) avec l'action du SNS et/ou du CVD. Les réponses physiologiques et comportementales engendrées sont sensiblement les mêmes chez tous les mammifères, même si elles peuvent se complexifier au travers de processus secondaires et tertiaires. La compréhension de l'implication du processus de neuroception dans l'évaluation d'une situation sûre ou dangereuse a de fortes implications pour l'éveil des systèmes émotionnels primaires et conditionne les tendances à l'action. Dès lors, il devient possible d'anticiper, dans une certaine mesure, les réactions comportementales des individus en tenant compte du contexte environnant. Dans cette section, nous avons décrit la « neurodynamique INTRA » des systèmes émotionnels primaires chez l'individu. Dans la section 4., nous allons à présent étudier la « neurodynamique INTER » des systèmes émotionnels primaires chez les individus en situation d'interactions sociales.

IV. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal

Une approche systémique des systèmes émotionnels primaires pour la modélisation des interactions homme-animal

La théorie polyvagale de Porges a été prolongée par le modèle d'intégration neuroviscérale (Thayer & Lane, 2009). Ce modèle positionne également l'implication du SNA dans la régulation des comportements et l'adaptation à l'environnement via l'intégration des informations issues du SNA au niveau central mettant en jeu un réseau nerveux autonome central (Central Autonomic Network ou CAN). Les modifications de l'environnement vont être intégrées et traitées par les structures cérébrales du CAN composées d'un ensemble de régions corticales et sous-corticales (e.g., hypothalamus, insula, cortex préfrontal...etc.). Cette approche met l'accent sur l'interconnexion en réseaux des régions du cortex impliquées dans les processus émotionnels, attentionnels, exécutifs et mnésiques qui sont mobilisés en fonction de l'activité du SNA. Elle pose un cadre intégratif entre l'état fonctionnel

autonome, les émotions et leur communication (Lischke et al., 2018). Elle prolonge l'approche de Porges en intégrant le cadre empathique du partage des émotions. Elle s'inscrit dans la modélisation de la « neurodynamique INTER » des systèmes émotionnels primaires. L'empathie est un processus central pour la compréhension du rôle des émotions dans la communication non-verbale. Ce concept est souvent défini à partir de deux composantes. La première composante est émotionnelle, c'est une réaction généralement automatique et non intentionnelle dans laquelle il existe une convergence d'états affectifs entre les individus. Lorsque nous voyons quelqu'un souffrir, nous sommes nous-mêmes affectés et éprouvons un ressenti désagréable. La seconde composante de l'empathie est cognitive et est associée à la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui grâce à un système conceptuel, appelé « théorie de l'esprit » ou « mentalisation » et sera détaillée au point 4.2. La première composante de l'empathie est couramment étudiée chez l'animal mais la seconde fait l'objet de débat quant à savoir si l'on peut ou non attribuer cette capacité cognitive à l'animal. Pourtant, il semble peu probable que l'homme et l'animal puissent parvenir à communiquer sans que l'animal ait la capacité intrinsèque de saisir les intentions de l'homme à son égard. Un certain nombre d'études ont d'ailleurs montré la capacité des animaux, y compris chez des animaux non-primates tels que les animaux d'élevage, de réagir aux états émotionnels de l'homme et d'anticiper certains comportements (Proops et al., 2018; Trösch et al., 2019). Nous illustrerons nos propos avec la modélisation des systèmes émotionnels primaires chez les individus, au cours d'interactions homme-animal.

4.1. L'empathie primaire, un processus fondamental à la communication inter-espèces

Panksepp a étudié l'empathie primaire (Meyza et al., 2017; Panksepp, 2011; J. Panksepp & Panksepp, 2013) qui correspond à la capacité d'un animal à ressentir les émotions d'un autre. C'est un processus de contrôle ascendant (bottom-up) qui s'apparente aux concepts de contagion émotionnelle de transfert émotionnel ou encore de résonance émotionnelle. De manière générale, dans les recherches auprès des animaux, on retrouve peu de modélisation de l'empathie sur le système social PANIC pourtant si important. Les travaux empiriques les plus récents se sont concentrés sur le système de la peur (FEAR) du fait qu'il est le plus facile à étudier. Reimert et al., (2017) ont étudié le phénomène de contagion émotionnelle chez les porcs et ont montré qu'un traitement négatif d'isolement social (associé à l'activation de PANIC) affecte non seulement l'état émotionnel du porc lui-même mais aussi celui d'autres porcs n'ayant pas été soumis au mauvais traitement ; l'effet de stress se prolongeant après la fin de l'expérience.

Bien que l'éveil des systèmes émotionnels primaires ne puisse pas être observé directement et en temps réel, la présomption de leur activation donne un aperçu des processus émotionnels présents au cours de l'interaction. La modélisation du processus d'empathie primaire, à partir du système FEAR, est représentée sur la figure 6.2. Par le processus de contagion émotionnelle, on observe une co-dysrégulation émotionnelle inter-espèces : la peur de l'homme est transmise à l'animal, qui présentera à son tour, une activation sympathique liée à la peur, observable au niveau physiologique et comportemental. La situation inverse est également possible, cependant, elle peut parfois être plus difficile à observer, en raison de l'action de rétrocontrôle des fonctions cognitives supérieures au niveau des processus tertiaires chez l'homme.

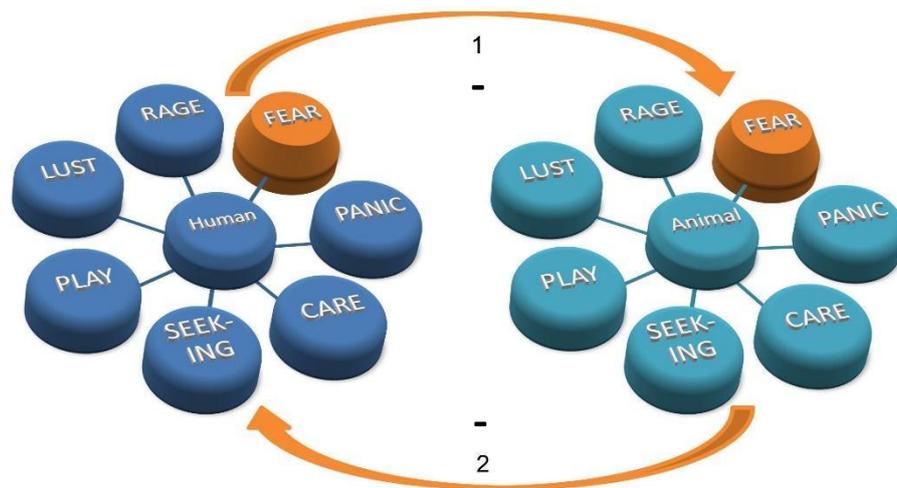


Figure 6.2 Modélisation du processus de contagion émotionnelle inter-espèces. L’homme transmet sa peur à l’animal (1) et perçoit en retour la peur de l’animal (2). L’activation des systèmes FEAR, en lien avec le SNS, est représentée avec la couleur orange et de façon surélevée. Les numéros indiquent la chronologie de l’interaction, les signes « - » une valence négative et la couleur orange des flèches indique une co-dysrégulation émotionnelle entre l’homme et l’animal.

La compréhension de la « neurodynamique INTER » en situation de contagion émotionnelle inter-espèces est un préalable à l’étude des interactions sociales plus complexes, qui elles, mobilisent des processus secondaires et tertiaires.

4.2. La capacité à saisir les intentions d’autrui, un préalable à l’établissement d’une relation inter-espèces.

Comme nous l’avons décrit au point 4.1., au travers de l’empathie primaire, les individus disposent d’une capacité intrinsèque à reconnaître et à apprécier les émotions des autres à travers leurs gestes corporels et leurs expressions faciales. Un certain nombre d’auteurs (voir par exemple Gallagher, 2008; Gallese et al., 2009) postulent que l’intentionnalité des actions et la capacité à comprendre les intentions d’autrui reposeraient davantage sur les processus primaires et sensori-moteurs que sur des capacités cognitives hautement spécialisées telles que la mentalisation. Par exemple, dans une situation où l’individu observe ce qu’accomplit l’autre, le processus de résonance via les neurones miroirs peut être compris comme faisant partie d’un processus perceptif intersubjectif. En voyant les actions et les mouvements expressifs de l’autre personne dans le contexte du monde environnant, l’individu perçoit leurs significations (Gallagher, 2008). Le fait de percevoir le comportement incarné dans la situation est suffisant pour obtenir des informations et pour y réagir ou interagir. Tcherkassoff et Frijda (2014) proposent que les manifestations de l’émotion soient considérées comme des amorces d’action ou des actions qui servent à établir ou modifier une relation avec un objet. En d’autres termes, les expressions émotionnelles sont considérées comme des affordances sociales produites par l’individu A pour agir sur l’individu B (Grèzes et Dezechache, 2012). En ce sens, elles pré-conditionnent l’individu B pour l’action, en fonction de la nature de l’émotion exprimée, du contexte social, des aptitudes socio-affectives et du répertoire moteur des protagonistes. Ainsi, les expressions émotionnelles de l’individu A impactent directement l’état émotionnel de l’individu B.

Les signaux émotionnels basiques proviennent de l’activation des systèmes émotionnels primaires (PANIC, CARE, SEEKING, PLAY, LUST, FEAR et RAGE) qui ont été sélectionnés au cours de l’évolution phylogénétique pour leurs fonctions. Dans cette perspective, en situation sociale, les

émotions peuvent être utilisées pour leur capacité à impacter et à influencer autrui. En les produisant, l'individu A met en œuvre différentes intentions et agit sur l'individu B ; ces intentions d'agir ne sont pas nécessairement conscientes et peuvent entraîner des conséquences sociales différentes.

La capacité des hommes et des animaux à communiquer ensemble ne présuppose donc pas de traitement cognitif *a priori* pour l'interprétation des signaux « émotionnels ». Pour certaines émotions, le signal de l'individu A a pour fonction de faire réagir l'individu B (RAGE), pour d'autres émotions, le signal a pour fonction de contaminer l'individu B (FEAR) en le préparant à agir d'une manière congruente. D'autres émotions, comme CARE, PLAY et PANIC ont pour objet d'obtenir l'attention, la curiosité et l'affection d'un autre individu.

Par ailleurs, le phénomène de contagion émotionnelle n'est pas le seul processus qui influence la communication interpersonnelle. Pour comprendre la façon dont les émotions influencent les interactions « conspécifiques » et interspécifiques, il est nécessaire de s'intéresser à la neurodynamique des systèmes émotionnels primaires. L'étude de la neurodynamique INTRA et INTER des systèmes RAGE et FEAR - deux systèmes qui entretiennent de fortes liaisons neuronales - peut être utile pour la compréhension du processus de co-dysrégulation émotionnelle observé entre un homme et un animal, voir figure 6.3. Par un processus d'autorégulation, RAGE a la capacité d'inhiber FEAR chez un émetteur (neurodynamique INTRA), et de créer FEAR chez le récepteur (neurodynamique INTER). Par exemple, il peut être observé que : (1) L'animal s'effraie par le biais d'un stimulus environnemental (FEAR actif animal) ; (2) L'homme s'effraie de la réaction comportementale de l'animal (FEAR actif homme). (3) Un processus de rétrocontrôle INTRA chez l'homme s'enclenche : RAGE s'active et atténue la réponse comportementale de peur de l'homme, entraînant une réaction agressive de l'homme envers l'animal ; (4) le comportement de l'homme renforce et amplifie la peur chez l'animal. Le système RAGE de l'animal, entretenant de fortes connexions avec FEAR, est « prêt » à s'activer (tendance à l'action) et à produire d'autres réponses défensives, si l'agression persiste et que les réponses de FEAR sont contrecarrées ou évaluées comme non efficaces par l'animal.

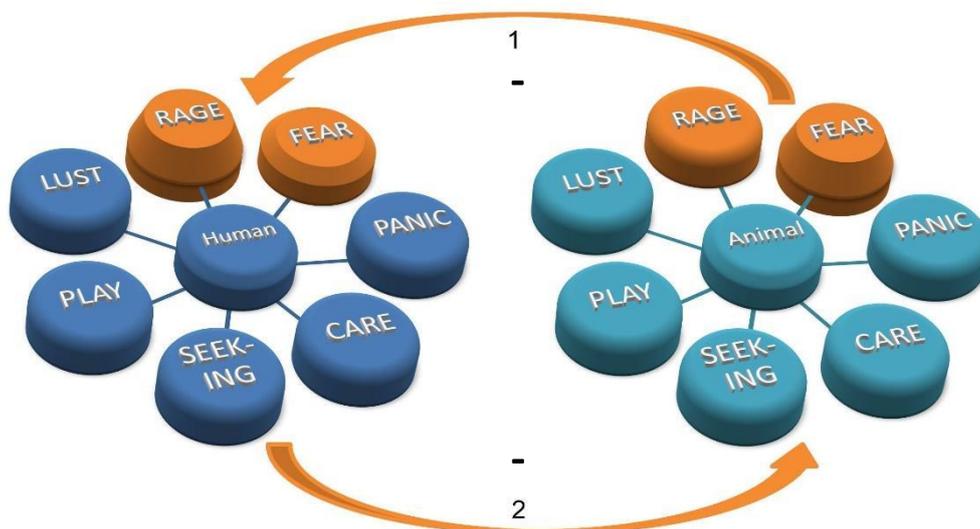


Figure 6.3 Modélisation du processus de co-dysrégulation émotionnelle inter-espèces. La peur de l'animal (1) engendre une réponse de peur et de colère chez l'homme qui renforce la peur initiale de l'animal (2). L'activation des systèmes émotionnels primaires, en lien avec le SNS, est représentée en orange et de façon surélevée. Les systèmes en orange non surélevés indiquent l'état de préparation à l'action. Les numéros indiquent la chronologie de l'interaction et les flèches de couleur orange, la présence d'une co-dysrégulation émotionnelle entre l'homme et l'animal, les signes « - » indiquent la valence négative de l'interaction.

Par ailleurs, l'homme a aussi la capacité de promouvoir l'activation de systèmes émotionnels prosociaux impliqués dans le vécu d'expériences positives chez l'animal. A ce niveau l'activité du système PANIC pourrait jouer un rôle fondamental dans le processus de co-régulation émotionnelle et l'accès au système d'engagement social d'autrui. En particulier, une légère excitation de PANIC permet l'accès à l'empathie et le développement de liens sociaux, en motivant l'individu à rechercher des contacts avec les autres (Zayas & Sakman, 2020).

L'exemple de modélisation, illustré avec la figure 6.4, présente le cas d'un animal grégaire qui panique à l'idée d'être séparé de ses congénères. Il émet des vocalises de détresse (PANIC actif). Cette séparation éveille conjointement le système FEAR de l'animal qui s'effraie facilement, n'avance plus (SEEKING inhibé). Son organisme est prêt à protester énergiquement si l'homme fait mine de le contraindre à avancer (RAGE est à l'état de préparation à l'action). L'animal est figé, son attention n'est plus dirigée vers l'homme et ses capacités de traitement cognitif sont désorganisées. L'homme, conscient de l'éveil des systèmes émotionnels primaires de l'animal, perçoit la détresse de ce dernier (PANIC/CARE empathie). Il prend la décision de respecter l'état émotionnel de l'animal et choisit d'y répondre par des réponses comportementales apaisantes et bienveillantes (CARE actif). Respecter les réponses défensives de l'animal, y répondre calmement et de façon régulée offre l'opportunité aux systèmes défensifs de s'apaiser et au système d'engagement social de se réactiver.

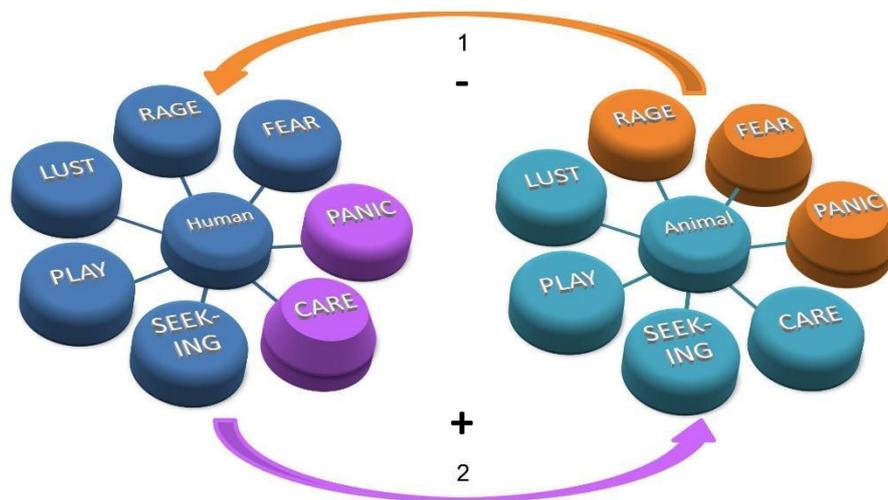


Figure 6.4 Processus de régulation émotionnelle interactive : (1) l'animal manifeste un état de panique à être séparé de ses congénères et est effrayé. (2) En réponse, l'homme manifeste de l'empathie à l'animal et le rassure. L'activation des systèmes émotionnels primaires, en lien avec le SNS, est représentée avec la couleur orange et de façon surélevée. Les systèmes en orange non surélevés indiquent l'état de préparation à l'action. L'activation des systèmes émotionnels primaires, en lien avec le CVV, est représentée avec la couleur violet et de façon surélevée. Les systèmes PANIC/CARE concourent au processus d'empathie. Les numéros indiquent la chronologie de l'interaction et la couleur des flèches indique l'impact émotionnel de l'interaction : en orange signe « - » valence négative, en violet signe « + » valence positive.

4.3. Le développement des liens d'attachement inter-espèces

Chez les jeunes, les réseaux du système PANIC génèrent des vocalisations liées à la séparation pour signaler une détresse émotionnelle à son parent. Ce dernier ressentant la douleur de son enfant est ainsi motivé à venir s'occuper de lui par le biais du système CARE. Panksepp et al. (1980) ont montré le rôle important des opioïdes endogènes et des opiacés pour la réduction des vocalises de détresse dans la

séparation sociale chez les chiots, les rats, les cochons d'inde et les poussins ainsi que dans la modulation des émotions et des comportements sociaux. Il a ainsi été proposé que l'éveil du système PANIC contribue au développement de l'attachement, en tant que force majeure, qui guide la construction des liens sociaux et reflète les sentiments de manque affectif et d'anxiété de séparation. Lorsque des circuits d'attachement sont créés, ils engendrent le sentiment d'une « base neurochimique sûre » dans le cerveau (Panksepp, 2004).

Bowlby (1969; 1982) avait déjà perçu l'attachement comme un système comportemental fondamental pour le développement de l'enfant et le bien-être à l'âge adulte. Dans cette optique, les fondements de la théorie de l'attachement reposeraient sur la compréhension des systèmes PANIC, CARE et SEEKING. PANIC correspond au système d'attachement, CARE au système de caregiving et SEEKING au système d'exploration. Un attachement sécurisé à un caregiver permet au jeune de se sentir en sécurité et d'aller explorer son environnement. Ce processus concourt au bon développement affectif et moteur des mammifères. Lorsque l'enfant est en détresse émotionnelle, les soins reçus de la part du caregiver permettent rapidement le retour à un état de confort et de satisfaction. En revanche, dans les cas où les soins mettent trop de temps à arriver, les enfants en détresse émotionnelle peuvent aussi nourrir des ressentiments, comme l'indique une phase transitoire de détachement social (Panksepp, 2004). Ainsi, en favorisant l'attitude et les comportements maternels, CARE est également susceptible de fournir un contrôle prééminent sur le processus d'empathie primaire.

L'établissement de liens d'attachement entre l'homme et l'animal peut être étudié par le biais des systèmes émotionnels primaires prosociaux et qui vont au-delà des mécanismes de renforcement négatifs et positifs du comportement, comme l'illustre la figure 6.5 qui présente la modélisation d'interactions positives entre un propriétaire et son animal de compagnie, engendrant un processus de co-régulation inter-espèces. Par exemple, il peut être observé que l'activation des systèmes prosociaux (PANIC, CARE, et PLAY) de l'homme (1), permet à l'animal de ressentir une sécurité affective suffisante (PANIC) pour jouer et explorer son environnement (PLAY et SEEKING) (2). Ces expériences d'interactions positives concourent au développement d'une relation d'attachement réciproque.

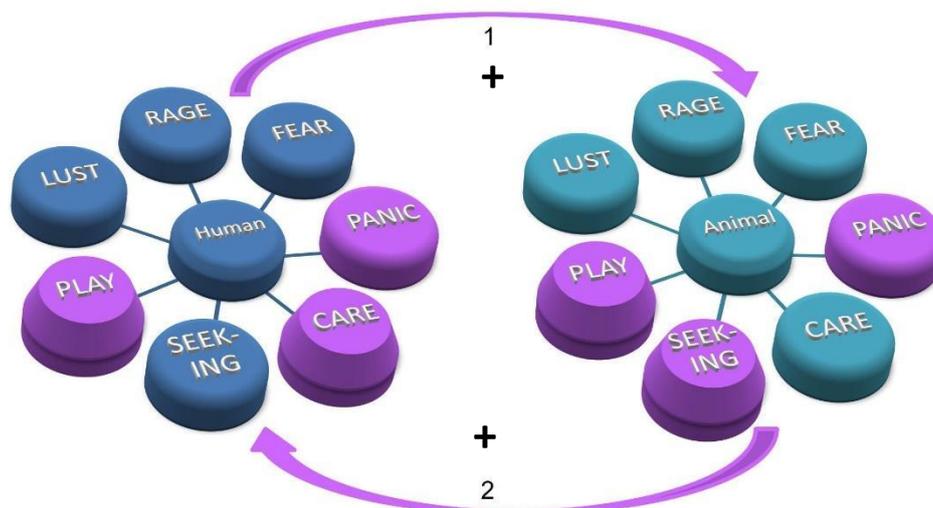


Figure 6.5 Modélisation de l'établissement d'une relation d'attachement entre un propriétaire et son animal de compagnie. L'activation des systèmes émotionnels primaires prosociaux, en lien avec le CVV, est représentée en violet, de façon surélevée. PANIC en violet indique un sentiment de sécurité affective et concourt au processus d'empathie. Les numéros indiquent la chronologie de l'interaction, les signes « + » indiquent une valence positive, les flèches de couleur violette illustrent la présence d'une co-régulation émotionnelle entre l'homme et l'animal.

4.3.1. Le système PLAY impliqué dans la régulation sociale et émotionnelle

Le système PLAY serait susceptible de fournir des expériences fondamentales d'apprentissage entraînant des formes supérieures d'empathie. Une fonction clé du système social PLAY est d'aider les jeunes animaux à acquérir les compétences sociales et à affiner les interactions sociales subtiles dont ils auront besoin pour s'épanouir. Ainsi, PLAY peut être l'une des principales forces émotionnelles qui favorise la construction épigénétique des fonctions cérébrales sociales supérieures, peut-être même des neurones miroirs. Il pourrait également s'agir du principal processus cérébral qui favorise toutes sortes de communications sociales (Panksepp, 2011).

Fait étonnant, PLAY semble être le seul système émotionnel dans lequel la mobilisation de l'organisme est activée et inhibée à la fois. A travers des jeux « physiques », comme mimer des combats, les jeunes n'apprendraient pas uniquement des schémas comportementaux leur permettant d'apprendre à fuir ou à se défendre, mais également des compétences d'auto-régulation émotionnelle. L'acquisition de ces compétences permettrait d'inhiber efficacement les réactions défensives inappropriées à la situation. Le développement de la régulation autonome adviendrait par le biais d'une régulation interactive se construisant dans des contextes d'interactions dyadiques (A. N. Schore, 2001a). La théorie polyvagale définit le jeu interactif comme un exercice neuronal qui requiert des comportements synchrones et réciproques entre les individus et nécessite une prise de conscience du système d'engagement social de chacun. Lorsque PLAY est actif, les séquences de jeu peuvent aussi activer des schémas d'action prédéterminés de RAGE et FEAR, parfois LUST, sans menace ou intention de blesser. Cependant, le système PLAY possédant des liaisons neuronales fortes avec les systèmes FEAR et RAGE, l'animal peut facilement basculer d'un comportement de jeu à un comportement à risque de blessures pour l'homme. Chez l'adulte, l'activation du système PLAY est moins intense que chez les jeunes. Des études chez les New World monkeys, *Callithrix jacchus* (Common marmoset) et les chevaux, *Equus caballus* (Domestic horse) ont montré que les adultes qui jouent le plus sont ceux qui présentent le score le plus élevé de stress (Norscia & Palagi, 2011; Hausberger et al., 2012). L'activation de PLAY chez les adultes pourrait être utilisée en tant que stratégie de coping avec pour fonction de décharger des tensions agressives tout en préservant les liens sociaux, favorisant ainsi la résilience émotionnelle (Spinka et al., 2001). PLAY pourrait également renforcer l'habileté que possède l'individu à être flexible dans l'utilisation de différentes stratégies de coping en fonction des caractéristiques de la situation (Kato, 2012; Roussi et al., 2007), en renforçant la flexibilité du SNA chez l'homme et l'animal (VanFleet & Faa-Thompson, 2017).

4.4. Synthèse de la section IV

En résumé, les systèmes PANIC et CARE sont désignés comme les processus émotionnels primaires de l'attachement social (Panksepp, 2005) - fondamentaux pour l'émergence et le développement de différentes formes d'empathie. Les systèmes LUST et PLAY ont une résonance sociale élevée, mais tout comme RAGE et FEAR, ils ne peuvent pas intrinsèquement promouvoir ces états mentaux couramment définis par le concept d'empathie. En tout état de cause, les dispositions de PANIC, CARE, et PLAY, ainsi que la recherche de réconfort et de chaleur sociale médiée par SEEKING lorsque l'on est en détresse, peuvent fournir une base affective à partir de laquelle la maturation des capacités d'empathie émerge (J. Panksepp & Panksepp, 2013). Le développement et l'organisation de ces processus d'empathie issus respectivement des processus émotionnels primaires, secondaires et tertiaires sont actuellement encore à l'étude.

Ainsi, le MIIHA propose de modéliser les processus émotionnels primaires se déroulant au cours des HAI et offre un cadre théorique qui puisse nous guider dans nos observations et la prédiction

d'hypothèses. Les HAI impliquent l'éveil des systèmes émotionnels primaires mais aussi un processus d'empathie qui permet aux protagonistes de comprendre l'état émotionnel de l'autre et d'y répondre. La capacité de lire les états affectifs de l'autre par l'individu et à les interpréter que ce soit de façon pré-réflexive ou réflexive, favorisera l'établissement d'une relation inter-espèces.

4.5. Note à l'usage pratique du MIIHA pour la modélisation de la neurodynamique INTRA et INTER des systèmes émotionnels primaires

Dans un usage pratique, le MIIHA a pour objet d'aider aussi bien le chercheur que le professionnel à relier l'affect au comportement observé. La modélisation des systèmes émotionnels primaires doit permettre une activité métaréflexive dans l'observation des interactions homme-animal. Cette dernière peut être utilisée en vue de coder chaque séquence comportementale observée, en s'appuyant sur des enregistrements vidéo par exemple, mais il est également possible d'illustrer seulement certaines réactions et comportements qui paraissent les plus déterminants pour la compréhension de l'interaction, comme nous l'avons proposé dans la section 4.

Les exemples d'interactions dyadiques homme-animal que nous avons présentés sont aspécifiques, afin d'en conserver l'aspect généralisable à différentes situations et différentes espèces animales. La modélisation des HAI doit, entre autres, tenir compte du stade d'évolution phylogénétique de l'espèce étudiée, de son degré de domestication et de familiarité avec l'autre individu. Les exemples de modélisations proposés reposent majoritairement sur l'étude des travaux de Panksepp et de Porges et de nos observations de terrain, il est nécessaire de poursuivre l'investigation de la neurodynamique INTRA et INTER au cours des HAI pour aboutir à des prédictions plus fiables et le développement de nouveaux outils. Les exemples exposés dans cet article se veulent donc une invitation pour la conduite d'études futures interdisciplinaires qui souhaiteraient apporter une contribution à la poursuite de ce travail.

V. Discussion

A travers les travaux de Panksepp, puis de Porges, cet article s'est attaché à exposer ce que les hommes et animaux ont de commun plutôt que de chercher à montrer en quoi ils diffèrent. La reconnaissance de systèmes émotionnels primaires communs à l'homme et à l'animal offre l'opportunité de fonder un cadre conceptuel pour l'étude du comportement lié à l'affectivité et des interactions inter-espèces. En particulier, comme cela a été évoqué au point 2., les études de neurosciences affectives inter-espèces confirment que les sentiments émotionnels du processus primaire sont organisés dans des régions sous-corticales primitives du cerveau qui sont anatomiquement, neurochimiquement et fonctionnellement homologues chez tous les mammifères étudiés. Autrement dit, d'autres mammifères ont des sentiments affectifs fonctionnellement similaires aux nôtres. Il en découle non seulement que les émotions revêtent une qualité universelle et inter-espèces de communication émotionnelle et de compréhension des intentions d'autrui, mais aussi et surtout que les systèmes émotionnels des hommes et des animaux présentent le même fonctionnement de base. En conséquence, les actes des hommes envers les animaux et ceux des animaux envers l'homme sont susceptibles de créer les mêmes conséquences en termes d'excitation ou d'inhibition des systèmes émotionnels primaires. En dépit de différences inter-espèces concernant l'interprétation des signaux et la primauté de certains systèmes sensoriels dans le traitement des stimuli tels que l'odorat pour beaucoup de mammifères et la vue pour l'homme, il semble que le caractère universel des systèmes émotionnels permette l'établissement d'interactions et de relations inter-espèces.

Nous allons discuter de l'implication possible de différentes approches qui proposent que l'émotion soit liée au comportement et émerge de l'interaction de l'individu avec son environnement et d'autres individus. Dans cet article, à la section 3, les travaux de Panksepp ont été rapprochés de ceux de Porges dans l'objectif de proposer une compréhension de la neurodynamique INTRA et INTER des systèmes émotionnels primaires en lien avec l'évaluation de la situation, opérée par le système nerveux autonome. Nous avons par exemple montré que le processus de neuroception procède à une évaluation constante de la situation dans laquelle se trouve l'individu, en vue de rechercher des indices de sécurité ou de danger. La reconnaissance des signaux de danger et de sécurité repose sur un héritage phylogénétique et est façonnée par l'expérience de l'individu, incluant les interactions sociales, notamment précoces. Cette évaluation conditionne la réponse des systèmes émotionnels primaires qui modulent les états physiologiques et comportementaux en vue de soutenir les comportements adaptatifs.

Dans cette perspective, les émotions primaires ne sont donc plus perçues comme une substance envahissant le corps mais plutôt comme des circuits de commandes sensori-motrices, modulés par la subjectivité de l'individu, qui engagent l'organisme tout entier en vue de soutenir un certain type d'action. Cette conception des émotions est en accord avec les avancées dans le champ de la psychologie et des sciences cognitives, notamment avec la théorie de la cognition incarnée. La théorie de l'énaction (de l'anglais *to enact*: susciter, faire émerger) souligne l'interaction entre l'homme et son environnement : « l'organisme donne forme à son environnement en même temps qu'il est façonné par lui » (Varela et al., 1993). Tcherkassof (2016) propose un modèle perceptif de l'émotion qui explicite le lien entre intentionnalité et phénoménologie, en défendant l'idée que c'est à partir de l'action corporelle que le sujet construit sa perception de l'environnement. Par exemple, l'expérience subjective du danger correspond à celle du corps mobilisé en vue d'une certaine réponse telle qu'une préparation à la fuite, à l'attaque préventive ou à l'immobilisation défensive.

Dans une conception relationnelle de l'émotion, Tcherkassof et Frijda (2014) considèrent que les émotions sont à l'origine d'amorces d'actions mais aussi de la réalisation d'actions qui visent à changer la relation entre l'individu et son environnement. Les émotions impliquent l'engagement dynamique du corps dans l'interaction et se situent au cœur de la « relation sujet-objet » qui est une relation agissante. C'est pourquoi les émotions peuvent être considérées comme le fondement même sur lequel s'établit la relation entre deux individus, qu'ils appartiennent ou non à la même espèce. Comme cela a été décrit au point 4, les émotions renseignent sur la volonté de l'individu d'établir, de renforcer ou de rompre la relation, dans le but de produire une situation plus favorable à ses intérêts, en termes de survie. Au-delà d'une valence affective, concevoir le comportement comme relié à l'affect permet d'attribuer une signification aux actions menées par l'individu, reflétant les éléments auxquels il attache plus ou moins d'importance (préférence, aversion, ...).

Parce que les émotions s'inscrivent dans une perspective incarnée, dynamique et interactionniste, nous souhaitons réaffirmer ici que les systèmes émotionnels primaires ne sauraient être définis uniquement à partir d'une valence positive ou négative, mais devraient plutôt être étudiés avec une approche systémique. Par exemple, l'activation du système PANIC lors d'une séparation brève avec un congénère, même si elle génère un état négatif, reflète un lien affectif qui s'est tissé entre deux individus, contribuant à leur bien-être au long court. Autre exemple, même si l'activation du système PLAY est associée au vécu de sensations hédoniques et de joie, il ne saurait pour autant devenir un indicateur fiable à l'évaluation du bien-être. En effet, le jeu des animaux est un phénomène comportemental complexe, caractérisé par sa souplesse et sa variabilité au sein des espèces et entre elles, dont les mécanismes de proximité et les fonctions définitives ne sont pas encore totalement compris (Held & Špinková, 2011). Le jeu peut, en fonction des situations, tout autant signaler la présence d'un état de bien-être que celle d'un état de mal-être en réponse à des situations ayant induit un stress. Ainsi, chacun des sept systèmes

émotionnels RAGE, FEAR et PANIC SEEKING, CARE, PLAY et LUST peut donc générer, en fonction des situations, des états plus ou moins positifs ou négatifs, états qui peuvent ensuite être étudiés en tant qu'indicateurs de bien-être ou de mal-être.

Dès lors, il s'agit d'étudier la façon dont le dysfonctionnement des systèmes émotionnels primaires peut mener au développement de troubles comportementaux et psychiques. Les derniers travaux de Panksepp ont suggéré que les systèmes SEEKING et PANIC sont impliqués dans les troubles addictifs et le trouble dépressif (Panksepp, 2010; Panksepp & Watt, 2011; Zellner et al., 2011). Le développement d'études des systèmes émotionnels primaires pourrait avoir de fortes implications pour les progrès en psychiatrie, notamment en psychiatrie biologique.

La question de l'évaluation des systèmes émotionnels dans l'étude du comportement lié à l'affectivité et aux HAI ne pourra être abordée dans cet article, mais le lecteur intéressé par cette question pourra se tourner vers les travaux fondateurs de Panksepp (Panksepp, 2004) et de Porges (Porges, 1995, 2003). Panksepp propose de surveiller les états affectifs des animaux via des modèles éthologico-émotionnels, en particulier en mesurant diverses vocalisations émotionnelles qui peuvent être utilisées comme une sorte d'"auto-rapports" directs des changements des états affectifs (Knutson et al., 1998, 2002). De son côté, Porges valorise la mesure de la variabilité cardiaque pour évaluer la régulation autonome (système d'engagement social et défensif).

L'utilisation de méthodes de mesures biologiques, physiologiques, neurologiques, et cognitivo-comportementales, déjà largement utilisées (pour des revues de littératures concernant différentes méthodes de mesures déjà utilisées : Boissy et al., 2007; Hall et al., 2018; Hintze et al., 2017; Paul et al., 2005; Wemelsfelder et al., 2000) restent à investiguer pour caractériser des biomarqueurs valides en lien avec le processus primaire des émotions. D'autres auteurs s'appuient sur la théorie de l'attachement pour l'étude des relations homme-animal (HAR). Les premiers résultats indiquent que l'orientation de l'attachement du propriétaire à l'animal n'est pas seulement une extension des patterns d'attachement interpersonnels généraux que l'on a identifiés chez l'homme (Zilcha-Mano et al., 2011a). Aussi, il semble nécessaire de réaliser des études complémentaires au regard de qualités spécifiques du lien homme-animal.

L'application du MIIHA peut s'étendre à différents cadres :

- analyse des systèmes émotionnels primaires chez un individu ;
- modélisation d'interactions dyadiques, telles que les interactions entre un animal de compagnie et son maître, les interactions entre l'animal de travail et son maître ;
- modélisation d'interactions triadiques, notamment dans les domaines des Interventions Assistées par l'Animal, « patient-animal-thérapeute » ; ou encore de l'équitation, « cavalier-cheval-enseignant » ;
- analyse de la dynamique de groupe générée par l'activation et la régulation de plusieurs systèmes émotionnels primaires.

Par ailleurs, nous suggérons plusieurs exemples d'applications possibles du MIIHA, dans les domaines des HAI, des HAR et des HAB. Au niveau des interactions avec les animaux de compagnie, d'élevage, de laboratoire, de zoo et des animaux sauvages (HAI/HAR), le MIIHA pourrait aider les professionnels à identifier, par l'observation du comportement, les processus émotionnels présents chez l'animal, afin d'anticiper certains comportements ou réponses. Aucune action future précise ne peut être prédite à l'aide du MIIHA car il n'existe pas de lien direct simple entre un type d'émotion et le comportement qui en découle. Ainsi, les émotions organisent des réponses et se combinent avec l'expérience individuelle et l'évaluation cognitive de la situation pour préparer l'organisme à une réponse optimale, créant de très

larges variations dans les réponses observées. Cependant, en accord avec Panksepp, De Waal (2011) considère que l'émotion déclenchée est souvent prévisible en fonction de la situation dans laquelle se trouve l'organisme et peut être déduite des changements de comportement effectifs et des signaux de communication émis. Le déclenchement d'émotions entraîne donc l'apparition de certains comportements, par exemple RAGE, a tendance à activer le comportement « mordre » associé à une activation physiologique, ici l'activation du SNS. L'application du MIIHA peut donc permettre d'anticiper, dans une certaine mesure, différents types de réponses physiologiques et comportementales de l'homme et de l'animal dans une situation donnée. Dès lors, il devient possible de prévenir des accidents et blessures qui pourraient survenir au cours de l'interaction avec l'animal. En inférant l'affect qui sous-tend le comportement, le professionnel peut choisir de répondre à l'animal de façon à réguler son activation émotionnelle, mais aussi et surtout prévenir les situations qui pourraient déclencher des réactions défensives. D'une part, à court terme, l'identification des situations génératrices de panique (PANIC), de peur (FEAR) et de colère (RAGE) permettra de répondre de façon adéquate à l'éveil de ces systèmes émotionnels primaires et ainsi de réduire les situations à risques. D'autre part, en favorisant l'activation des systèmes émotionnels SEEKING, CARE et PLAY - systèmes qui renforcent les liens sociaux - il devient possible d'améliorer les conditions d'apprentissage et d'entraînement des animaux, notamment à travers le développement de méthodes d'apprentissages ludiques qui favorisent la confiance et le vécu de sensations hédoniques. À moyen et plus long terme, l'identification de l'état émotionnel permettra d'améliorer la gestion des animaux et par conséquent leur bien-être.

Comprendre les situations à risque et leur prévention est primordial pour la formation des professionnels amenés à interagir quotidiennement avec des animaux. La formation des professionnels à l'usage de méthodes d'entraînement et d'apprentissages basées sur le renforcement positif en suscitant l'activation des systèmes prosociaux est garant de l'amélioration des conditions de travail et de gestion des animaux. A ce titre, le MIIHA peut servir de base pour l'enseignement et la pédagogie, notamment pour la production d'études de cas, afin d'analyser les actions qui ont concouru à une mise en danger ou au contraire à des résultats bénéfiques au cours des HAI. La compréhension de la neurodynamique INTRA et INTER étant commune à l'homme et à l'animal, les situations étudiées peuvent aussi concerner l'identification de réponses émotionnelles chez l'homme qui concourent à une co-régulation ou au contraire à une co-dysrégulation au cours des interactions inter-espèces.

De plus, l'application du MIIHA pourrait permettre de progresser dans la compréhension de l'établissement des relations (HAR) et liens (HAB) entre l'homme et l'animal. On considère que l'établissement de la relation homme-animal s'établit à partir d'une série d'interactions permettant à chaque interlocuteur d'avoir des attentes sur l'issue de la prochaine interaction. Il a précédemment été proposé que la valence (+/-) de chaque interaction contribue à construire une relation positive ou négative (Hausberger et al., 2019). Cependant, nous soutenons que l'étude des processus d'empathie pour l'accès au système d'engagement social d'autrui et des processus de régulation interactive sont des concepts utiles à la compréhension des HAR. Ces études doivent contribuer à mieux définir les relations entre le SNA et l'expression empathique en situation. L'application du MIIHA peut être utilisée comme support pour la description des processus émotionnels se déroulant au cours des HAI, permettant de refléter aussi bien la valence des interactions (+/-) que la valeur communicationnelle de l'émotion (traduisant la relation que l'individu A souhaite, ou non, établir avec l'individu B), et cela en fonction de chaque individu et espèce animale observée. Lorsqu'une relation positive s'instaure entre l'homme et l'animal, des liens affectifs se tissent entre les individus, notamment par le biais des systèmes PANIC et CARE. Les actes d'attention et de tendresse médiés par le système CARE génèrent la sécrétion des principales neurochimies d'attachement social du cerveau des mammifères : les opioïdes endogènes, l'ocytocine et la prolactine. Ces substances inhibent l'activation de PANIC (lié à la détresse émotionnelle) et procurent un sentiment de sécurité affective et d'apaisement chez l'autre individu. De

ce fait, l'étude des systèmes PANIC et CARE est susceptible de mener à des découvertes prometteuses pour la compréhension des relations homme-animal et du développement de liens d'attachement.

La compréhension des processus présents au cours des interactions homme-animal est également devenue un enjeu fondamental dans le champ des interventions assistées par l'animal (IAA). Une meilleure compréhension des processus émotionnels au cours des HAI devrait permettre de mieux appréhender le rôle de l'animal durant l'intervention, de favoriser le bien-être animal en IAA, notamment à travers la promotion de relations mutuellement bénéfiques entre l'homme et l'animal, mais aussi de spécifier de façon plus précise les stratégies utilisées par le thérapeute lorsqu'il met à profit la relation à l'animal dans un objectif de soin. Ces connaissances devraient alors permettre de progresser dans l'évaluation des IAA, tant en termes d'efficacité que d'efficience.

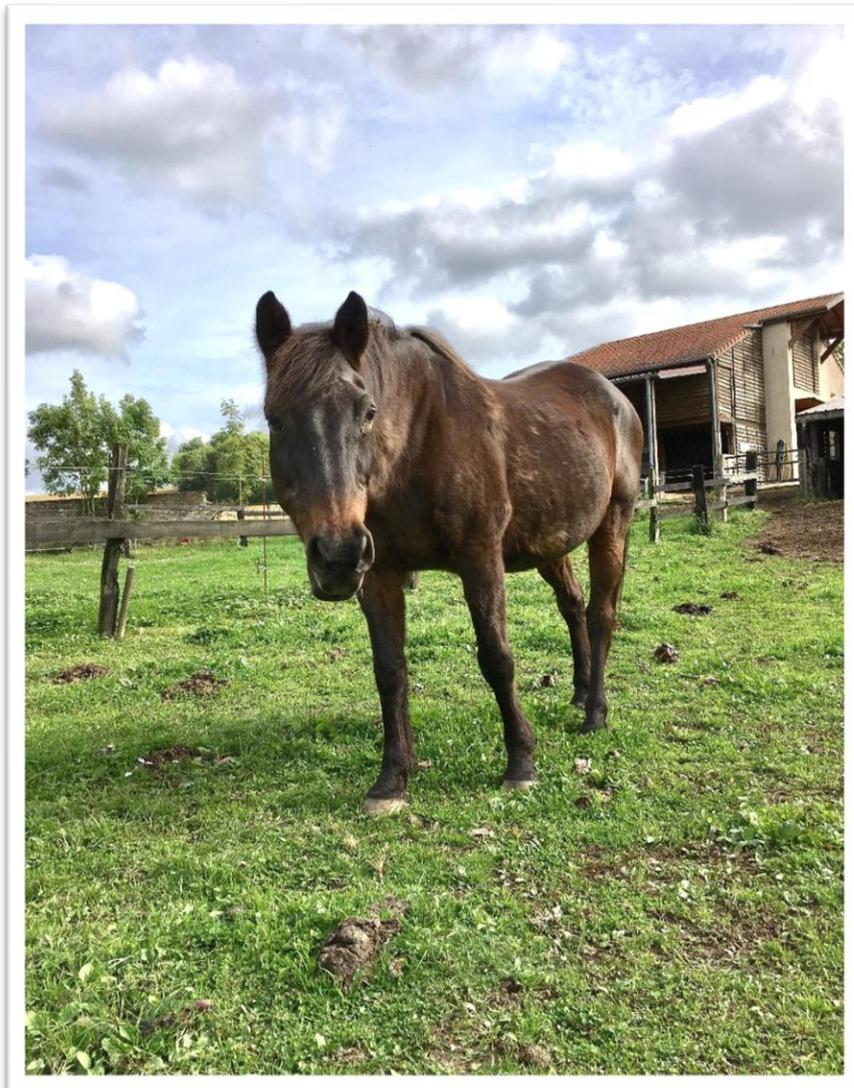
De façon générale, la compréhension des relations intersystémiques entre les systèmes émotionnels primaires devrait permettre, d'une part, d'améliorer la compréhension des HAI et d'autre part, de favoriser des relations inter-espèces mutuellement bénéfiques. Les apports théoriques intégrés dans le MIIHA permettent de fonder un cadre conceptuel pour l'étude des interactions homme-animal, en promouvant leur bien-être respectif dans une perspective One Health-One Welfare.

Programme de Thérapie Assistée par le Cheval

Chapitre 7. Adaptation du programme de Prévention de la Rechute basé sur la Pleine Conscience (MBRP) pour les patients ayant un TSPT-TUS

Chapitre 8. Le programme TSPT-TUS intégré de Thérapie Assistée par le Cheval

Chapitre 9. Etude de l'efficacité de la TAC pour la prise en charge intégrée des troubles dissociatifs et traumatiques comorbides aux TUS



Vent d'Est

7. Adaptation du programme de Prévention de la Rechute basé sur la Pleine Conscience (MBRP) pour les patients ayant un TSPT-TUS

Pour la création du programme intégré TAC nous nous sommes inspirés de deux programmes :

- Le programme « Mindfulness-Based Relapse Prevention » (Bowen et al., 2014);
- Le programme « Gérer la dissociation d'origine traumatique » (Boon et al., 2014).

Au départ, nous devions uniquement utiliser le MBRP, mais nous nous sommes rapidement aperçus que chez les patients TPST-TUS, les exercices de pleine conscience pouvaient être exposants ne permettant pas de réaliser la totalité du programme.

Au lieu de simplement réaliser un « Trauma-Sensitive-MBRP », c'est-à-dire l'adaptation du programme pour le rendre accessible et sécurisé aux personnes ayant un TSPT, nous avons choisi de réaliser un programme intégré TSPT-TUS, dans l'optique d'obtenir une amélioration conjointe de ces deux troubles.

A noter : Le programme MBRP est un ouvrage destiné aux thérapeutes pour l'application des séances de prévention de la rechute basées sur la Pleine Conscience. Tandis que le programme « Gérer la dissociation d'origine traumatique » est un ouvrage destiné en première intention aux personnes souffrant d'un trouble dissociatif complexe, et en seconde intention aux thérapeutes désireux de disposer de fiches pratiques de travail et d'exemples de cadre thérapeutique à proposer pour l'animation de séance de psychothérapie individuelle ou de groupe. Les exercices du second manuel sont donc plutôt proposés sous la forme de « fiches de travail » à partir desquelles le patient peut réfléchir.

D'autre part, le programme MBRP suit un format en 8 séances, tandis que le programme « Gérer la dissociation » peut être appliqué sur une période plus longue.

Dans ce document nous avons synthétisé les éléments clés des programmes, avec les exercices proposés. Pour chacune des séances, un encart résume les éléments que nous avons conservés pour la construction de notre programme TAC, et un paragraphe explique les éléments que nous avons retirés ou adaptés afin qu'ils puissent convenir aux patients présentant un TSPT-TUS.

Séance 1 : MBRP : Pilote automatique et rechute

1.1. Objectifs principaux du programme

Introduction à la pleine conscience et à la notion de **pilote automatique** en lien avec les envies ou impulsions à consommer des substances.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Exercice du raisin sec ;
- Body scan.

1.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

L'exercice du body scan peut parfois être trop exposant en raison de la phobie de l'expérience intérieure : les sensations internes peuvent déclencher la reviviscence du vécu traumatique, la position couchée, les yeux fermés augmentent considérablement le risque de déclencher des mémoires traumatiques. Les patients évitent l'exercice en dormant, en gesticulant, ou en refusent l'exercice. Si le thérapeute n'a pas conscience de l'émergence d'états dissociés, la méditation peut renforcer le sentiment de dépersonnalisation voir l'amplifier et provoquer, soit une forte abréaction, soit un engourdissement. Ainsi, la personne peut par exemple débiter le body scan des bras, de la poitrine, et ressentir un sentiment de peur, de gêne ou de honte au niveau du ventre, se sentir submergée par ses émotions lorsqu'il s'agit de centrer son attention au niveau du bassin ; d'autres personnes visualisent un trou noir à ce niveau et poursuivent le body scan vers les jambes. En fonction du niveau d'activation, certains patients ne parviendront pas à s'allonger et pour d'autres, la seule idée de réaliser un body scan sera suffisante à se désengager de la pratique de la méditation.

1.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Comprendre la dissociation

- a) Apprendre à être présent ;
- b) Trouver ses ancrages ;
- c) Psychoéducation sur les parties dissociatives ;
- d) Exercices de réduction du stress.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Exercice de lieu sûr ;
- Exercice de réduction du stress (serrer une balle en mousse dans la main cf. Jacobson).

Eléments conservés Intervention TAC

Psychoéducation : Pilote automatique en lien avec les envies ou impulsions à consommer ;
Apprendre à être présent ;
Exercice du raisin sec adapté avec le cheval.



Eléments apportés Intervention TAC

Apprendre à être présent et trouver ses ancrages dans le but de gérer les symptômes traumatiques, exercices de réduction du stress.



Séance 2 : MBRP : Conscience des déclencheurs et des fortes envies

2.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Pratiquer de la Pleine Conscience en augmentant la **conscience des sensations corporelles** ;
- 2) Pratiquer la conscience des réactions physiques, émotionnelles et cognitives qui suivent les **déclencheurs** ;
- 3) Comprendre comment ces réactions mènent à des **comportements automatiques**, qui font perdre la conscience de ce qui est en train de se passer dans le moment présent ;
- 4) Introduire les techniques de pleine conscience comme stratégie permettant de créer une « pause » dans ce processus automatique.

Exemples d'exercices et d'activités

- Exercice « Je marche dans la rue » ;
- Exercice « Surfer sur les envies » ;
- Méditation de la montagne ;
- Body scan ;
- Fiche d'observation des déclencheurs ;
- Revue de la pratique à domicile et défis fréquents.

2.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Les points 1 et 2 (conscience des sensations corporelles et des déclencheurs) sont exposant pour les patients TSPT-TUS. Le point 3 du programme est difficile à opérer à ce stade de la thérapie car les patients TSPT-TUS présentent une phobie de l'expérience traumatique qui les pousse à ne pas penser aux déclencheurs et situations à risques. A ce stade, ils peuvent avoir une faible capacité à conscientiser les liens entre leur ressentis actuels et la situation passée. Le point 3 (comprendre les comportements automatiques) est travaillé dans la relation au cheval, c'est-à-dire dans une expérience concrète qui peut être régulée dans le présent avec l'aide du thérapeute. A ce stade, on ne verbalise pas encore de lien avec les Schémas précoces inadaptés du patient qui s'expriment dans les mises en situation avec le cheval. Le point 4 (la Pleine Conscience comme un espace tampon) est conservé, mais introduit de façon générale pour la gestion des stressseurs du quotidien lors d'une méditation et expérimenté dans les mises en situation avec le cheval. Les exercices « à domicile » sont présentés mais sous la forme d'une proposition. A ce stade, les patients sont encore angoissés à l'idée de pratiquer seuls, ils peuvent avoir la crainte de déclencher des reviviscences en pratiquant seuls ou peuvent se sentir « incapable » de méditer en autonomie. Il est nécessaire que des routines et habitudes se mettent en place, afin que la pratique devienne sécurisée par le cadre qui l'entoure. Le thérapeute met en place des routines et rituels qui seront appliqués à chaque séance pour favoriser ce processus. L'exercice « à domicile » conseillé consiste à aller dehors et à simplement porter attention aux sons qui sont entendus sans y porter de jugement. Si l'idée de méditer seule est activante émotionnellement, il est demandé de simplement s'imaginer faire l'exercice et de noter sur une échelle de 0 à 10 à combien cela est activant



émotionnellement. Il est conseillé au patient de ne commencer à méditer seul que si cette évaluation ne dépasse pas 1, et d'adapter le temps et le support de méditation.

2.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Compétences initiales : gestion de la dissociation

- a. Travailler la résolution de la phobie de l'expérience intérieure ;
- b. Développer la réflexion ;
- c. Développer un sentiment de sécurité intérieure
- d. Débuter pas à pas dans le travail avec les parties dissociatives.

Eléments apportés Intervention TAC

Débuter la résolution la phobie de l'expérience intérieure.
Développer un sentiment de sécurité intérieure.



Le point a) est travaillé tout au long du programme TAC. Les choix réfléchis des méditations et des exercices avec le cheval ont pour objectifs de mener le patient vers la résolution de la phobie de l'expérience intérieure. Le point b) est réalisé par le patient lors des échanges avec le thérapeute, lors des périodes d'autonomie, ainsi que durant les moments de partage qui suivent les méditations. Les séances de TAC ont pour objectif premier c) le développement d'un sentiment de sécurité intérieure. Le point d) concernant le travail des parties dissociatives n'a pas été explicitement évoqué avec les participants. En effet, les participants n'étaient pas tous concernés par ce point.

Séance 3 : MBRP : la pleine conscience dans la vie de tous les jours

3.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Introduire à la **pratique formelle assise de la Pleine Conscience**
- 2) Introduire l'**espace de respiration SOBER**
- 3) Poursuivre les pratiques et la discussion sur l'intégration de la Pleine Conscience dans la vie quotidienne.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Conscience des sons ;
- Méditation de la respiration ;
- Espace de respiration SOBER ;
- Discussion sur l'intégration de la Pleine Conscience dans la vie quotidienne.

Eléments conservés Intervention TAC

A ce stade, nous avons introduit des exercices de stabilisation émotionnelle qui avaient pour objectif d'apaiser les reviviscences traumatiques et la gestion des mémoires traumatiques somatiques. La méditation des sons est particulièrement appréciée des patients et vectrice d'une restauration de la sécurité interne.



3.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

L'acronyme SOBER n'a pas une signification aussi « facile » à retenir que pour les anglophones où SOBER signifie « sobre ». Un certain nombre de patients ont eu du mal à se souvenir des différentes étapes et du terme. L'intégration de la Pleine Conscience dans la vie quotidienne et les exercices « à domicile » à cette étape du programme a pu éveiller les systèmes émotionnels PANIC et FEAR de

certain patients qui ne pouvaient pas encore envisager de pratiquer seuls, par peur de faire émerger des mémoires traumatiques. La méditation de la respiration est hautement exposante à ce stade. En effet, nous avons observé qu'un certain nombre de patients ont une respiration courte et les muscles qui entourent la cage thoracique sont très tendus. Lorsque l'on demande à ces patients de centrer leur attention sur leur respiration, certains prennent conscience d'être « limité » dans leur capacité à respirer et à prendre l'air, ce qui peut engendrer un état de stress pour l'organisme et déclencher des crises d'angoisse, un état anxieux. Il en résulte qu'au lieu de se sentir apaisés et ancrés dans le présent, les patients deviennent très anxieux et ont le sentiment de manquer d'air. Les exercices SOBER peuvent aussi être évités par les patients du fait qu'ils contiennent un ongle « respiration » (activation du système nerveux sympathique (SNS) et « réflexion » (impulsivité provenant de déficits cognitifs et des fonctions exécutives, difficultés à réfléchir due à l'activation du SNS). De plus, l'adage « Réfléchir avant d'agir » peut être vécu comme moralisant par les patients, un peu comme la phrase « tourner sa langue sept fois dans sa bouche avant de parler ». Il nous semble que cela peut contribuer à ce que les patients se sentent jugés par rapport à leurs actions impulsives. Nous comprenons ces actes en lien avec le vécu traumatique. Lorsque le patient est hyper ou hypo activé, il ne peut plus raisonner de façon efficace. Enfin, même si SOBER a justement pour intention de permettre un espace tampon pour que la personne puisse à nouveau réfléchir cela n'est pas possible lorsque l'organisme du patient est dérégulé. Le thérapeute doit donc former le patient à la régulation des affects par des interventions *bottom-up*.

Nous soutenons qu'il soit nécessaire de préparer l'organisme des patients à la pratique de la Pleine Conscience. Lorsque le patient se trouve dans sa fenêtre de tolérance, il peut alors profiter pleinement de cette expérience et en retirer de nombreux bénéfices.

Une grande liberté est laissée aux participants pour adapter leur position lors de la pratique de méditation. Ils choisissent ensemble la méditation qu'ils souhaitent faire et peuvent stopper l'exercice un moment et revenir, garder les yeux ouverts, être debout, assis par terre (avec ou sans coussin), assis sur une chaise, allongés etc. Nous choisissons ensemble l'endroit où méditer. Un verre d'eau est systématiquement proposé aux patients, avant ou après la méditation.

3.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Améliorer la qualité de vie quotidienne

- a) Améliorer le sommeil ;
- b) Développer une structure quotidienne saine ;
- c) Proposer du temps libre et de la détente ;
- d) Prendre soin de son corps ;
- e) Développer des habitudes alimentaires saines.

Éléments apportés Intervention TAC

Discussion à propos de
l'importance d'améliorer la
qualité de sa vie
quotidienne.



Exemples d'exercices et d'activités :

Les 5 points sont travaillés par les différents intervenants du centre et le cadre des soins offerts. La confiance est placée en l'équipe pluridisciplinaire pour travailler ces points avec les patients, des propositions au cas par cas ont été formulées pour les patients qui verbalisaient des difficultés qui ne s'amélioraient pas malgré les efforts de l'équipe, notamment par rapport au sommeil. A noter une grande

résistance de la part des patients pour aborder des habitudes de vie saine et des activités ayant pour but de prendre soin de soi.

Séance 4 : MBRP : Pleine conscience dans les situations à haut risque de reconsommation

4.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Augmenter la **conscience des situations individuelles à haut risque** et celles des sensations, émotions et pensées qui tendent à émerger.
- 2) Pratiquer le fait de **rester avec des sensations ou des émotions intenses ou inconfortables** plutôt que de les éviter ou de tenter de s'en débarrasser.
- 3) Apprendre à utiliser des outils qui aident à **rester présent** et à ne pas céder automatiquement à la pression de consommer des substances dans des situations qui ont été antérieurement associées à la consommation.
- 4) Introduire la **marche en pleine conscience** comme une pratique différente pour expérimenter la conscience de diverses sensations physiques et pour apporter de la conscience dans la vie quotidienne lorsque l'on marche.

Eléments conservés Intervention TAC

La méditation Conscience de la vue et la marche en pleine conscience ont été systématiquement proposées lors des déplacements dans le parc des chevaux.
Discussion à propos de situations à haut risque.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Méditation de la marche en pleine conscience ;
- Conscience de la vue ;
- Méditation assise : son, respiration, sensation, pensées ;
- Méditation assise : son, respiration, sensation et surfer sur l'inconfort (alternative) ;
- Espace de respiration SOBER dans une situation présentant un défi ;
- Risques de rechute individuelle et risques fréquemment rencontrés.

4.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Les situations à haut risque de reconsommation sont très en lien avec les reviviscences traumatiques ou leur évitement. Les patients évoquent beaucoup de consommations en lien avec des conflits interpersonnels, où l'on perçoit l'activation de Schémas Précoces Inadaptés. De ce fait, il n'est pas toujours aisé de réguler les patients une fois qu'ils ont abordés ces éléments et ils peuvent ruminer à leur propos durant toute la séance.

La méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées a plutôt été réalisée avec sons, vue, toucher/odorat, respiration, (pensées). Nous ajoutons un focus sur les canaux sensoriels de l'ouïe, de la vue et du toucher et/ou de l'odorat. La respiration est bien tolérée lorsque l'on laisse le temps au système nerveux de collecter un maximum d'informations par le biais des canaux sensoriels, indiquant que l'environnement est sécuritaire. En général, lorsque les précédents éléments se sont bien passés, les pensées

qui adviennent ne sont pas exposantes. Cela surprend souvent les patients qui ont pour habitudes d'être « torturés » sans cesse par leurs pensées. Cependant, il est arrivé que nous n'introduisons pas les pensées, en fonction du groupe ; certains patients présentent de fortes ruminations en début de séjour, parfois en lien avec des idées noires ou des idées suicidaires. Si nous avons connaissance d'un groupe où les ruminations sont sévères, il arrive que nous limitions la méditation. Les pensées étant considérées au même titre que les battements du cœur comme un processus naturel et automatique, nous savons qu'elles surviennent librement à chaque méditation, peu importe l'invitation au focus sur le sensoriel ou la respiration.

L'exposition aux sensations physiques en séance est très complexe et les patients n'ont pas encore suffisamment acquis les éléments de sécurité interne et d'ancrage pour les gérer et donc s'y confronter. Contrairement aux participants qui ne présentent pas de trauma, les patients TSPT-TUS vont très souvent centrer leur attention sur des sensations en lien avec des mémoires traumatiques engrammées sous la forme de mémoires somatiques, parfois préverbales, auxquelles ils ne rattachent aucun souvenir en image. Porter son attention à ce type de stimuli peut être très déstabilisant et peut provoquer une dérégulation émotionnelle du patient. On ne le verra parfois pas immédiatement en séance, mais le patient peut ensuite être accablé par des flashbacks, des cognitions négatives plusieurs heures après la séance. Durant les temps de méditation, il est donc très important d'être attentif à la posture et à la gestuelle de chaque patient. Dès que quelque chose se crispe, se fige ou que l'on observe une agitation, le thérapeute peut proposer au patient de faire un étirement, de se lever, d'ouvrir les yeux, de boire un peu d'eau, afin d'apaiser les réponses défensives de l'organisme. L'objectif est d'apprendre au patient qu'il peut gérer les débuts d'activation, alors qu'il a appris à les subir et à les encaisser du mieux qu'il le peut.

L'alternative thérapeutique proposée par le programme « surfer sur l'inconfort » se transforme souvent en « serrer les dents et tendre le dos » pour le patient ; avec le renforcement de schémas Critique et Punition, etc... Nous avons travaillé à un niveau d'exposition beaucoup plus bas, comme tolérer une sensation légèrement désagréable (ex. : un picotement sur la peau, une petite démangeaison, ou un léger tiraillement). L'objectif était de réagir par une intention et une attention bienveillante envers soi. Durant la séance, on évite le focus sur la douleur même légère, car cette dernière est souvent en lien avec un vécu traumatique. Pour éviter de renforcer les schémas de soumission et d'assujettissement, d'impuissance apprise, d'hypoactivation, on évite les consignes qui invitent le patient à rester immobile pendant qu'il ressent les stimuli désagréables. On profite de cette occasion pour lui enseigner des stratégies adaptées. Par exemple, lorsque l'on ressent une démangeaison, au lieu de se gratter très fortement, en se griffant, ou au contraire de subir, on peut proposer au patient de simplement poser sa main sur l'endroit qui gratte et d'exercer de petites pressions, ou juste passer sa main à l'endroit de la démangeaison, comme une caresse et observer ce qu'il se passe. Le thérapeute qui observe le patient subir ou éviter sans agir ou proposer d'alternative au patient, valide implicitement la stratégie adoptée et renforce le processus de « subir » ou « d'éviter ».

SOBER + défi est apprécié des patients, mais l'acronyme reste complexe, l'imaginaire fait défaut, avec des difficultés parfois majeures à se projeter dans un scénario mental. Dans ces cas de figures, SOBER a été réalisé dans les mises en situation avec le cheval.

La méditation conscience de la vue est très appréciée des patients, elle permet l'instauration d'une sécurité intérieure durant la séance, avec le développement d'une réponse d'orientation dans l'ici et le maintenant. C'est une bonne façon de développer une stratégie de gestion de la dissociation. Le thérapeute verbalise cette stratégie et encourage les patients à l'utiliser dans les moments où ils se sentent mal et/ou lorsqu'ils ont envie de consommer.

Lorsqu'on a pris le temps de faire émerger des sensations agréables et positives, le focus sur les pensées peut être fructueux et amener avec lui l'éveil de souvenirs positifs ou la prise de conscience que le corps peut vivre des instants agréables. Il est également utile de faire associer au patient certains mouvements, comme le posé du pied sur le sol, au sentiment de confiance, de sécurité et d'auto-efficacité. La marche en pleine conscience peut être utilisée à cette fin. Elle est appréciée des patients et elle permet de pratiquer la Pleine Conscience avec un risque moindre d'états dissociés, si on prend le temps de développer une réponse d'orientation chez le patient en lui proposant de bouger la tête de droite à gauche, du bas vers le haut etc. Elle peut être introduite dès les premières séances.

4.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Gérer les déclencheurs liés au trauma

- a) Gérer les souvenirs traumatiques et déclencheurs ;
- b) Gérer les déclencheurs ;
- c) Anticiper les jours difficiles (ex. : présence de détresse émotionnelle ou d'une résurgence de symptômes traumatiques et/ou dissociatifs, survenus d'événements indésirable).



Eléments apportés Intervention TAC

Psychoéducation : Souvenirs traumatiques et déclencheurs, leur lien avec l'addiction ;
Gérer les déclencheurs.
Discussion à propos d'exercices simples à pratiquer en cas de détresse émotionnelle.

Apprentissage d'exercices pour gérer les déclencheurs traumatiques, pour la gestion des déclencheurs. Le programme propose également d'apprendre à anticiper le fait qu'il y aura des jours difficiles. Cependant, les habitudes identifiées comme « délétères » pour la gestion des déclencheurs et celles jugées comme « adéquates » ne peuvent qu'être « imaginées » du fait des soins résidentiels à temps plein, où le patient est éloigné de son quotidien et de son lieu de vie. Il est ensuite seul le week-end pour mettre en action des stratégies apprises « cognitivement ».

On identifie les déclencheurs traumatiques liés aux déclencheurs d'addiction où la personne se sent honteuse et dévalorisée. L'objectif est de dépasser l'idée de « Je suis faible donc je consomme », en la remplaçant par « J'ai un trauma et c'est très douloureux quand il s'exprime », « Je fais ce que je peux/ je fais de mon mieux », « On a tous besoin d'aide pour aller mieux », afin de développer une attitude compréhensive et bienveillante envers soi.

Séance 5 : MBRP : Acceptation et comportements efficaces

5.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Introduire et **cultiver une relation différente** avec les expériences difficiles comme des sensations, émotions ou sensations inconfortables ;
- 2) Discuter le rôle de l'**acceptation** dans le processus de changement ;
- 3) Introduire le **mouvement en Pleine Conscience** comme une autre manière de pratiquer la PC et l'acceptation.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées, émotions ;
- Espace de respiration SOBER deux par deux ;
- Les mouvements en Pleine Conscience (yoga) ;
- Discussion sur l'acceptation et les comportements efficaces.



Éléments conservés Intervention TAC

Notion d'acceptation ;
Pleine conscience en
mouvement ;
SOBER deux par
deux.

5.2. Éléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Les émotions sont introduites plus tôt dans le programme TAC, notamment avec une psychoéducation « Quelles sont les émotions ? » « Comment se manifestent-elles ? » « Comment les reconnaître ? ». La pleine conscience en mouvement a été introduite dès la première séance.

Le programme MBRP propose plusieurs postures couramment réalisées en yoga et séances de fitness :

- (1) La torsion en position allongée ; (*couché sur le dos, torsion légère du dos*)
- (2) La position du chat et de la vache ; (*posture à quatre pattes*)
- (3) La position de l'enfant ; (*recroquevillé sur ses jambes, bras allongés vers l'avant*)
- (4) La position de la montagne ; (*debout*)
- (5) La position pliée en avant ; (*toucher le sol avec ses mains en étant debout jambes tendues*)
- (6) La position finale de repos. (*dite la posture du cadavre : allongé*)

La plupart de ces positions n'ont pu être réalisées pour plusieurs raisons. En premier lieu, un certain nombre de patients présentent des douleurs au dos, ils ont des broches en métal dans le dos ou des prothèses de hanches qui limitent leur capacité de mouvement et d'étirement. La présence d'un moniteur de sport pour réaliser ces exercices aurait donc été nécessaire. D'autre part, du fait que nous pratiquions dans le parc des chevaux, nous ne bénéficions pas de matériel adapté pour aider les patients à se relever. Or plusieurs d'entre eux ont manifesté des difficultés à se relever de la position assise ou couchée et nous avons ensuite entrepris de leur mettre des chaises à disposition pour méditer. Enfin, s'agissant d'un groupe mixte d'hommes et de femmes, qui ont un vécu traumatique, l'adoption de positions, notamment celles à quatre pattes, nous a paru inappropriées et auraient pu être déclencheurs de reviviscences traumatiques. A la place nous avons privilégié des postures debout, comme le guerrier, la salutation au soleil, etc.

5.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Emotions et croyances de base

- a) Explorer les émotions ;
- b) Connaître la fenêtre de tolérance ;
- c) Reconnaître les croyances de base négatives et positives ;
- d) Identifier les erreurs cognitives ;
- e) Explorer les pensées et les croyances de base négatives.



Etant donné les difficultés en matière de régulation des émotions des patients accueillis au centre, les éléments a-b du programme ont été introduits très tôt dans le programme TAC.

A ce stade le travail sur les pensées (ruminations) et les croyances de base négatives est engagé. Les méditations sont un bon exercice pour prendre conscience de l'automatisme de ce processus.

Les mises en situation avec le cheval sont à présent davantage verbalisées et on propose au patient de dire les pensées qui lui viennent à l'esprit lorsqu'il se trouve dans une situation de conflit ou de blocage. Puis celles qui viennent lorsque la situation s'améliore ou se résout via leur action. L'idée est de conserver un mouvement lors du focus sur les pensées, afin de ne pas encourager le processus de rumination mentale qui, d'après nos observations, semble s'opérer plus aisément lorsque le patient est en position statique. A ce moment, il est plus difficile de faire évoluer les croyances à propos du trauma ou de l'addiction. On utilise des stratégies *bottom-up* en première intention afin de réguler le système nerveux autonome du patient. Nous nous sommes largement inspirés de l'approche sensori-motrice (Ogden et al., 2006). Les stratégies *top-down* sont également utilisées, notamment lorsque le thérapeute verbalise les difficultés ou succès du patient et que ce dernier réalise des prises de conscience (insight). Cependant, le thérapeute ne propose pas d'interprétation ou d'analyse du discours du sujet.

Séance 6 : MBRP : Voir les pensées comme les pensées

6.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Réduire le degré d'**identification avec nos pensées** et reconnaître que nous ne sommes pas obligés de faire ce qu'elles nous disent, ni d'essayer de les contrôler ;
- 2) Discuter du **cycle de la rechute** et du rôle des pensées dans le maintien de ce cycle.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Méditation assise : les pensées ;
- Espace de respiration SOBER ;
- Fiche de travail sur le cycle de la rechute.



6.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Cette séance a été réalisée plus tôt (séance 3) dans notre programme TAC. Le processus de rumination mentale a été identifié comme central dans le maintien d'un grand nombre de psychopathologies, il est important d'expliquer ce processus et de donner les moyens au patient de le gérer, sans quoi il peut les empêcher de prendre part aux exercices de méditation de façon constructive. La méditation assise des pensées (sans être précédée d'un focus sur la respiration ou les sensations physiques) est adaptée si le thérapeute a permis à l'organisme du patient de collecter suffisamment d'informations sur le fait que l'environnement soit sécuritaire. Apprendre à gérer les ruminations est très utile pour diminuer la détresse des patients et leur permettre d'accéder progressivement à leurs sensations et émotions.

6.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique » *Compétence de gestion émotionnelle des parties de la personnalité*

- a) Gérer la colère ;
- b) Gérer l'angoisse ;
- c) Gérer la honte et la culpabilité ;
- d) Gérer les besoins des parties enfants ;
- e) Gérer les tendances autodestructrices ;
- f) Améliorer la prise de décision.

Exemples d'exercices et d'activités :

Beaucoup de fiches de travail demandent une certaine capacité à réfléchir, à se concentrer et à l'introspection. Gérer les besoins de la partie enfant est travaillé mais sans faire référence directement à un travail sur des parties de personnalité.



**Eléments apportés
Intervention TAC**
Gérer les affects intenses.
Discussion à propos des
tendances autodestructrices
et leurs liens avec la
dissociation. Gérer les
besoins de réconfort et
d'apaisement.

SOBER avec la respiration peut laisser le patient dans ce sentiment de flottement et de déréalisation. Dans ce type de situation, la réflexion n'est alors pas possible et SOBER est inefficace. Nous avons ajouté des alternatives qui permettent au patient de gérer la dissociation. Ex. : **Stop**, **O**bserver en pleine conscience ce qui se passe au niveau des systèmes émotionnels, en particulier FEAR et RAGE avec leur niveau de dysrégulation ; **B**aser sur la respiration/ alternative proposée : ancrage (sensori-moteur), bouger les jambes (marcher, bouger sa tête pour obtenir plus d'informations sur l'environnement si FEAR actif) (boire un verre d'eau, plaquer le dos contre un mur, ancrer les pieds au sol, faire des étirements, sentir sa force dans les bras et les jambes) ; **E**largir : observer à nouveau la situation avec le corps présent, et plus d'informations, observer si on se sent revenu dans sa fenêtre de tolérance ; **R**éfléchir avant d'agir : alternative proposée : se mettre au défi de répondre au signal de danger déclenché par son corps: se féliciter d'avoir eu le courage de gérer la dysrégulation, prendre le temps de faire quelque chose pour soi qui est agréable comme s'envelopper dans un plaid doux, manger quelque chose qui nous plaît, faire une activité qui nous apaise et nous est agréable, etc.

Les points a-b-c du programme de gestion de la dissociation sont vastes et sont disséminés tout au long du programme et notamment dans les mises en situation avec les chevaux.

Séance 7 : MBRP : Prendre soin de soi et style de vie équilibré

7.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Discuter de l'importance d'un **style de vie équilibré** et de **prendre soin de soi** afin de réduire la vulnérabilité face à la rechute ;
- 2) Discuter de la **pratique régulière de la Pleine Conscience** comme un moyen de garder l'équilibre.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Méditation de la bienveillance ;
- Revue de la pratique ;
- Fiche d'enregistrement des activités quotidiennes ;
- Où commence la rechute ? ;
- Espace de respiration SOBER ;
- Carte de rappel du plan d'urgence.

Eléments conservés Intervention TAC

Notion de bienveillance.
Discussion à propos des faux pas et de la rechute, à qui faire appel ? sur quelles ressources s'appuyer ?

7.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Pour les personnes TSPT, la Pleine Conscience en autonomie n'est pas facilement vectrice d'équilibre, au contraire elle peut être exposante aux mémoires traumatiques et engendrer une dysrégulation durable. La méditation de la bienveillance a été difficile pour beaucoup de patients, notamment avec l'activation du système d'attachement (PANIC), la résurgence de l'angoisse, de la honte et de la culpabilité. Cette méditation s'est faite à un niveau plus avancé de notre programme TAC sur la demande des patients uniquement.

7.3. Apport du programme « Gérer la dissociation traumatique »

Améliorer la relation aux autres

- a) Gérer la peur de s'attacher et de perdre l'attachement ;
- b) Résoudre les conflits au sein des relations ;
- c) Gérer la solitude ;
- d) Apprendre à s'affirmer ;
- e) Poser des limites saines.

Eléments apportés Intervention TAC

Gérer la peur d'attachement et de la perte d'attachement. Acquisition de compétences de gestion de conflits, et d'ajustement émotionnel dans la relation à l'autre.

Gérer les moments de solitude. Psychoéducation sur les limites interpersonnelles ; Compétences d'affirmation de soi ; Apprendre à poser et à tenir des limites saines.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Découvrir les possibilités d'entente dans la sphère relationnelle.
- Feuille de travail : réfléchir sur les relations sûres et dangereuses actuelles, trouver un équilibre entre « autorégulation » et « régulation émotionnelle » dans la régulation des émotions.

- Fiche : utiliser des compétences pour résoudre les conflits au sein des amitiés et des autres relations.
- Réfléchir à l'isolement et à la solitude ;
- Reconnaître les conflits internes faisant obstacle à l'affirmation de soi, utiliser ses compétences pour s'affirmer en regardant une situation rétrospectivement, se préparer à s'affirmer dans une situation future.
- Identifier ses limites personnelles, connaître son espace et ses niveaux de proximité et de distance personnelle, se préparer à poser des limites dans une situation à venir.

Nous avons discuté de la manière de pratiquer en autonomie la pleine conscience de façon à ne pas induire d'effets « négatifs » par la pratique. Ex : pratiquer debout ou assis, en mouvement, s'arrêter si on sent que l'activation des systèmes défensifs se produit. Aller dans un lieu ouvert, si les lieux fermés sont déclenchants. Pratiquer avec un animal ou une personne de son entourage si le système d'attachement PANIC s'active. Nos observations nous ont permis de comprendre que pour travailler la bienveillance, il est utile de stabiliser le système PANIC du patient, puis de travailler l'activation de CARE envers quelqu'un, comme le cheval, pour qu'ensuite le patient tente des gestes bienveillants envers lui-même. La mise en mots se fait encore plus tard afin de ne pas stimuler des Schémas précoces inadaptés associés à la honte, la culpabilité, la punition et l'abandon.

Etant donné que les difficultés dans les relations interpersonnelles ont été identifiées comme l'une des principales causes de rechute, et que cette dimension est très douloureuse chez les patients TSPT, nous avons intégré ces éléments dès le début du programme TAC et tout du long. L'ensemble des éléments « Améliorer sa relation aux autres » proposés dans le programme de « Gérer la dissociation traumatique » gagnerait à être intégré au programme MBRP. Cependant, les exercices proposés dans le manuel concernant des projections rétrospectives ou dans le futur, sont difficiles à faire pour ces patients. Le point a) est compliqué à travailler en groupe, mais nous avons essayé de l'approcher via le travail avec les chevaux. De façon générale, nous avons opté pour une pratique expérientielle des éléments du programme, au contact des chevaux, durant les temps d'échanges en groupe et lors des interactions patient-thérapeute.

Séance 8 : MBRP : Soutien social et poursuite de la pratique

8.1. Objectifs principaux du programme

- 1) Mettre en évidence l'importance des **réseaux de soutien** comme un moyen de réduire les risques de rechute et de maintenir le rétablissement.

Exemples d'exercices et d'activités :

- Body scan ;
- Méditation de conclusion.

8.2. Eléments porteurs de difficultés pour les patients *Retirés/adaptés*

Après que plusieurs patients nous ont expliqué être totalement isolés et seuls (SDF, migrants, rescapés, etc.) nous avons introduit différemment l'importance du soutien social. De plus, les difficultés des patients à entrer en relation avec les autres rend difficile pour eux l'application de ce conseil. Au niveau de l'institution, des groupes d'entraide sont présentés durant le séjour des patients. Le groupe étant ouvert

nous n'avons pas fait de séance de méditation de conclusion spécifiquement, mais lorsque c'était la dernière séance d'un patient une phrase lui était adressée dans la méditation et il avait la priorité pour le choix du cheval. Le thérapeute offrait également une photo souvenir au patient.

Synthèse du document

A l'inverse du programme MBRP, pour les patients TSPT-TUS, nous préconisons en première intention la Pleine Conscience en mouvement, puis l'introduction de la méditation assise et enfin la pratique du body scan allongé. Le Body Scan peut facilement mettre en difficulté des patients qui présentent des symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs. Praticué trop tôt, et sans ajustement, il peut créer un évitement massif pour la pratique de la méditation, même assise. En revanche, nous avons observé que les méditations sur les cinq sens ou les mouvements en pleine conscience sont propices à la gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique. Ils permettent d'apaiser les systèmes défensifs du patient et l'émergence de sensations hédoniques.

Les éléments de prévention de la rechute sont intéressants, mais ils ne sont pas assez spécifiques au TSPT-TUS, et demandent des capacités réflexives voir métaréflexives qui dépassent souvent celles des patients que nous avons rencontrés. Nous estimons que ces éléments gagneraient à porter sur des éléments sensori-moteurs plutôt que de se centrer majoritairement sur les cognitions. Enfin, de façon générale, nous pensons que le programme MBRP ne s'intéresse pas assez à la dimension interpersonnelle qui est un facteur de risque majeur de la rechute. L'intégration de réflexions à propos de la gestion des conflits et des relations et l'apprentissage de compétences relationnelles nous paraissent essentielles pour travailler sur la prévention de la rechute.

Cas clinique Emilie

Emilie est âgée de 30 ans, et a été victime d'inceste paternel durant son enfance et une partie de son adolescence, cependant elle n'en a que peu de souvenirs concrets (mémoire émotionnelle implicite). Elle s'alcoolise depuis l'âge de 11 ans, jusqu'à se sentir totalement anesthésiée afin de ne plus ressentir son mal-être. Dans la relation aux autres, elle a tendance à se soumettre et a subi à plusieurs reprises des violences conjugales lorsqu'elle s'est mise en couple avec des hommes.

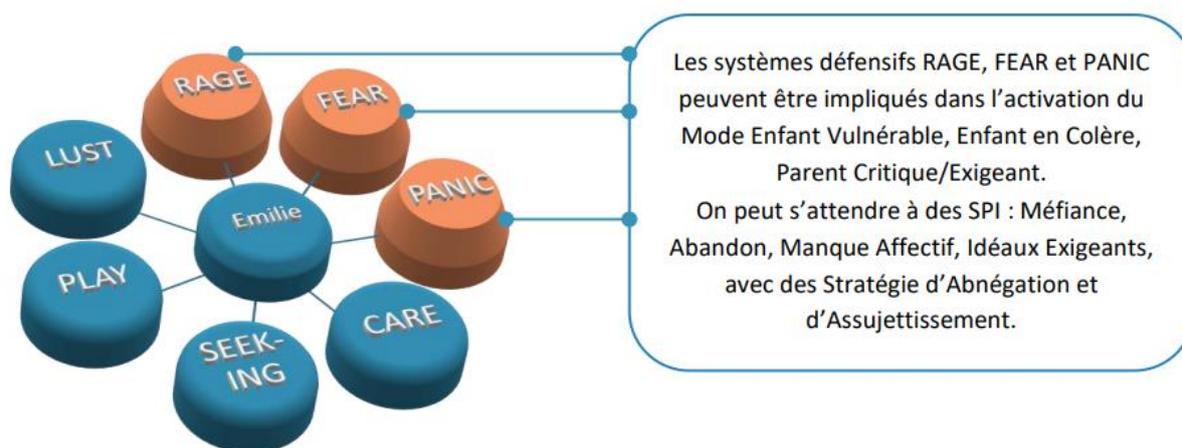


Figure 7.1 Modélisation des systèmes défensifs d'Emilie

Les systèmes de défenses, illustrés sur la figure 7.1, sont suractivés en permanence, rendant sa perception de l'environnement plus hostile et dangereux. Le système d'attachement donne le sentiment à la patiente d'être seule et vulnérable. Les systèmes défensifs inhibent le système d'engagement social. Il est important de noter qu'un individu dont les systèmes défensifs sont actifs, n'est pas synonyme d'une personne qui a la conviction de pouvoir se protéger et se défendre. Au contraire, l'activation excessive de ces systèmes est le témoin que l'organisme se sent perpétuellement en danger. Il a donc la perception d'être isolé et vulnérable.

Le programme TAC ne reprenant qu'aux beaux jours, Emilie avait déjà effectué six semaines au CSSRA et avait débuté un suivi de thérapie classique avec la psychologue du centre, avant de commencer les séances TAC. Elle venait également d'intégrer l'atelier éducatif « Cheval » le matin. Elle apprécie beaucoup de réaliser les soins aux chevaux, les nourrir, nettoyer leur box et les panser et exprime que leur présence l'apaise beaucoup. Au cours de l'entretien d'admission au programme TAC, Emilie décrit avoir des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) de vérification, au niveau de son hygiène corporelle et il lui arrive de devoir compter jusqu'à cent dans sa tête avant de se décider à faire une action. Au niveau alimentaire, elle décrit avoir eu des crises de boulimie, stabilisées ces derniers temps. Dans le domaine de la sexualité, elle ressent un engourdissement dans tout le corps durant les rapports sexuels et ne ressent aucune sensation au niveau du bassin et de l'appareil génital. Elle a le sentiment que son corps ne lui appartient pas. Enfin, elle se sent constamment en hypervigilance et peut se montrer rapidement agressive envers les hommes.

Durant les premières séances de TAC, elle exprime avoir moins de TOC et s'étonne même d'accepter d'avoir autant de saletés sur les mains, sans les laver avant plusieurs heures. Elle dit apprécier l'odeur rassurante et réconfortante des chevaux.

Après avoir caressé longuement plusieurs des chevaux, Emilie accepte de réaliser la méditation assise de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du toucher.

Elle prend encore le temps de regarder les chevaux, avant de fermer ses yeux. Les entendre autour d'elle lui permet pour la première fois de lâcher prise et de se détendre. Elle exprimera durant le temps de partage : « *A ce moment, c'est comme s'ils veillaient sur moi, je savais qu'on était ensemble* ».

Puis vient le moment de centrer son attention sur l'odorat, voir si l'on peut sentir une odeur dans l'environnement. Le thérapeute tend un bouton d'or aux patients, afin qu'ils puissent faire l'expérience de sentir quelque chose de plus précis. Emilie exprimera encore : « *A ce moment-là mes sens étaient comme décuplés, j'ai réellement senti l'odeur de cette fleur, cette fleur ça fait des années que j'en vois par terre, mais je pensais qu'elle ne sentait rien, mais en fait si elle sent même très bon, c'est incroyable* ». Puis vient le moment de toucher, ressentir le toucher, poser ses mains sur la couverture sur laquelle on est assis, on peut ensuite laisser aller sa main à toucher l'herbe qui se trouve juste devant soi, pincer un brin d'herbe avec ses doigts, ou faire aller sa main doucement dans les brins d'herbe comme une caresse. « *A ce moment, j'ai eu le déclic, je me suis revue moi petite fille, mais pas comme d'habitude la petite fille triste, seule et sale. Non c'était moi qui courais dans l'herbe, je venais de cueillir une pâquerette, je la trouvais si belle, j'étais innocente, j'étais heureuse* ».

Méditation des sens :

Durant cette méditation, on commence par prendre conscience que l'on est assis sur le coussin, en ressentant le poids de son corps sur le sol. Puis il est proposé aux patients de regarder le paysage, ils peuvent observer les chevaux qui broutent devant eux, les arbres qui les entourent ou encore les nuages s'ils préfèrent s'allonger. Ensuite, il leur est demandé de fermer les yeux, si cela est confortable pour eux, et d'écouter le chant des oiseaux, le vent et le bruissement des feuilles des arbres, les sons qu'on entend au loin, les discrets bruits des chevaux qui marchent, fouaillent de la queue. Entendre tous ces sons est souvent très apaisant pour les patients.



Les systèmes d'attachement et de défenses sont en veille, permettant à Emilie d'activer son système d'engagement social.

Elle s'autorise à prendre un temps pour elle en méditant et parvient à explorer son environnement, ses ressentis et ses pensées (SEEKING). Elle ressent de la joie (PLAY), de la compassion (CARE) pour la petite fille qu'elle était. Elle partage son expérience avec le thérapeute et le groupe de patient. Cela lui procure un sentiment de fierté (restauration du système RAGE).

Figure 7.2 Modélisation de l'activation des systèmes émotionnels prosociaux d'Emilie au cours de la thérapie

On voit comment ici la présence du cheval agit en synergie avec la méditation proposée (cf. figure 7.2), permettant à Emilie de pouvoir totalement entrer en pleine conscience, si bien qu'elle se connecte

avec une partie d'elle-même que sa mémoire avait totalement reléguée. Des souvenirs d'elle-même enfant, qui malgré tous les sévices qu'elle subissait, ne l'empêchait pas de rire et de s'émerveiller devant des choses si simples. Elle se découvrait une force insoupçonnée : « *Cette image de moi enfant me restera gravée en mémoire* ».

Au cours de la semaine suivante, Emilie avait pu parler en thérapie individuelle de cette image d'elle enfant, qui était devenue une véritable ressource pour elle. Elle s'autorisait à y penser souvent au cours de la journée et cela lui donnait immédiatement le sourire et le sentiment d'être un peu plus complète et bien avec elle-même.

A la séance suivante de TAC, Emilie accepta de faire la méditation du body scan, sans ressentir de résistance dans son corps. Elle s'allongea sur la couverture avec les autres patients, avec qui elle ressentait beaucoup moins le besoin de se défendre. Elle les percevait comme plus agréables et ne se méfiait plus autant d'une mauvaise intention qu'ils pourraient avoir à son encontre. Elle ferma ses yeux et son corps ne semblait pas crispé, simplement ses bras et jambes bougeaient un peu au moment où le thérapeute proposait de centrer l'attention à cet endroit.

Au moment du partage, là encore Emilie eut une révélation :

Emilie : « c'est mon corps...

Thérapeute : oui... c'est votre corps.

- J'ai tout senti, même dans mon ventre et dans mon bassin, c'est... J'ai même senti mes racines de cheveux sur ma tête, ça m'a pris une forte sensation dans tout le cuir chevelu.

- C'était intense comme sensation ?

- Oui et même j'ai fermé les yeux mais je ne dormais pas, j'ai tout entendu de ce que vous disiez, « prenez conscience du bras » et ben j'étais dans le bras, et j'ai bougé mes doigts exprès pour encore plus les sentir.

- Ok c'est vraiment super que vous ayez pu ressentir tout votre corps.

- Oui c'est la première fois que je ressens ça, à la fin vous avez dit de respirer à travers tout le corps en entier, j'avais l'impression que ma respiration allait partout, mais comme un souffle de vie vous voyez ?

- Vous prenez conscience que vous êtes en vie ?

- Oui c'est ça je suis en vie... et je me suis revue petite fille aussi pendant la méditation. J'ai repensé à moi petite quand j'étais heureuse...

- Ok...

- Et ben maintenant je suis adulte, mais je le ressens dans mon corps qu'il a changé.

- Et c'est comment de ressentir tout ça ?

- C'est bien, c'est très bouleversant mais ça me rend heureuse de me ressentir comme ça.

La séance suivante, Emilie arrive face à la thérapeute et lui demande, « Vous remarquez quelque chose ?

- Vos cheveux peut-être non ? Vous êtes très belle comme ça ! *Emilie avait laissé ses cheveux onduler, sans les lisser comme à son habitude.*

-Merci ! c'est la première fois depuis que je suis adolescente que je laisse mes cheveux onduler naturellement. D'habitude je prends une heure chaque matin à les lisser, à les discipliner, pour soi-

disant être plus belle, mais c'est fini ça, je suis très bien comme je suis, et je vais arrêter de les colorer aussi et garder ma teinte naturelle ».

Après le temps de méditation de la respiration, Emilie prend la parole : « Cette méditation m'a fait encore une fois beaucoup de bien, je me sens apaisée, et je voudrai dire aussi qu'au fil des séances je me sens de mieux en mieux, et même au niveau de mon statut de femme, nous les femmes ont a le droit aussi d'être telles que nous sommes sans avoir besoin de se maquiller et de se lisser les cheveux pendant des heures et on est belle quand même ».

Cette réflexion permet aux autres femmes présentes de prendre la parole à ce sujet, mais pas seulement, les hommes eux aussi prirent part au fait de pouvoir s'accepter tel que l'on est. On voit ici comment Emilie reprend possession de son corps et de son apparence pour finalement redéfinir son identité, et l'actualiser aussi. Elle ressent d'abord son corps dans l'ici et maintenant puis retrouve des images d'elle dans le passé, pour finir par exprimer ce qu'elle souhaite pour elle-même dans le futur et surtout ce qu'elle ne veut plus. Des liens continuent de se tisser entre les séances à partir de son ressenti actuel et cette image d'elle-même enfant. En revenant en séance, elle exprime avoir envie de changer, à commencer par cette habitude prise dans son adolescence de se lisser les cheveux, qu'elle n'avait depuis plus jamais remise en question. Enfin, elle se réapproprie son corps et défend sa condition de femme, sa colère est mise à profit comme une force pour se reconstruire, se protéger et aller de l'avant.

Le tableau 7.1 présente les résultats aux auto-questionnaires de bien-être, de symptômes post-traumatiques et dissociatifs à l'entrée en séjour T1, puis après 6 semaines de soins usuels (T2), puis après 6 semaines de participations aux soins usuels et au programme TAC (T3).

Tableau 7.1 Récapitulatif de l'évolution d'Emilie au cours d'un séjour de 13 semaines en CSSRA

Variables psychologiques	Echelle	Interprétation des scores	Scores T1	Scores T2	Score T3
Bien-être	WHO-5	Score inférieur à 50 = recherche d'un trouble dépressif.	32	44	64
TSPT	PCL-5	Score cut-off de 33 = recherche d'un Trouble de Stress Post-traumatique	56	38	16
Dissociation	DES	Score cut-off de 25 = recherche d'un trouble dissociatif.	13,2	21,4	5
SPI activés	YSQ-S3	Score Schémas Précoces Inadaptés activés >30 activation marquée des SPI, entre 20 et 30 activation modérée	28,1	12,4	3,4

A l'entrée en séjour, on observe un faible niveau de bien-être subjectif, un score élevé des symptômes de stress post-traumatique, un score faible de dissociation, et un score élevé d'activation des Schémas précoces inadaptés. Après six semaines de traitement Soins Usuels au CSSRA, le score de bien-être psychologique augmente mais se situe en dessous de 50. Concernant l'évolution du TSPT, on voit que le score diminue entre T1 et T2, mais il se situe encore au-dessus du seuil diagnostique fixé à 33. Le score de dissociation augmente, notamment les symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation. Après six semaines du programme TAC en plus du traitement Soins Usuels au CSSRA, on observe un

bon niveau de bien-être psychologique. Le score de symptômes de stress post-traumatique a largement diminué, passant en dessous du score seuil diagnostique du TSPT. Les symptômes dissociatifs rapportés sont inexistantes. Le score d'activation des Schémas précoces inadapté relatif est proche de 0.

Cet exemple nous montre comment la simple présence du cheval permet de faciliter l'accès à la pleine conscience. Comme nous l'avons vu sur les figures 7.1 et 7.2, le thérapeute cherche à baisser l'activation du système sympathique vers l'activation de la branche ventrale du système parasympathique. Pour Winnicott (1971), un bon thérapeute doit servir comme un havre de sécurité et une base sûre pour que le patient puisse explorer et réfléchir sur ses mémoires et expériences douloureuses. L'objectif du thérapeute est donc d'apaiser le système d'attachement PANIC du patient ainsi que les systèmes défensifs RAGE et FEAR, afin de lui permettre d'activer son système d'exploration SEEKING, pour faire de nouvelles expériences positives qui viennent peu à peu contrebalancer ses croyances négatives sur les autres et le monde. Cette vignette clinique illustre comment l'environnement et la présence des chevaux permettent à la patiente de se sentir dans une sécurité tant physique qu'affective. Les chevaux facilitent le travail du thérapeute en lui permettant d'amener sereinement la patiente vers la pratique de la Pleine Conscience et d'en retirer de grands bénéfices pour sa reconstruction personnelle.

8. Le programme TSPT-TUS intégré de Thérapie Assistée par le Cheval

The feeling of safety IS the treatment (Porges, 2017).

L'application de la Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) pour le TSPT-TUS a pour objet le traitement des traumatismes et des troubles de l'usage de substances et peut être utilisée seule ou en complément à d'autres formes de psychothérapie plus traditionnelles. Dans ce contexte, l'intervention TAC intègre à la fois des éléments de prévention de la rechute et trois composantes ciblant les domaines particulièrement touchés par l'exposition au traumatisme :1) la sécurité, 2) l'attachement et 3) la régulation émotionnelle.

La sécurité est un élément essentiel dans le traitement des traumatismes complexes et certains auteurs soutiennent que le traitement de cette population peut même être nuisible si la sécurité n'est pas abordée dès le début (Courtois, 2004; Pearlman & Courtois, 2005). C'est pourquoi, la création d'un environnement sécurisant, prévisible et cohérent, fait partie intégrante des interventions pour le traitement conjoint du TSPT-TUS. Par exemple, le programme « Seeking Safety » développé par Najavits (2002) est axé quasi exclusivement sur le développement d'un sentiment de sécurité et la stabilisation émotionnelle, en plus de l'apport d'éléments de prévention de la rechute.

I. La sécurité de base

Rencontre avec les chevaux et le thérapeute, découverte de la pleine conscience.

Voir annexe 1 pour une présentation des chevaux de thérapie et annexe 2 le formulaire d'autorisation et d'enregistrement vidéo et audio et de photographie.

OBJECTIFS CLES :

- Développer une sécurité de base : apprendre les règles de sécurité élémentaires avec les chevaux ;
- Introduire la pleine conscience ;
- Développer un sentiment de sécurité intérieure ;
- Apprendre à être présent ;
- Trouver des ancrages.

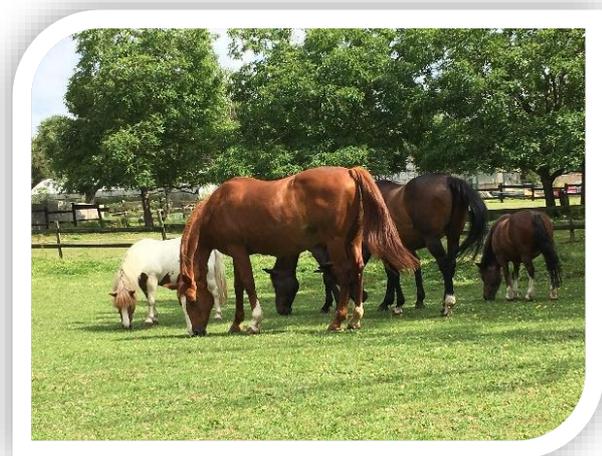
Pratique de la pleine conscience :

Psychoéducation : le stress et le pilote automatique

Organisation de l'expérience : Méditation conscience des sons, Méditation conscience de la vue.

Pratique avec les chevaux :

- Observer le comportement des chevaux et la dynamique du troupeau ;
- Aller à la rencontre des chevaux en pleine conscience ;
- La Méditation du cheval.



L'observation des chevaux en liberté offre l'opportunité aux patients de voir la façon dont les chevaux vivent leurs relations, de développer une réflexion sur les intentions et actions des autres et de comprendre la façon dont ils gèrent leurs affinités et conflits.



La phase de 1 de sécurité et de stabilisation est le fondement sur lequel est construit l'intervention et sert de base à tout le travail de la TAC pour le TSPT-TUS. La sécurité fait référence à un sentiment partagé de sécurité relationnelle entre le patient, le thérapeute et les chevaux. Pour favoriser l'engagement dans le traitement, nous donnons aux patients des éléments de compréhension des interactions entre les chevaux, sur la base des données scientifiques actuelles en éthologie équine. Les interactions patient-cheval ont été interprétées sur la base de nos connaissances en psychologie, neurosciences, et éthologie et à l'origine de la création du modèle présenté dans le chapitre 6 (cf. Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal).

Le cadre fixé de la thérapie est expliqué lors de la première séance aux patients et comprend les règles de base (la confidentialité, la non-violence etc.). La sécurité est renforcée par une introduction complète à l'apprentissage des règles de base de sécurité et par des interactions sûres et correctes avec le cheval et les équipements fournis.

Nous avons intégré des routines et rituels, les séances commencent toujours par le salut au cheval, puis nous allons chercher les

Défi 0 cigarette

Un challenge est fixé par le thérapeute : « Ne pas fumer de cigarette durant les deux heures de la séance », pour toute la durée du programme. Certains patients trouvent ce défi particulièrement difficile à relever. Mais il a été très rare qu'il ne soit pas tenu.

L'idée étant de travailler sur la notion de manque, sur les pensées qui émergeraient en lien avec la cigarette. Le fait de travailler sur un produit actuellement consommé permet de se centrer sur les sensations, affects et cognitions associés au manque et à l'envie d'une manière moins exposante pour le patient. Les stratégies adoptées peuvent ensuite être transposées pour la gestion des faux-pas ou l'arrêt des autres substances. Certains patients ont également entrepris l'arrêt du tabac.

coussins et les couvertures pour méditer. Le groupe échange sur les difficultés et succès de la semaine précédente, puis le thème de la séance est introduit. Les participants ont ensuite le choix entre plusieurs méditations et choisissent ensemble celle qu'ils souhaitent expérimenter. Le thérapeute les invite à expliquer leur choix. Les patients cherchent également en groupe le lieu où ils souhaitent méditer dans le parc. Ils sont amenés à expliquer en quoi tel lieu est jugé sûr et un autre lieu jugé plus insûr. La pratique de la méditation est toujours suivie d'un temps d'échange où les participants sont invités à exprimer leur vécu et ressentis en lien avec la pratique. Le thérapeute propose aux participants de réaliser de légers étirements et de boire un peu d'eau. Il propose ensuite différentes options d'exercices avec les chevaux. Les patients choisissent ce qu'ils souhaitent faire et les chevaux sont répartis en fonction des affinités des patients mais aussi de l'appréciation du thérapeute. Une fois l'exercice terminé avec les chevaux, les patients retirent le licol de leur cheval tous ensemble et le thérapeute leur distribue des carottes à donner aux chevaux en guise de remerciements. Les participants sont invités à saluer les chevaux et à ranger le matériel utilisé, la séance est terminée.

La Méditation du Cheval

Exercice du « Grain de raisin » pratiqué avec le cheval

- 1) Approchez votre cheval et regardez-le attentivement.
- 2) Regardez-le comme si vous n'aviez jamais rien vu de tel auparavant. Tournez autour de lui, observez-le attentivement.
- 3) Examinez les différents reliefs, les contrastes de lumière sur le cheval, son comportement.
- 4) Si des pensées telles que « quel est le but de ceci ? », « c'est vraiment étrange ce que nous faisons » vous viennent à l'esprit, notez-les simplement comme des pensées et ramenez votre conscience sur votre cheval.
- 5) À présent, prenez contact avec votre cheval, en posant votre main sur son épaule et observez la réaction de votre cheval suite à cela.
- 6) Caressez lentement le dos de votre cheval, voyez votre bras qui sait exactement où aller. Notez les pensées qui vous viennent. Par exemple, des envies d'aller plus vite ou de faire plus. Notez-les simplement et poursuivez votre action tranquillement.
- 7) À présent, passez votre main sur l'ensemble de votre cheval, son cou, sa crinière, son épaule, le bas de sa jambe, le sabot, remontez ensuite vers le haut de son dos, parcourez-le sur toute la longueur, puis passez votre main sur son ventre, ses cuisses, la queue, le bas de la jambe, le sabot, et recommencez de l'autre côté du cheval. Soyez attentif à ses réactions.
- 8) Poursuivez en caressant la tête du cheval tranquillement, en vous ajustant à ses réactions.
- 9) Approchez-vous du cheval, et sentez-le, et notez bien son odeur à chaque respiration sans juger si cela sent bon ou mauvais. Notez simplement son odeur.
- 10) À présent, observez ce que votre cheval fait. S'il mange, regardez la façon dont il sélectionne les brins d'herbe avant de les arracher. Écoutez le bruit des dents de votre cheval qui broient l'herbe. Puis soyez attentif au trajet de l'herbe qui va aller jusqu'à l'estomac du cheval. Peut-être pouvez-vous la voir passer dans son cou. Imaginez cette quantité d'herbe s'ajouter à son estomac.

11) Votre cheval chasse peut-être aussi des insectes. Observez sa manière de faire, sa sensibilité à l'insecte qui se pose sur lui, le fouaillement de sa queue...

12) Enfin, observez la respiration de votre cheval, l'air qui entre dans ses naseaux, son ventre qui gonfle, puis se dégonfle, en expirant l'air des poumons. Regardez aussi si l'attitude de votre cheval correspond au rythme de sa respiration. Prenez le temps d'observer votre respiration à vous aussi, l'air qui entre dans vos poumons, puis qui ressort.

13) Si vous le désirez, vous pouvez aller poser votre tête sur le ventre de votre cheval, votre corps contre le sien, laissez-vous porter par sa respiration. Sentez votre visage, votre corps qui monte et qui descend lentement. Vous pouvez fermer les yeux si vous le souhaitez. Profitez de ce moment pour vous reposer un peu tranquillement. Mais restez attentif aux mouvements de votre cheval pour vous y adapter.



Patients réalisant la méditation du cheval

1.1. Travailler en Pleine Conscience avec des personnes ayant des troubles de stress post-traumatique et des symptômes dissociatifs

Les personnes ayant des symptômes dissociatifs n'arrivent pas toujours à lier de façon adéquate leurs actions avec un sentiment d'identité, ils éprouvent des symptômes de dépersonnalisation. Par exemple, une patiente ayant le sentiment que son corps ne lui appartient pas avait l'impression qu'il s'agissait du corps ou d'une partie de corps de quelqu'un d'autre. Certains patients décrivent des actions ou comportements qu'ils ne reconnaissent pas comme faisant partie d'eux.

Dans le cas de la dissociation d'origine traumatique, des stimuli particuliers, autrefois neutres pour eux, ont été associés avec des stimuli inconditionnels. Les personnes ayant un TSPT sont anormalement attentives (et anormalement réactives, plus généralement) aux stimuli conditionnels de danger (Izquierdo et al., 2004). Un thérapeute averti peut prendre plusieurs précautions pour accompagner ces patients en méditation. Et de manière générale nous suggérons que ces précautions devraient toujours être appliquées, puisqu'en somme, il est fréquent d'être confronté à des individus dits « tout venant » qui fonctionnent en réalité de manière dissociée ou présentent des symptômes traumatiques.

1.1.1. Précautions relatives à l'environnement

Permettre à l'organisme (notamment la neuroception du système nerveux autonome) de percevoir qu'il n'y a pas de danger. Le fait de méditer dans un environnement extérieur permet de désactiver les états dissociés qui s'activent dans des pièces fermées notamment quand la personne est allongée et a les yeux fermés. Bon nombre de personnes ayant un trauma complexe ont fait l'expérience de maltraitance dans des pièces fermées, ont pu être séquestrées ou restreintes dans leur liberté de mouvement.

Permettre aux patients d'**observer l'environnement** et de s'assurer que tout est OK, par des phrases telles que : « *Les alentours sont bien dégagés autour de nous, on peut voir tout ce qui se passe autour de nous, mais aussi des côtés et même plus loin, qu'en dites-vous ?* », « *Les chevaux sont bien paisibles et broutent autour de nous, ils nous préviendront du moindre danger* » ...

Le thérapeute définit un **cercle de sécurité physique** autour du groupe de patients qui méditent :

« *Pendant que vous aurez les yeux fermés, je garderai les yeux ouverts et veillerai sur vous, je m'occupe des chevaux qui sont autour de vous, vous pourrez peut-être les entendre qui vont et viennent, mais ils ne pourront pas s'approcher de vous à plus de 3 mètres, pour cela je me lèverai parfois, pendant que vous méditez, et marcherai autour de vous de manière à bien définir un périmètre de sécurité à respecter pour eux* ».

Tenir compte des parties dissociées qui ont des **besoins d'attachement** :

« *Même si vous ne me voyez pas, je suis toujours là, vous pouvez entendre ma voix, vous pouvez entendre que je suis présente* » ; « *C'est amusant de noter que les chevaux sont toujours près de nous, même lorsque nous méditons* ».

Encourager la personne à faire **des actions** qui tiennent compte de ses peurs et à la rassurer :

« *N'hésitez pas si vous en ressentez le besoin de rouvrir vos yeux pour observer (les chevaux) un instant/ pour observer l'environnement* », « *N'hésitez pas à vous lever si vous en ressentez le besoin et à marcher un peu dans le parc* ».

Il est nécessaire que ces **actions** soient **implémentées** préalablement par le thérapeute, car des affects de honte pourraient dissuader les patients de les réaliser :

« *Se lever durant la méditation ressemble à ça (le thérapeute se lève, fait quelques étirements), vous voyez les autres personnes continuent de méditer, souvent elles gardent les yeux fermés ou fixent un point devant eux. Cela n'est pas dérangeant pour le reste du groupe. Les chevaux sont tout près de nous, vous ne serez pas seul.* »

Encourager les actions qui visent à réguler les états émotionnels hyper ou hypo activés, en autorisant la personne à changer un paramètre :

« *Durant la méditation, si vous en ressentez le besoin, vous pouvez changer de position, ou même vous lever. À tout moment si vous ressentez un inconfort trop important vous pouvez stopper l'exercice, et faire une pause pour juste observer autour de vous, ou aller caresser un instant un cheval de votre choix* » ; « *Si je vous propose de centrer votre attention sur la respiration mais que cela n'est pas confortable pour vous, autorisez-vous à faire différemment* ».

II. Apprendre à réguler ses émotions

Régulation interactive et autonome

Capacité à se réguler, à gérer les actions mentales, à gérer les affects et pulsions.

OBJECTIF CLES :

- Observer les émotions ;
- Connaitre la fenêtre de tolérance : régulation psychophysologique : gestion hyper-hypoactivation ;
- Gérer l'énergie et compétences de gestion du stress ;
- Développer la capacité à se détendre et à s'apaiser ;
- Apprendre à tolérer la solitude ;
- (*Gérer les besoins des parties enfants*).

Pratique de la pleine conscience :

Psychoéducation : les systèmes émotionnels défensifs versus. prosociaux

- Renforcement des ancrages (orientés gestion de la dissociation) ;
- Méditation des 5 sens : vue, ouïe, odorat, toucher, (goût) ;
- Exercices de réduction du stress (cohérence cardiaque).

Pratique avec les chevaux :

- Marcher en pleine conscience dans le parc avec les chevaux en liberté ;
- Chercher des analogies entre les chevaux et les humains ;
- Caresser le cheval de son choix sur tout le corps.

Pour qu'une bonne organisation de l'expérience soit possible, il est nécessaire que le patient prenne conscience des cinq organisateurs centraux que sont les cognitions, les émotions, le mouvement, la perception sensorielle et les sensations physiques. En ce sens, la méditation des cinq sens est particulièrement intéressante. Être plus à l'écoute des sens, permet au processus de neuroception d'obtenir des informations du présent qui vont permettre au SNA de déterminer si l'organisme est en danger ou en sécurité. Les personnes souffrant de TSPT souffrent de reviviscences et portent leur attention de façon accrue sur les indices qui sont liés à l'événement traumatique. Par exemple, si l'homme qui a abusé d'elle portait une barbe, l'attention de la patiente va se focaliser sur la recherche d'une barbe chez les hommes qui l'entourent. Le stimulus « homme portant une barbe » va agir comme élément déclencheur des souvenirs traumatiques, souvent avec une activation neurophysiologique importante.

Ainsi pour réduire l'attention d'une personne souffrant de TSPT, il est très utile de lui faire parvenir de multiples indices « primaires » qui indiquent un environnement sécurisé. La pleine conscience est ici la clé qui permet aux patients de devenir de plus en plus conscients de leur expérience. Les facultés cognitives du patient sont mises au service de l'étude de l'organisation de l'expérience, surtout le vécu sensorimoteur. L'idée est de développer ses facultés métacognitives, avec un moi observateur qui étudie l'organisation de l'expérience. Lorsque de nombreux indices de sécurité sont captés par la neuroception du SNA⁹, le patient demeure sécurisé. L'étude de chaque organisateur central séparément est utile (ex : méditation conscience des sons, méditation conscience de la vue), et permet ensuite de les lier peu à peu (ex : méditation des sons, de la vue, de la respiration et des pensées) pour retrouver une congruence

⁹ Système Nerveux Autonome

interne. Peu à peu ces expériences vont procurer le sentiment de ne faire qu'un avec soi. L'expérience interne constitue alors un tout intégré et le comportement émerge d'un sentiment d'alignement et d'intégrité, approprié à la réalité interne et externe. Le patient a conscience que l'environnement est sécuritaire (réalité externe) et ressent cette sécurité à l'intérieur de lui (réalité interne).

Par exemple, pour apprendre au patient à gérer les temps de solitude, nous proposons des mises en situation graduées. Chaque participant est invité à aller avec son cheval dans un endroit un peu plus éloigné dans le parc, et s'entraîne (avec l'appui du support qu'il souhaite) à rester présent, à s'orienter dans l'ici et maintenant. Pour favoriser ce processus, il est demandé au patient de se diriger vers un lieu qui lui semble sécuritaire et propice à la détente. L'objectif est de passer un bon moment seul avec le cheval. Lorsque ces moments se passent bien et que les patients font preuve d'une bonne autonomie, le thérapeute peut proposer des temps d'autonomie. La consigne est d'aller se balader où bon leur semble dans le parc en pratiquant la pleine conscience de la manière qu'ils le souhaitent. L'objectif est d'apprendre à faire un bon et agréable usage du temps en dehors du groupe et à prendre conscience des croyances et des émotions qui surviennent dans ces moments. Durant le temps de partage, le thérapeute peut aider le patient à développer une attitude bienveillante et d'acceptation envers des pensées ou émotions que le patient identifie comme ayant troublé son moment de joie ou de détente. L'objectif sous-jacent est de développer une certaine empathie et compassion à l'égard de parties de soi qui peuvent être inquiètes ou nostalgique pendant que d'autres parties de soi auraient simplement souhaité profiter de l'instant. Peu à peu, les patients sont aussi invités à prendre conscience et à reconnaître les déclencheurs de l'isolement et de la solitude et à y faire face, à gérer les sentiments de honte et de peur. La méditation permet la liaison de différents aspects de l'expérience, en étant pleinement conscient de la vue, des odeurs, des sensations corporelles, on connecte différents éléments entre eux, et ils forment l'expérience (interne et externe).

2.1. L'importance de la répétition

Les maltraitances ou négligences subies durant l'enfance peuvent être à l'origine d'un manque de connectivité entre les réseaux neuronaux isolés qui représentent des Modes ou parties de personnalité fixées au temps du traumatisme ou encore d'une intégration sous-optimale entre différentes régions et couches du cerveau (Lanius et al., 2010, 2018; Reinders et al., 2014). Les répétitions sont très importantes pour ancrer de nouveaux apprentissages mais aussi pour développer des connections neuronales plus robustes dans le cerveau qui contribuent à ce que la personne puisse s'orienter de mieux en mieux dans le temps et l'espace et parvienne à un sentiment d'unité du Soi. Les répétitions d'actions sensori-motrices ont pour objectif d'augmenter la fluidité dans la transition entre différents états, Modes, qui doit aboutir à une plus grande flexibilité et stabilité du sentiment d'identité.

2.2. Compétences de régulation émotionnelle et oscillation dans la fenêtre de tolérance

Le fonctionnement à l'intérieur d'une zone d'activation optimale permet le maintien du bon fonctionnement cortical, une condition préalable à l'intégration de l'information sur le plan cognitif, affectif et aux niveaux sensori-moteurs (cf. figure 8.1). Dans cette zone, l'activation varie naturellement en réponse aux signaux environnementaux, au contexte et à la condition interne de l'individu à l'instant même. L'activité sympathique (SNS¹⁰) et parasympathique (CVD¹¹) maintient un équilibre relatif, chaque système ne dominant l'autre que légèrement à un moment donné, et ce pour une durée très courte.

¹⁰ Système Nerveux Sympathique

¹¹ Complexe Vagal Dorsal

Ces ajustements mineurs aident l'individu à moduler l'activation de façon appropriée afin de s'adapter de la meilleure des façons possibles. Par exemple, l'activation basse du CVD favorise l'intimité, aide l'individu à atteindre un état de détente et de somnolence, tandis que l'activation haute, qui maintient l'organisme dans un état d'alerte et de réactivité, aide l'individu à se préparer à relever un défi important (Odgen et al., 2015).

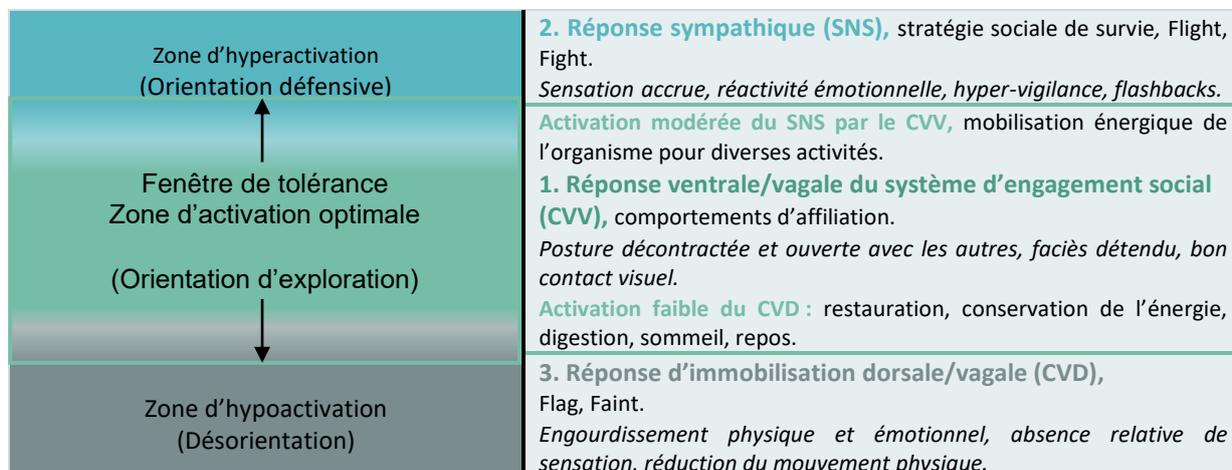


Figure 8.1 La corrélation entre les 3 zones d'activation de la fenêtre de tolérance décrite par Odgen et al. (2015) et la hiérarchie polyvagale de Porges

Certains stimuli ou événements vont engendrer des réponses défensives de mobilisation ou d'immobilisation de l'organisme. Dans ces conditions, on observe une sortie de la fenêtre de tolérance. Dans l'hyperactivation, l'excès d'information empêche l'individu de traiter l'information de manière raisonnée. Cet état engendre une orientation défensive avec l'apparition de sensations corporelles, d'affects et de cognitions intrusives, qui impulsent à l'organisme des réponses de mobilisation rapides, qui ont pour objet la sauvegarde de l'individu. Dans l'hypoactivation, les individus sont désorientés et subissent un manque d'émotions et de sensations, un engourdissement, un sentiment de passivité voire de paralysie. La régulation descendante des voies supérieures du cerveau est compromise, et engendre des difficultés d'intégration de l'information. Bien que ces pôles extrêmes d'activation puissent être adaptatifs lors de la présence d'un danger réel, ils deviennent inadaptés dès lors qu'ils persistent dans des contextes dénués de danger. C'est notamment le cas dans le syndrome de stress post-traumatique.

La fenêtre de tolérance intègre aussi des aspects neuro-développementaux. En effet, il est théorisé que la capacité du CVV¹² à moduler l'activation du SNS ou du CVD dépend de plusieurs facteurs. En premier lieu, la maturation des fonctions corticales supérieures jouera un rôle prépondérant dans la capacité de l'individu à gérer et tolérer des stimuli négatifs. En second lieu, le vécu d'événements traumatiques, en particulier chroniques (maltraitements, carences affectives) durant la phase développementale précoce, peuvent perturber le bon développement de la capacité d'autorégulation de l'individu. Dans ce cas, on schématise une petite fenêtre de tolérance qui correspond à une faible capacité pour l'individu à la fois à se réguler seul (autorégulation) et avec les autres (régulation interactive). Ainsi face au même défi, l'individu ayant une « petite fenêtre de tolérance », c'est-à-dire une faible capacité d'auto-régulation ou de tolérance des affects, se trouvera facilement dépassé, n'arrivant plus à gérer l'activation émotionnelle, tandis qu'un autre ayant une fenêtre de tolérance plus large pourra agir de façon régulée pour gérer la situation. Le concept de fenêtre de tolérance permet

¹² Complexe Vagal Ventral

donc d'appréhender la variabilité interindividuelle en matière d'éveil et d'expression émotionnelle. De plus, les états neurovégétatifs ont une valeur communicative et se manifestent par des expressions faciales, des mouvements et des vocalisations qui peuvent facilement être repérés.

Pour favoriser la capacité des patients à tolérer les affects et à moduler leur état émotionnel, nous nous sommes inspirés de la pratique du yoga avec l'idée de la « contraposition ». La contraposition consiste à réaliser une posture qui produit les effets inverses de la précédente, dans le but de favoriser une récupération physique plus rapide du corps et d'harmoniser les énergies. Nous avons proposé des exercices psychophysiologiques sous ce même format. Par exemple, si un travail sur la tolérance à la solitude a été réalisé en pleine conscience, nous avons réalisé un exercice de groupe avec les chevaux, comme déplacer le troupeau de chevaux en liberté par l'action de tous les participants. Lorsqu'il était réalisé une méditation invitant au calme et à l'immobilité, nous avons ensuite proposé des exercices actifs qui mobilisent le corps avec les chevaux. Cela pour permettre aux patients d'apprendre à gérer de possibles états hypoactifs qui auraient émergé durant la méditation. Pour cette raison, la méditation a toujours été réalisée en premier et était suivie des mises en situation avec les chevaux. A mesure que les patients progressent, des tâches et mises en situation plus complexes leur sont proposées. Le thérapeute évalue les capacités de chaque patient et module l'exercice ou le choix du cheval de façon à élargir la fenêtre de tolérance du patient, sans que ce dernier soit débordé (hyper/hypo-activé) ou ennuyé (confort de la zone de tolérance). Dans la relation avec le cheval, on oscille entre donner et recevoir : dans certains exercices le patient est invité à faire une demande au cheval, dans d'autres c'est le patient qui fera quelque chose pour le cheval.

III. Voir les pensées comme des pensées

OBJECTIFS CLES :

- Réduire le degré d'identification avec les pensées ;
- Discuter du rôle des pensées dans le maintien du cycle de la rechute (addictive/dépressive) ;
- Débuter un travail de résolution de la phobie intérieure ;
- Devenir curieux ;
- Comprendre les caractéristiques d'une relation saine ;
- Développer sa capacité d'empathie et de coopération avec soi et les autres ;
- Prendre conscience de l'éveil de systèmes défensifs dans une situation sociale, développer sa capacité à se réengager socialement.

Pratique de la pleine conscience :

- Méditation assise : les pensées ;
- Méditation la marche en pleine conscience (lien : pensées/posture/mouvement) ;
- Espace de respiration SOBER ;
- Méditation de l'explorateur : observation de l'environnement, prise de photos, le participant fait découvrir au groupe l'endroit où il a médité et partage son expérience.

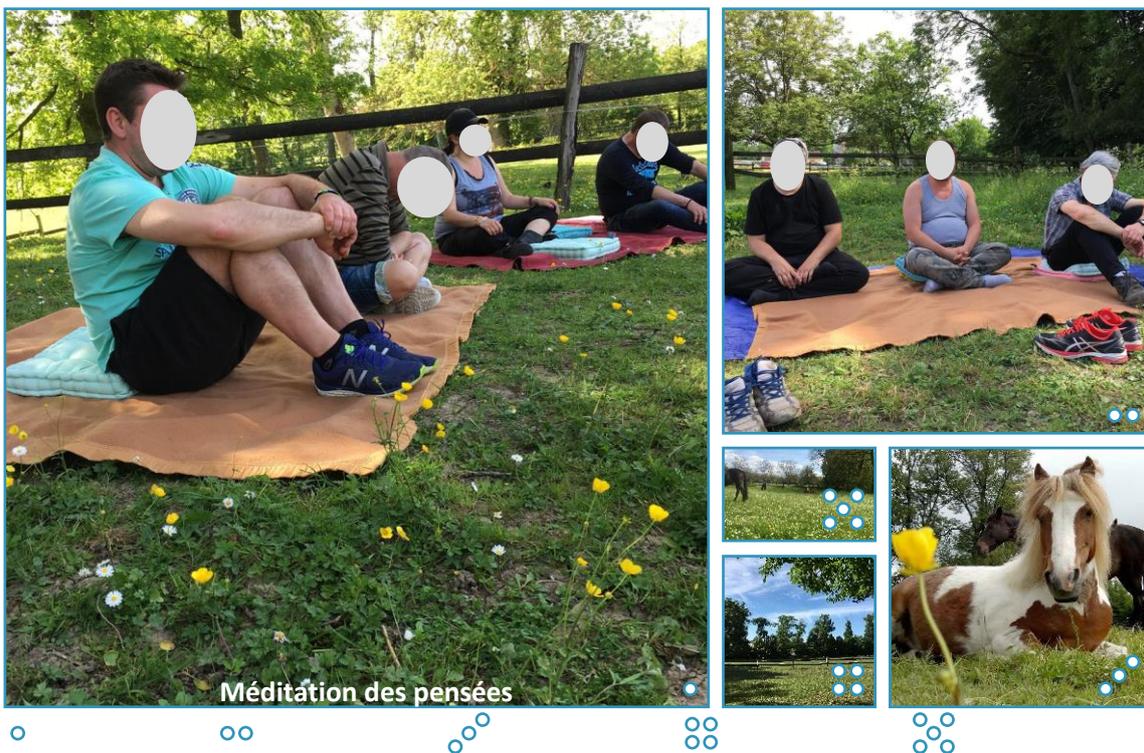
Pratique avec les chevaux :

- Prendre conscience de la communication verbale et non verbale ;
- Obtenir l'attention de son cheval, ce dernier n'a pas le droit de brouter pendant que le participant lui fait une demande ;
- Obtenir sa propre attention : prendre conscience des moments où l'on n'est plus attentif ;
- Exercice du « bon *timing* » : relâcher la « pression » sur la longe au bon moment pour favoriser la communication avec le cheval et son apprentissage ;

- Mener le cheval tenu en longe d'un point A à un point B en pratiquant la marche en pleine conscience (interactive).

Certaines pensées sont informatives, mais d'autres se répètent et n'apportent pas de véritable solution avec elles. En pratiquant la méditation des pensées, le thérapeute introduit la perspective de considérer qu'une pensée ne dit pas forcément vrai, que nous ne sommes pas obligés de porter notre attention dessus et de la comprendre ou encore de la considérer comme vraie. Lors de la marche en pleine conscience, le thérapeute montre aux patients que les pensées n'émergent pas toujours d'un inconscient qui s'exprime et aurait réfléchi pour nous, mais que la posture que nous adoptons et le mouvement de notre corps peuvent aussi initier des pensées. Il est alors proposé aux patients de marcher avec la tête baissée et d'observer le rythme de leur marche, les émotions et pensées qui surviennent. Au temps de partage, les patients font souvent état de pensées sombres et d'un rythme faible, le parc des chevaux leur a semblé terne et ils ne savaient pas où ils allaient. Au deuxième temps, le thérapeute propose aux participants de marcher avec la tête droite, et mobile, c'est-à-dire que les patients sont invités à observer les paysages à droite, à gauche, en haut, en bas, à nouveau les patients doivent noter les sensations, émotions et pensées qui surviennent. Au temps de partage, les patients évoquent des pensées positives, le fait de s'émerveiller devant des choses simples, avoir des idées d'où aller, un rythme de marche plus soutenu etc.

Le thérapeute introduit alors que la réflexion n'est pas le seul moyen pour gérer les pensées, il suffit parfois de modifier sa posture, de faire d'autres mouvements, de regarder ailleurs pour trouver de nouvelles issues et solutions. D'autre part, notre identité ne se résume pas à ce que l'on pense, puisque le simple fait de bouger change déjà les pensées, émotions et sensations. Généralement, cette méditation très simple offre beaucoup d'espoirs aux patients et leur montre qu'il n'y a pas besoin de démêler tous les problèmes de leur vie des heures durant pour parvenir à un mieux-être et à se réguler.



Dans cette séance, le thérapeute introduit également la notion d'ajustement émotionnel, d'interaction avec le cheval. De nombreux ponts sont faits de façon instinctive entre les situations vécues avec le cheval et les relations interpersonnelles vécues avec l'entourage.

La méditation de l'explorateur

La méditation de l'explorateur a pour objectif de développer une stratégie efficace pour les participants pour développer un lieu sûr. La consigne est de marcher et de s'arrêter à un endroit qui leur paraît sûr et parfait pour se détendre et se reposer. Une fois sur place, la seconde consigne consiste à observer cet endroit dans les moindres détails afin de ne pas l'oublier. Une consigne variante est de dire : au temps de partage avec le groupe chacun pensera avoir trouvé le plus bel endroit, prenez des photos des merveilles de votre endroit pour avoir des preuves à montrer !

De l'herbe verte



rien que de l'herbe...



Ce que l'on pense que les chevaux voient toute la journée.

« Une étendue de vert, comme c'est monotone et ennuyeux ».

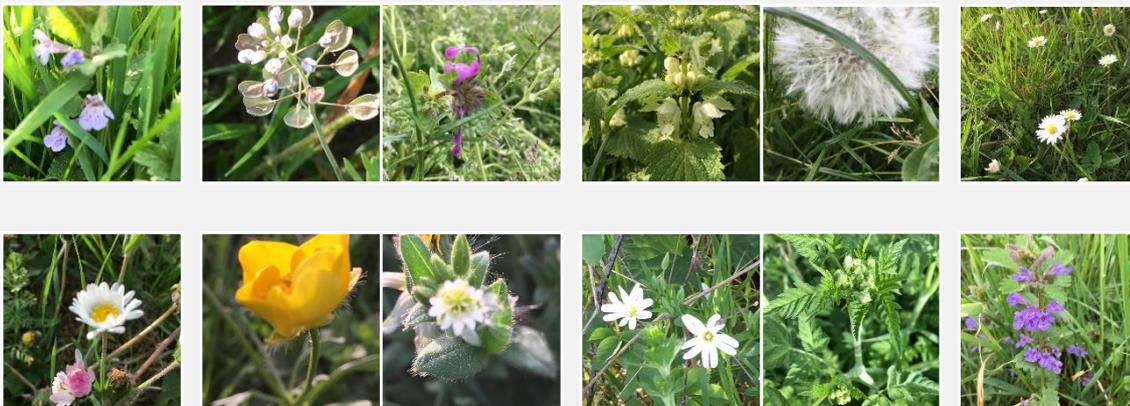
Regarder de plus près



Regarder autrement



Ce que voient les chevaux vraiment...



Conclusion :

Les pensées ne sont qu'une infime part de ce qui existe. La réalité est beaucoup plus vaste.
Les pensées ne suffisent pas pour définir ce qui nous entoure, pour nous définir.
Nous sommes bien plus que ce que les pensées disent.

Finalement, dépasser les idées préconçues permet aux participants de s'apercevoir qu'il existe beaucoup d'endroits autour d'eux, dans lesquels ils pourraient aller un instant pour se reposer, se réfugier, pour faire une pause et se détendre. On introduit l'idée que l'on peut se détendre en marchant, en faisant des choses, on n'est pas obligé de rester statique si cela n'est pas encore confortable. Les participants notent qu'ils n'ont pas ressenti d'ennui ou de solitude, deux émotions que nous associons au mal-être et qui doivent les informer que leur organisme ne se sent pas en sécurité, ou que les besoins fondamentaux ne sont pas comblés à l'endroit où ils sont et/ou par les activités qu'ils y font.

IV. Développer sa capacité à s'affirmer sans agressivité

OBJECTIFS CLES :

- Favoriser les capacités d'affirmation de soi ;
- Renforcer les compétences élémentaires d'affirmation de soi ;
- Poser et tenir des limites saines ;
- Gérer la colère ;
- Gérer la honte et la culpabilité.

Pratique de la pleine conscience :

- Pleine conscience en mouvement, postures simples de yoga ;
- Body scan « version courte » debout ;
- Espace de respiration SOBER.

Pratique avec les chevaux :

- *Psychoéducation* : les distances sociales (cf. proxémie : Hall, 1978) ;
- Déplacer le cheval par le biais de la communication non-verbale, sans contact direct avec le cheval.

Poser des limites saines :

Nous abordons la notion de limites saines (distance et proximité optimale dans une relation, des limites personnelles saines) et des limites malsaines (limites trop laxistes, limites rigides). Par le biais de différents exercices, les patients sont invités à ressentir leur espace et à indiquer leurs limites.

Compétences élémentaires d'affirmation de soi : donner et recevoir une critique ou un retour constructif, demander quelque chose, signaler les limites claires en disant « non », voir les deux côtés d'une situation, négocier sans que son propre avis soit éclipsé, écouter attentivement, utiliser l'humour respectueux, clarifier le contexte, établir un contact visuel, être congruent, choisir le bon moment ; connaître les stratégies non affirmatives (céder, éviter ou agresser).



Idée centrale : il ne s'agit pas d'apprendre au patient des techniques de self-défense. Nous n'encourageons pas la défense de l'espace personnel et des limites par l'activation des systèmes défensifs (activation du système nerveux sympathique et des systèmes FEAR et RAGE) mais plutôt l'intégration du concept d'espace personnel et des limites avec la capacité à les faire exister dans la relation à l'autre, via le système d'engagement social (complexe vagal ventral) et des systèmes émotionnels prosociaux. Le patient doit donc s'inscrire dans la démarche d'apprendre au cheval à reconnaître son espace et à le respecter. Chez les patients qui présentent des stratégies de soumission (état hypoactif) dans la relation à l'autre, il est beaucoup moins exposant de développer ces compétences de cette manière.

Captures vidéo de Julie et Gribouille sur un slalom et retour au carré d'attention

Exemple d'un travail sur le respect de l'espace personnel et des limites, avec Julie, une patiente mettant en lien sa consommation d'alcool avec une histoire répétée de violences conjugales. Il n'était pas facile pour Julie de faire respecter son espace au poney et de faire en sorte qu'il respecte ses consignes, par exemple « ne pas brouter pendant que l'on fait un exercice ».



Après la reprise du thérapeute, on voit que la longe est tenue à bonne longueur (photo 1). Cependant, cela ne semble pas permettre à Julie de détendre son bras. On voit qu'elle reste sur ses gardes, elle ne fait pas encore confiance à Gribouille, qui pourrait à tout moment lui désobéir ou envahir son espace. Son bras reste donc fermement tendu vers son encolure (photo 1 et 2). Gribouille tente de brouter à plusieurs reprises, mais n'y arrive pas (photo 2). A ce stade, nous jugeons cela intéressant. La patiente prend conscience qu'elle peut assurer la sécurité de son espace personnel et donner l'information de la limite de cet espace à Gribouille, en se servant de son bras. Elle maintient aussi une information claire : « tu ne dois pas venir vers moi ni baisser la tête et brouter ». Pour l'instant, elle ne s'autorise pas encore à entrer dans un travail d'ajustement émotionnel avec Gribouille lorsqu'elle poursuit un objectif. Nous avons donc travaillé cet aspect durant les moments où le poney est à l'arrêt.

A la fin du parcours, il est demandé à la patiente d'arrêter son poney dans le carré d'attention matérialisé par quatre plots. A cet endroit, lorsque le poney est resté attentif cinq secondes sans brouter, il reçoit une récompense (caresse et friandise). Bien entendu, cela n'a pas échappé à un autre poney « Poney M », qui s'empresse de les rejoindre dans le carré (photo 3). Il est alors demandé à Julie de protéger l'espace commun d'elle et Gribouille, en faisant sortir du carré Poney M à distance grâce

à l'action du stick. Julie s'exécute de façon affirmée mais sans élever le ton ou faire de gestes brusques. Poney M sort du carré.



4 : demande d'attention



5 : caresse



6 : récompense alimentaire

Julie attend maintenant 5 secondes que Gribouille conserve son attention (photo 4). Sa posture est forte et tournée vers le poney. Puis elle lui fait une caresse sur le dos (photo 5) et lui donne un morceau de carotte (photo 6). On voit ici un bel ajustement relationnel entre Julie et Gribouille.

Déplacer le cheval par le biais de la communication non-verbale, sans contact direct avec le cheval.

Les patients ont pour consigne de se diriger vers un cheval et de le faire bouger simplement avec le langage de leur corps. La plupart du temps, le cheval broute de l'herbe, le participant doit lui indiquer par son attitude qu'il veut aller précisément là où se trouve le cheval. Ce dernier doit comprendre par l'attitude corporelle du participant qu'il doit se déplacer plus loin. On utilise la communication non verbale « par le mouvement » qui est privilégiée par les chevaux pour se déplacer les uns par rapport aux autres. Les participants apprennent à en faire autant. Il s'agit de déplacer le cheval et non de le chasser.

L'objectif est le développement des capacités d'affirmation de soi. La consigne demandant de ne pas utiliser le langage, la voix et le contact physique a pour objectif de développer la capacité à s'affirmer sans faire usage d'agressivité. Il s'agit de s'imposer sans que l'autre ne se sente agressé dans son intégrité physique et psychologique.

Temps 1 : Observation des chevaux en liberté.

Le thérapeute réalise une psychoéducation sur la notion d'espace personnel qui est acquise de façon innée chez tous les mammifères. Cependant, cette notion peut légèrement varier d'une espèce à l'autre, d'une culture à l'autre, mais aussi via les apprentissages que l'on a fait dans sa vie. Malgré cela, toute personne doit normalement avoir conscience de son espace et de celui des autres.

Temps 2 : Prendre conscience de son espace personnel

Les patients sont invités à observer la distance qui les sépare les uns des autres. Ensuite un exercice est proposé, celui de s'avancer vers l'autre jusqu'à ce que l'on ressente que son espace et celui de l'autre vont se rencontrer. Il est demandé de s'arrêter juste avant de dépasser cet espace et de noter les sensations, émotions et pensées qui surviennent. Il s'en suit un temps d'échange en groupe. Les

patients sont invités à observer dans leur vie quotidienne si les personnes de leur entourage tendent à respecter cet espace ou à le transgresser. Les violences interpersonnelles relatives à la violation de l'espace personnel sont discutées. Plusieurs stratégies sont suggérées par le thérapeute pour faire face à une personne qui se montre envahissante.

Cet exercice nous paraît très important pour la prévention des violences interpersonnelles. Les patients qui subissent ce type de violence reconnaissent qu'avant le passage à l'acte de leur agresseur, plusieurs caps ont été franchis, les limites de leur espace ont été transgressées à plusieurs reprises de façon « anodines » : une main posée sur l'épaule, une personne qui s'approche très près de leur visage, etc... Nous invitons les participants à tenter de repérer si de telles expériences leur arrivent et à agir par des petites stratégies pour y mettre fin rapidement.

Le thérapeute rappelle des éléments concernant le sentiment de sécurité, les systèmes défensifs de l'organisme s'activent fortement lorsque les limites de notre espace personnel sont enfreintes : « *En laissant faire ces petites actions, on ne fait que renforcer la crainte de notre organisme, qui pense alors que nous ne saurons pas faire face à une agression et que nous y sommes plus vulnérables. Notre objectif est de faire équipe avec ce système. Lorsqu'il s'active, c'est pour nous protéger, il souhaite notre bien. En l'écoutant et en faisant des petites actions pour que nos limites soient respectées, nous devenons plus sereins, le système est rassuré car nous veillons à notre protection* ».

Temps 3 : Déplacer le cheval

Le thérapeute demande au participant de déplacer le cheval de son choix, sans parler ou user du contact physique. Il s'agit de développer une force en soi, de se sentir assez fort et déterminé pour que le simple fait d'avancer vers le cheval produise l'effet escompté. Le thérapeute réalise plusieurs fois l'exercice devant les patients et leur explique les sensations à rechercher dans le corps et les mouvements à reproduire pour réussir l'exercice. Le thérapeute est très présent et accompagne le patient durant toute la durée de l'exercice, l'encourage et l'aide à dénouer les blocages cognitifs et émotionnels, à prendre conscience de son corps, sans réaliser d'interprétation.

Chez la plupart des patients, cet exercice permet de mobiliser le corps en vue d'acquérir des compétences d'affirmation de soi. Très souvent les patients sont parasités par toutes sortes de pensées telles que, « *je ne peux pas lui faire ça ! je ne veux pas lui faire de mal !* », ou encore « *je ne veux pas le déranger* », « *après ça il n'aura plus envie de rester avec moi* » ... Ces cognitions sont parfois l'expression de Schémas précoces inadaptés, tels que les Schémas du domaine « Séparation-Rejet », ou des Stratégies *Assujettissement*, *Abnégation*, qui peuvent être remédiés à cette occasion. L'intérêt de cet exercice réside dans le fait de remédier les Schémas non pas à partir d'un raisonnement (top-down intervention) ou d'un scénario imaginaire, mais bien à partir d'une régulation interactive par le corps (bottom-up intervention). Lorsque le cheval perçoit par le biais de la posture et du mouvement qu'il doit se déplacer, le thérapeute est certain que le patient est parvenu à mobiliser assez de force et d'énergie en lui-même.

En effet, les chevaux ne perdent pas d'énergie à se déplacer pour un oui ou un non. Ils évoluent en groupe dans la pâture et avancent à mesure qu'ils s'alimentent par de petits pas. Dans le grand troupeau, on retrouve des plus petits groupes composés de deux ou trois chevaux, constitués par les liens d'affinité. Pendant que les chevaux pâturent, il n'est pas rare d'observer un cheval en pousser un autre vers l'avant, et inversement, on observe donc une certaine dynamique à l'intérieur du troupeau. Plus les chevaux se connaissent et plus les signes qu'ils utilisent pour se déplacer les uns les autres sont discrets. Il n'y a

donc pas d'agressivité ou d'attaques à proprement parlé. Le simple fait de baisser les oreilles, de tendre l'encolure, de contracter les muscles et d'avancer d'un bon pas, suffisent en général à ce que le cheval s'écarte de quelques pas un peu plus loin.

Au-delà des compétences d'affirmation, cet exercice a parfois mis en lumière d'autres difficultés, en particulier des mémoires traumatiques implicites (non verbalisables) somatiques comme l'illustre le cas clinique de Guillaume.

Cas clinique Guillaume

Guillaume est âgé de 44 ans, il est venu au centre pour un séjour de 9 semaines pour consolider son abstinence avec l'alcool. Il a demandé à s'inscrire dans le programme TAC pour apprendre à gérer son stress et avoir plus confiance en lui. Il est pompier professionnel mais est actuellement en arrêt maladie longue durée.

Guillaume a bien observé les chevaux et semblait plutôt à l'aise durant le second exercice où il s'agissait de prendre conscience de son espace et de celui des autres. Il ne manifeste pas d'angoisse particulière pour la poursuite de la séance et choisit de déplacer Guernica. Il se tient à bonne distance de la jument et semble réfléchir un instant, puis se lance. Il avance d'un pas décidé, ses bras s'agitent vers l'avant. Il arrive jusqu'à l'épaule de Guernica, mais cette dernière ne daigne pas relever la tête et continue à brouter. Guillaume semble étonné et me regarde comme pour chercher une explication.

Thérapeute : « Je ne sais pas ce qu'il se passe, vous avancez avec beaucoup d'énergie, on va recommencer, Guernica a du caractère, il faut peut-être chercher plus de force en vous.

Patient : - Ok j'y retourne.

Guillaume repart en arrière, et s'élançait à nouveau. En y regardant mieux, je perçois une dichotomie entre ses membres et son buste. Ses bras et ses jambes sont actifs, mais son buste ne se tient pas, je ne perçois pas de force à ce niveau. C'est comme si son buste était en état de repos (hypoactif), pendant que ses jambes et ses bras étaient en activité (hyperactif). Comme prévu, Guernica ne bouge pas d'un pied.

Patient : - Bon j'y retourne !

Thérapeute : - Prenons le temps d'observer ce qui se passe ensemble si vous le voulez bien ?

- Oui ok sans problème.

- Bien, que ressentez-vous dans vos bras ?

- Ben ça va, j'ai de l'énergie !

- Ok, vous pouvez décrire la sensation que cela vous fait dans les bras cette énergie ?

- Ben mes muscles sont actifs quoi, je sens que mes bras bougent bien ! ça fait comme une tension mais en bien

- Ok et dans vos jambes c'est comment ?

- Ben c'est pareil, ah oui dans mes jambes c'est bien actif aussi !

- Ok oui, je le vois aussi. Et au niveau de votre buste alors comment c'est ?

- Au niveau de mon buste ? alors là... ben ça va...

- Oui tout à l'heure je vous ai parlé de bien gainer les abdominaux, de ressentir le tronc très fort, de vous incliner un peu vers l'avant, la force de vos jambes doit transiter par votre buste, vous voyez ? (*le thérapeute montre la posture au patient*) et ça oriente aussi mon regard et toute ma détermination ?

Qu'en pensez-vous ?

- Ben oui moi je... mais les abdos je n'en ai pas.

- Que voulez-vous dire par là ?

- Ben moi je n'ai plus de ventre.
- Vraiment ? et depuis quand ? (*Le patient passe ses mains dans la crinière de Guernica*)
- Ben sur une opération j'ai été très gravement brûlé sur le ventre, et depuis j'ai eu des dizaines d'opérations, on m'a tout ouvert et refait beaucoup de fois, j'ai eu des greffes et pas mal de complications post-opératoires. En plus j'ai eu des soins à la maison et j'étais tout seul, j'ai beaucoup souffert.
- Oh je vois, j'imagine que ça a dû être très difficile à vivre toute ces épreuves... En avez-vous déjà parlé à un psychologue ou un autre professionnel ?
- Ah non non à personne. Mais c'était très dur et depuis je ne peux plus travailler, alors j'ai commencé à boire.
- D'accord, et vous avez fait des séances de rééducation avec un kinésithérapeute suite à tout cela ?
- Oui oui mais bon ça n'a servi à rien.
- Ok donc vous avez beaucoup souffert au niveau de votre ventre et vous dites que vous manquez de confiance en vous maintenant ?
- Oui c'est ça.
- D'accord, cela pourrait peut-être être lié à votre ventre qui ne se contracte pas...
- Comment ça ?
- Eh bien moi quand je m'affirme, quand je veux que l'on respecte mon espace, je me grandis et je ressers mes abdominaux vous voyez, et je me sens alors plus forte. C'est un peu ma façon de montrer par ma posture « Eh ! ne viens pas m'embêter, je suis forte et je suis prête à défendre mon espace » (*le thérapeute montre la posture*).
- Ah oui ok...
- Est-ce que vous percevez comme moi que vous avez bien un ventre qui est là ?
- Oui quand même mais... je ne le sens plus... Enfin c'est un peu comme s'il n'était pas de moi, pas à moi... enfin je sais pas trop.
- Peut-être que ce ventre vous rappelle des événements difficiles et qu'une partie de vous ne l'accepte pas tel qu'il est maintenant et voudrait revoir ce ventre tel qu'il était avant ?
- Oui mais bon ça ce n'est pas possible.
- Oui c'est vrai, alors est-ce que vous voudriez essayer avec moi de reprendre contact un peu avec ce ventre ? sans le forcer, juste pour qu'il sente qu'il fait bien partie du reste de votre corps et qu'il peut se remettre à bouger lorsque vous vous déplacez ?
- D'accord oui on peut essayer.
- Ok alors observez moi, posez vos deux mains sur Guernica comme moi, vous prenez appui sur elle, les deux pieds fermement dans le sol. Oui ?
- Oui ok (*le patient exécute les mêmes mouvements que le thérapeute*)
- Maintenant, je prends une inspiration et je contracte un peu mon ventre, je ressens qu'il est plus dur et il rentre un peu vers l'intérieur. A vous !
- Ah oui moi aussi.
- Ok alors essayez progressivement de reprendre contact avec votre ventre plusieurs fois dans la séance et dans la journée. Grâce à cela, votre ventre va créer de nouvelles connexions avec le reste de votre corps et il va peu à peu réintégrer sa place et vous aider à vous affirmer.

Par la suite, les mises en situation avec le cheval ont permis à Guillaume de prendre davantage conscience de cette partie de son corps, les méditations lui ont permis d'entreprendre un long travail d'acceptation.

V. Conscience des déclencheurs (TSPT-TUS) et des situations à haut risque de consommation

OBJECTIFS CLES :

- Gérer les déclencheurs ;
- Développer une flexibilité des tendances à l'action et systèmes émotionnels ;
- Développer une compétence de parentage ;
- Travailler la résolution de la phobie et de la perte de l'attachement ;
- Développer des capacités à percevoir correctement la réalité (être présent, distinguer le présent du passé).

Pratique de la pleine conscience :

- *Psychoéducation* : souvenirs traumatiques et déclencheurs et leur lien avec le maintien de l'addiction, s'organiser les jours difficiles ;
- Méditation de la montagne ;
- Proposition : Méditation « surfer sur les envies ».

Pratique avec les chevaux :

- Exercices à pied avec le cheval : apprendre à déplacer le cheval (pression directe/indirecte).
- Déplacer le cheval sur un parcours.

Perception du passé et du présent dans la relation :

- Comprendre l'importance de garder le contact avec l'autre de façon continue et de s'ajuster.
Observer la façon de tenir la longe, est-elle tenue fermement ou de façon lâche ?

D'après Bowlby (1988), la disposition d'une base sécurisée et l'exploration habile du passé et du présent peuvent mener à la révision des modèles de travail mal adaptés et pathogènes et donc des Modes et Schémas. Le thérapeute peut aider le patient à comprendre ses expériences d'attachement, identifier et modifier les Schémas relatifs au domaine « Séparation-rejet » en les transformant en modèles sécurisés, et apprendre comment établir une intimité confortable et une autonomie flexible.

Phobie de l'attachement et les problèmes de la régulation émotionnelle (régulation interactive et autonome) : comprendre les caractéristiques d'une relation saine (respect mutuel, limites claires, affirmation de soi sans agressivité, équilibre entre autonomie et dépendance mutuelle, sécurité affective, négociation et compromis, compréhension des besoins et désirs de l'autre, compréhension des motivations et intentions de l'autre, capacité à s'écouter et à se parler), les conséquences des traumatismes interpersonnels sur les relations.

Compétences élémentaires pour résoudre les conflits relationnels : observation de la façon dont les autres gèrent leurs relations, un moment de pause, une réflexion sur les intentions et actions de l'autre, l'orientation dans le présent, la gestion des conflits.

Captures vidéo de Laura et Jocaste réalisant un petit parcours

Pour Laura il était au départ très difficile de mener les chevaux. Elle avait le sentiment de les forcer et d'être une mauvaise personne en faisant cela. Le fait de tenir un stick était difficile. Au fur et à mesure des séances, elle a développé des compétences d'affirmation de soi en accord avec ses valeurs : ne jamais faire preuve d'agressivité envers ceux qu'on aime. Le travail avec Jocaste a été particulièrement intéressant car elles présentaient toutes deux une activation du système d'attachement PANIC, assez rapidement.



Laura demande à Jocaste de lui donner de l'attention et de la suivre (photo 1). La jument avance jusqu'à apercevoir Guernica et Vent d'Est aller dans une autre direction. Après un petit moment de blocage où Jocaste n'avancait plus, Laura parvient avec beaucoup de douceur à l'amener jusqu'au carré d'attention (photo 2). En retour, elle lui donne une caresse et une friandise (photo 3). La dyade patient-cheval fait preuve d'un bon ajustement émotionnel. Avec Jocaste, Laura a pu développer des stratégies visant à apaiser le système d'attachement PANIC et de nouvelles cognitions comme « *Ce n'est pas parce que l'on s'éloigne un petit peu de ses proches pour un moment, que la relation avec eux se perd* », « *Ce n'est pas parce je tiens un stick que je suis quelqu'un de méchant, ceux sont mes actions qui définissent qui je suis* ».

VI. Acceptation et gestion de la dissociation traumatique

OBJECTIFS CLES :

- Introduire et cultiver une relation différente avec les expériences difficiles comme des émotions ou sensations inconfortables ;
- Discuter le rôle de l'acceptation dans le processus de changement ;
- Poursuivre le travail de résolution de la phobie intérieure en intégrant le focus sur les sensations physiques lors d'une méditation assise ;
- Être capable de percevoir correctement la réalité (être présent, distinguer la réalité interne (interoceptive) de la réalité externe (extéroceptive)) ;
- (*Gérer les besoins des parties enfants*).

Pratique de la pleine conscience :

- Psychoéducation : les expériences dissociatives ;
- Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées ;

- Expérimenter différentes postures en pleine conscience, et ressentir ce qu'elles procurent comme sensations et affects, quelles pensées amènent-elles avec elles ?

Pratique avec les chevaux :

Toucher relationnel avec le cheval : on développe l'acceptation en faisant des allers-retours entre soi et le cheval au travers du toucher relationnel :

- Conscience du toucher ;
- Conscience des limites du corps, de sa composition ;
- Conscience des sensations en lien avec son degré d'acceptation (cf. fenêtre de tolérance) ;
- Développer la conscience de l'effet produit sur l'autre : ressentir si les actions produites sont agréables ou non pour le cheval ;
- Prendre conscience que nos actions ont un impact sur la régulation émotionnelle des autres.

Exemples concrets :

- Body scan du cheval en passant sa main sur tout le corps ;
- Méditation « J'écoute ton cœur et tu ressens le mien » ;
- Chasser les mouches du cheval ;
- « Gratouilles » ;
- Toucher relationnel : faire des petits cercles « connectés » sur l'encolure et l'épaule du cheval, toucher les crins, masser à la base de l'encolure, puis tirer légèrement sur les crins (pour détendre toute l'encolure du cheval), toucher sur le couard pour détendre l'arrière-main du cheval, etc.

Bon nombre de patients souffrent de déficits de compétences interpersonnelles, de difficultés à comprendre le point de vue d'autrui et à se mettre à la place des autres. Ils ont pourtant accès à l'empathie et se décrivent comme des personnes très sensibles, qui souffrent parfois plus pour les autres que pour eux-mêmes. En revanche, leur capacité de mentalisation se trouvent parfois impactée. Ce déficit peut être dû à un grand nombre de facteurs, comme le fait d'avoir vécu des maltraitements ou carences durant l'enfance, avoir des séquelles cognitives du fait d'accidents ou des consommations de produits, l'avancé en âge, le niveau d'étude, etc.

Certains patients ayant participé aux séances de TAC avaient été incarcérés pour des faits de violences envers autrui. Pour d'autres, le contact humain était tout simplement inexistant. C'est pourquoi, nous avons eu l'idée d'introduire au programme TAC, le toucher relationnel avec les chevaux. Les patients sont encouragés à passer leur main sur tout le corps du cheval, et à développer une pleine conscience des sensations que cela leur procure sur la paume de leurs mains, sur leurs doigts. Ensuite le thérapeute montre différents petits massages que l'on peut réaliser sur le cheval et qui ont pour but d'aider le cheval à s'apaiser, ou parfois à se dynamiser, à augmenter la conscience qu'il a de son corps. Là encore, au travers de ce toucher, le but est d'imprimer des sensations de corps dans les mains des patients. A quoi ressemble la sensation de passer sa main sur un muscle ? sur un os ? quel effet cela produit de passer sa main sur le poil de l'encolure du cheval, et sur la peau fine du bout de son nez ? Est-ce rugueux ? est-ce doux ? Puis la prise de conscience de l'effet que notre toucher peut avoir sur l'autre, si je passe ma main comme ça est-ce que c'est agréable pour le cheval ? ou au contraire il me montre des signes d'inconfort ? Est-ce que si je change ma façon de faire c'est mieux ou moins bien ? Ces exercices ont pour visée le travail sur les limites du corps et la notion de consentement dans les relations intimes. Nous pensons qu'une prise de conscience de l'effet de ces gestes sur le corps de l'autre et l'apprentissage de l'ajustement et du réajustement de ces gestes et de son attention envers autrui sont plus efficaces pour prévenir les violences interpersonnelles qu'un discours visant à prôner un interdit. Lorsque la situation

s'y prête, le thérapeute peut faire le lien entre la façon dont le patient entre en relation avec son propre corps et celui des autres, et ce qu'il fait dans l'instant avec le cheval, afin de l'aider à développer des capacités de mentalisation. Cependant, nous pensons que l'intérêt de réaliser ce processus de façon expérientielle permet au patient d'apprendre à réguler son corps et sa gestuelle en dépit d'atteintes au niveau des fonctions cognitives exécutives.



Chasser les mouches du cheval



Toucher relationnel



Méditation : « J'écoute ton cœur et tu ressens le mien »

Prenez le temps pour vous rapprocher de votre cheval. Laissez aller vos bras sur son dos, et approchez doucement votre ventre contre le sien. A présent, quand vous êtes prêts, laissez votre respiration aller au rythme de celle de votre cheval. Ressentez le ventre du cheval qui se gonfle d'air et se dégonfle. Lorsque son ventre se gonfle, le vôtre se dégonfle, lorsque le sien se relâche, le vôtre se gonfle d'air...

Cas clinique Stéphane

Stéphane rapportait que, depuis son plus jeune âge, ses parents limitaient les gestes affectifs et le contact physique au strict minimum. Dès qu'il eut l'âge d'être autonome, les contacts cessèrent totalement, si bien que sa mère glissait un plateau repas dans sa chambre. Leur contact était restreint à quelques paroles qui lui interdisaient de sortir de sa chambre ou de sortir s'amuser avec les autres enfants de son âge. Arrivé à l'âge de 46 ans, Stéphane expliqua n'avoir jamais eu aucun ami et qu'il n'avait jamais pu approcher une femme de sa vie. Quand le thérapeute proposa à Stéphane de réaliser de petits massages au cheval de son choix, il fut très hésitant au début et choisit Lorette. Ses mains tremblaient.

Patient : « C'est comme quand je suis en manque d'alcool, ça tremble pareil»

Thérapeute : « Laisser vos mains découvrir une autre façon de se nourrir. »

Stéphane réalise les massages avec beaucoup d'attention. Ses gestes sont encore hachés, les séquences de mouvements sont encore fractionnées, mais malgré l'angoisse présente, une autre émotion apparaît doucement, le plaisir, la joie d'être au contact de Lorette, le sentiment de complétude que l'on peut ressentir lorsqu'une autre personne nous laisse l'approcher, et rester tout prêt d'elle. Ce sentiment qui émerge du partage de son intimité avec un autre être vivant.

Thérapeute : « Comment c'est maintenant ?

Patient : - C'est... elle est toute calme, j'ai les mains presque engourdies, elles sont toutes plâtreuses, avec toute la poussière qu'elle a sur le dos, je sais pas dire mais je voudrais continuer.

- Oui et vous pensez que vous avez le droit de continuer ?

- Ben je sais pas, non sûrement pas, j'ai fait quelque chose de mal ?

- Qu'est-ce qui vous fait penser ça ?

- Ben je sais pas, c'est vous qui m'avez posé la question...

- Et ?

- Et ben non je sais pas, je crois qu'elle aime bien.

- Oui je le crois aussi et vous ?

- Ah bon ? ah c'est bien alors, oui moi aussi j'aime bien faire ça, c'est la première fois que je caresse un cheval comme ça.

- Oui c'est agréable n'est-ce pas ? je pourrai passer des heures moi aussi à les caresser et à passer ma main dans leur crinière. Vous avez essayé ça ?

- Non, pas encore, oh ça chatouille un peu ! oui c'est relaxant.

- Bon observez un peu Lorette, quels sont les signes qu'elle vous donne qui vous indique que vous pouvez continuer ?

- Ben elle est calme, elle s'en va pas, je la tiens pas depuis tout à l'heure, elle reste comme ça avec la patte relevée un peu.

- Oui c'est un bon signe ça, lorsque les chevaux relèvent leur postérieur, c'est qu'ils sont dans un état de repos, de relaxation, vous pouvez voir aussi ses deux oreilles aller un peu sur le côté et même la lèvre du bas de sa bouche se détendre et pendouiller un peu.

-(rire) oui c'est vrai elle va finir par baver !

- (rire) oui ça se pourrait bien faites attention à vous si vous tenez à votre pull ! bon plus sérieusement, que diriez-vous de lui retirer son licol, pour voir ce qui se passe, si elle reste toujours là ?
- Ah... ah oui mais si elle part ?
- Oui si elle part que se passera-t-il pour vous ?
- Ben je sais pas j'ai pas envie qu'elle parte moi.
- Qu'est-ce qui vous dit qu'elle va partir ? Elle vous semble sur le départ là ?
- Non, bon alors d'accord, mais je vous aurai prévenu.
- (rire) d'accord je suis prévenue, et je vous préviens moi aussi que si Lorette avait envie de se dégourdir un peu les jambes après avoir passé ce bon temps avec vous, vous avez vous aussi deux jambes en bon état de marche, alors vous pourriez tout aussi bien les laisser marcher un peu avec Lorette, peut-être qu'elle aussi à des choses à vous montrer, qu'en dites-vous ?
- Oui c'est vrai, ça peut être bien ça aussi, mais qu'est-ce qu'un cheval peut bien me montrer ? Ah ah non dites rien ! j'ai parlé trop vite, c'est sûr qui aura pleins de choses ».

VII. Emotions et croyances de base

OBJECTIFS CLES :

- Reconnaître les croyances de base négatives et positives ;
- Identifier les erreurs cognitives à identifier ;
- Explorer les pensées et les croyances de base négatives ;
- Développer les compétences sociales ;
- Favoriser la capacité d'empathie, de coopération avec soi et les autres.

Pratique de la pleine conscience :

Psychoéducation : les Schémas précoces inadaptés

*Comment faire pour reprendre contact avec le présent lorsque quelqu'un m'a dit des mots blessants ?
Lorsque je suis déçu ou énervé par les propos ou attitudes des autres ?*

Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées, émotions.

Reparentage : méditation « Des pensées douces pour soi ».

Pratique avec les chevaux :

Exercice « Pars et reviens » : éloigner de soi le cheval en lui demandant de reculer puis le faire revenir en glissant ses mains sur la longe. Identifier les pensées, émotions et sensations qui se présentent.

Travail en duo avec un cheval.

1) Le participant 1 réalise l'exercice avec le cheval, le participant 2 observe et s'exerce à donner un retour positif. On inverse les rôles.

2) Le participant 2 réalise l'exercice avec le cheval et le participant 1 le « coache », les 2 participants échangent ensemble et se donnent mutuellement un retour sur cette expérience, en présence du thérapeute. On inverse les rôles.

3) Temps en groupe : chaque binôme réalise devant tout le groupe l'exercice de son choix avec son cheval, pendant que le participant réalise l'exercice, le second rend le groupe attentif sur le point technique que le participant réussit particulièrement bien.

VIII. Compétences de gestion émotionnelle

OBJECTIFS CLES :

- Réguler des affects intenses ;
- Augmenter la tolérance à la détresse et à la solitude ;
- Améliorer la contenance des affects ;
- Gérer la colère, l'angoisse, la honte et la culpabilité, gérer les tendances auto-destructrices ;
- Améliorer la prise de décision.

Pratique de la pleine conscience :

- Evaluer à combien cela est activant de faire la « Méditation de la respiration », sur une échelle (Echelle subjective d'Unités d'inconfort) de 0 à 10 où 0 signifie aucune perturbation et 10 la plus haute perturbation que l'on puisse imaginer. Tout au long de la méditation le thérapeute se montre présent et soutenant pour accompagner l'acceptation des ressentis ;
- Méditation « Surmonter l'inconfort » et pratiques bienveillantes envers soi.

Pratique avec les chevaux :

- Communiquer avec son cheval : le carré d'attention, le carré de détente, le slalom, « test de la confiance » s'éloigner du groupe et revenir ;
- Balade en groupe dans le parc avec les chevaux tenus en longe ;
- En groupe, déplacer le troupeau de chevaux en liberté.



IX. Améliorer sa relation aux autres

OBJECTIFS CLES :

- Poursuivre le travail sur la résolution de la phobie et de la perte de l'attachement ;
- Poser et tenir des limites saines ;
- Apprendre à s'affirmer ;
- Renforcer ses capacités à considérer ses besoins en tant que personne entière ;
- Gérer la colère ;
- Gérer la honte et la culpabilité ;
- Consolider ses capacités à percevoir correctement la réalité (être présent, distinguer la réalité interne (interoceptive) de la réalité externe (extéroceptive)).

Pratique de la pleine conscience :

Evaluer à combien cela est activant de faire le « Body scan », sur une échelle (Echelle subjective d'Unités d'inconfort) de 0 à 10 où 0 signifie aucune perturbation et 10 la plus haute perturbation que l'on puisse imaginer. Tout au long de la méditation, le thérapeute se montre présent et soutenant pour accompagner l'acceptation des ressentis.

Des liens sont faits entre le corps et l'environnement : le corps qui repose sur le sol (Terre) qui nous porte, sur lequel se déplace les chevaux, l'air qui est inspiré et expiré, lui-même inspiré par les arbres juste au-dessus des participants. L'odeur de l'air parfumé par les plantes etc.



Pratique avec les chevaux :

- L'objectif du participant est de maintenir le cheval en dehors de son espace. Le participant se trouve dans un carré délimité par 4 plots et a des friandises. Il tient un stick, dont il pourrait se servir pour éloigner le cheval si nécessaire, afin que le cheval apprenne à respecter cette limite des 4 plots. Lorsque le participant observe que la limite est bien respectée et qu'il se sent à l'aise et en sécurité, il donne la friandise au cheval.
- Le participant doit empêcher le cheval de sortir de l'espace délimité par 4 plots. Lorsque cette règle est respectée par le cheval, ce dernier est grandement récompensé ;
- Slalom simple : réaliser un slalom en conservant l'ajustement relationnel avec le cheval ;
- Yoyo slalom : réaliser un parcours en tenant le cheval à une distance supérieure de celle habituelle le rapprocher et l'éloigner à nouveau.

Tout au long de ces exercices, le thérapeute aide le patient à pister ses ressentis et cognitions.

Captures vidéo de Fabien et Lorette réalisant un slalom

Avec Fabien nous avons travaillé à moduler les réactions impulsives et agressives dans la relation à l'autre, grâce à Lorette, une jument dont il s'est pris d'affection et avec qui il a travaillé exclusivement durant toutes les séances de TAC. Fabien est venu en TAC pour apprendre à gérer sa colère qui d'après ses mots : « lui joue des tours ». En effet, la garde de ses enfants lui a été retirée pour cause de maltraitements physiques. Fabien explique qu'il n'y voyait pas le mal, il a éduqué ses enfants comme on le lui a appris et explique avoir été lui-même éduqué ainsi.



3. La longe tenue trop longue ne permet pas à Lorette de recevoir l'information de tourner à temps pour éviter le piquet, la jument opte pour une autre direction. Fabien ressent un à coup de la jument qui s'arrête, il ne s'y attendait pas.



Les avant-bras du patient sont tendus, il y a beaucoup de force dans ses gestes. Malgré plusieurs tentatives, Lorette ne le suit pas. Fabien donne d'abord un à coup assez sec sur la longe, puis sans que le thérapeute n'intervienne, essaye d'adoucir ses demandes. Au départ, ses bras restent tendus et ses demandes demeurent encore un peu fortes.



Le thérapeute intervient et dit à Fabien que sa longe est un peu longue. Ses bras sont encore tendus, il n'essaye pas de se relâcher pour voir ce que cela pourrait produire sur Lorette. Il reste en tension

jusqu'à ce qu'elle le suive. Mais finalement, dans son attitude générale, on voit que Fabien reste calme, il se déplace autour de la jument, essaye de plusieurs manières de faire avancer Lorette, sans oublier son objectif de direction.



10 : La longe est à la bonne longueur



11 : Fabien et Lorette poursuivent le slalom



12 : Le slalom est terminé

Il est intéressant de voir que les bras de Fabien sont à présent plus détendus. Son regard oscille entre Lorette et la direction poursuivie. La tenue de la longe est un véritable indicateur pour le thérapeute de l'ajustement relationnel de la dyade cheval-patient. En faisant prendre conscience de cela au patient, cet indicateur « physique » va lui permettre de travailler sur son ajustement relationnel de façon continue, tout au long de la mise en situation.

X. Surmonter les défis et renforcer la confiance

OBJECTIFS CLES :

- Maintenir la concentration et l'attention au sein de différentes tendances à l'action et systèmes émotionnels entre eux ;
- Réguler les altérations du niveau et du champ de conscience ;
- Favoriser les compétences élémentaires pour résoudre les conflits relationnels ;
- Valoriser ses capacités
- Développer ses capacités à considérer les coûts et bénéfices d'actions à court et à long terme.

Pratique de la pleine conscience :

- Espace de respiration SOBER dans une situation-défi.

Pratique avec les chevaux :

- Se fixer un objectif à atteindre avec le cheval et mener les actions pour y parvenir. Au terme de l'action, évaluer sa performance et exprimer si l'objectif est atteint ou non ;
- Parcours avec le cheval : passer une bâche, un petit fossé, un passage étroit, enjamber un petit tronc.



Photo 1 : Objectif : passer au-dessus d'un tronc d'arbre. **Photo 2 :** donner l'indication au cheval de passer uniquement sur le petit chemin en terre en se tenant à une plus grande distance de lui qu'à l'accoutumé. **Photo 3 :** de nombreux essais sont réalisés pour réussir à conserver une bonne communication avec le cheval, lorsqu'on se tient à une plus grande distance de lui. On voit ici le patient qui tente de stopper Lorette et de l'amener à nouveau sur le petit sentier en terre.

XI. Compassion et bienveillance

Prendre soin de soi et style de vie équilibré

OBJECTIFS CLES :

- Discuter de l'importance d'un style de vie équilibré et de prendre soin de soi afin de réduire la vulnérabilité face à la rechute ;
- Discuter de la pratique régulière de la pleine conscience comme un moyen de garder l'équilibre avec des thèmes au choix (le sommeil ; une structure quotidienne saine ; les moments de temps libre et détente ; prendre soin de son corps ; les habitudes alimentaires saines).

Pratique de la pleine conscience :

- Méditation assise : bienveillance ;
- Méditation exactement comme moi.

Pratique avec les chevaux :

- Passer du temps avec le cheval de son choix, observer son comportement et ses réactions, identifier ses besoins et tenter d'y répondre ;
- Toucher relationnel : au terme de la session, expliquer quels massages/ caresses le cheval a préférés et ceux qu'il a moins aimés ;
- Avec son cheval, expérimenter sur soi-même les petits massages ou pratiquer une méditation de son choix, au terme de la session exprimer si cela a été agréable ou non, exprimer quelles réactions ont été choisies pour répondre au ressenti de confort et d'inconfort ;
- Faire une demande à son cheval et le récompenser, si l'objectif est atteint prononcer une phrase pour soi-même d'auto-récompense, si l'objectif n'est pas atteint développer pour soi-même et le cheval une phrase de compassion et de bienveillance.



XII. Gestion des situations à haut risque et des émotions intenses

OBJECTIFS CLES :

- Augmenter la conscience des situations individuelles à haut risque et les sensations, émotions et pensées qui risquent d'émerger ;
- Pratiquer le fait de rester avec des sensations ou des émotions intenses ou inconfortables plutôt que de les éviter ou de tenter de s'en débarrasser ;
- Apprendre à utiliser des outils/stratégies qui aident à rester présent et à ne pas céder automatiquement à la pression de consommer des substances dans des situations qui ont été antérieurement associées à la consommation.

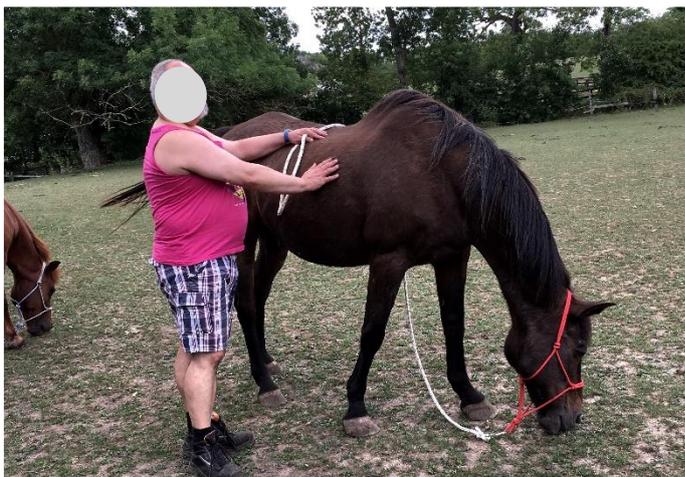
Pratique de la pleine conscience :

- Méditation assise : son, respiration, sensation et surfer sur l'inconfort.
- Espace de respiration SOBER deux par deux.

Pratique avec les chevaux :

- Expérimenter par le mouvement et le contact du cheval le retour dans la fenêtre de tolérance.

L'objectif est de prendre conscience que l'on peut être dans sa fenêtre de tolérance en ressentant malgré tout des émotions négatives, parfois même intenses. Le but est de développer des stratégies qui permettent de gérer ses affects.



Recherche du retour dans la fenêtre de tolérance

Le patient a évoqué un conflit qu'il a eu dans le collectif le matin même et qui l'empêche de faire l'exercice de méditation proposé.

Le thérapeute l'invite à pratiquer un exercice d'ancrage avec le soutien de Vent d'Est.

Le patient doit ancrer ses pieds dans le sol et prendre conscience de ses mains qui touchent le cheval.

XIII. Gérer sa séance

Autonomie et peur de perdre les liens d'attachement

OBJECTIFS CLES :

- Renforcer sa capacité d'attention, capacité à gérer le temps, à s'organiser ;
- Favoriser ses compétences de parentage ;
- Gérer ses émotions dans une situation qui requiert une autonomie psychique et physique, dans une situation où plusieurs niveaux de traitement doivent être coordonnés.

Pratique de la pleine conscience :

Méditation individuelle courte en autonomie. Puis partage en groupe.

Pratique avec les chevaux :

- Choix d'une tâche à réaliser avec son cheval : apprendre à récompenser au bon moment son cheval, tout en faisant respecter son espace et ses limites. Respecter en retour les capacités, l'espace et les limites du cheval.

Rituel de fin de thérapie : le participant choisit le cheval avec qui il souhaite travailler pour la dernière séance. A la fin, le thérapeute offre une photo « souvenir » du participant avec le cheval.



La restauration du sentiment de sécurité intérieur permet l'accès à l'autonomie, aux moments de détente.

L'environnement de la TAC permet aux patients de pratiquer des exercices en groupe mais également de s'isoler et de profiter d'instant plus intimes avec le cheval, qui n'appartiennent qu'à eux.



EXERCICES ET TACHES « A DOMICILE »

Aucune injonction n'a été faite pour la réalisation d'exercices ou de tâches à domicile. Il a été fait mention que les patients désireux de poursuivre la pratique en dehors des séances pouvaient le faire en respectant leur seuil d'activation. Pour ces patients plus autonomes, il a été proposé de télécharger une application de pleine conscience qui offre des enregistrements gratuits et également de venir s'asseoir devant le parc des chevaux, afin de retrouver leur présence apaisante si cela était facilitant pour les patients. Pour favoriser ce processus, des liens ont été faits entre l'environnement, la nature et la pratique de la pleine conscience, de sorte que les patients puissent retrouver cette sécurité interne pour la pratique de la Pleine Conscience lorsqu'ils seraient seuls, en prenant l'environnement comme ancrage. En revanche, si au cours des séances, le thérapeute observe que les patients ne se sentent pas en capacité de réaliser l'exercice en autonomie ou qu'ils se sont trouvés activés lors des méditations proposées, les exercices à domicile leur seront déconseillés, jusqu'à ce qu'ils deviennent vecteurs de détente et de bien-être.

Exemples de fiches de psychoéducation utilisées en séances

La pleine conscience

(Kabat-Zinn, 1985 ; 1990)

« La pleine conscience signifie porter son attention d'une manière particulière, intentionnellement, au moment présent, sans porter de jugement ».

LES CONCEPTS DE LA PLEINE CONSCIENCE

The diagram illustrates the components of mindfulness. At the top, three boxes represent attitudes: 'Curieuse, ouverte, d'observation', 'De non-rumination mentale', and 'De non-jugement, d'acceptation, de non-attachement'. These lead to a central box 'ATTITUDE'. Below it is 'État de pleine conscience', which leads to 'ATTENTION'. 'ATTENTION' is further divided into four categories: 'Vigilante et continue', 'Flexible (focalisée et changeante)', 'Dans l'instant présent', and 'Non conceptualisante, non discriminante'. 'État de pleine conscience' also leads to 'INTENTION', which leads to 'D'engagement'.

Les conséquences du stress sur l'organisme

(Seyle, 1956)

The graph shows a stressor (Stresseur) on the x-axis. The y-axis represents the organism's response. A curve rises from the baseline, labeled 'ADAPTATION', and then falls back to the baseline, labeled 'Rupture de l'équilibre de l'organisme'. A blue circle on the right indicates 'Stress négatif et pathologique'.

I Réaction d'alarme
Mobilisation physiologique destinée à résister au stressor menaçant et préparant l'organisme à l'action (combattre, fuir, échapper)
Symptômes : tachycardie, production d'adrénaline, augmentation du tonus musculaire, ulcères gastriques, augmentation de la concentration sanguine, etc.

II Phase de résistance
L'organisme fait face et résiste au stressor.
Symptômes : hypertension artérielle, apparition de maladies fonctionnelles (liées au dysfonctionnement d'un organe) telle la colopathie.

III Phase d'épuisement
Si la résistance n'affaiblit pas le stressor, l'organisme s'épuise.
Symptômes : fatigue, insomnies, amoindrissement des défenses immunitaires, perte d'appétit ou boulimie, mal de dos, troubles organiques, rectocolite hémorragique, asthme, etc.), palpitations, risque d'infarctus, irritabilité.

Les émotions primaires

(Ekman, 1972) (Nummenmaa et al., 2014)

LES 6 EMOTIONS PRIMAIRES

The diagram shows six primary emotions, each with a color-coded circle and associated messages and needs:

- JOIE** (Yellow): MESSAGE: Succès, accomplissement; BESOIN: Partage
- PEUR** (Purple): MESSAGE: Danger, inconnu; BESOIN: Protection
- COLÈRE** (Red): MESSAGE: Interférence, Valeur bafouée; BESOIN: Reconnaissance, Fixation de limites
- TRISTESSE** (Blue): MESSAGE: Perte, séparation; BESOIN: Réconfort, Action significative
- DÉGOÛT** (Green): MESSAGE: Nausée; BESOIN: Évitement
- SURPRISE** (Orange): MESSAGE: Autre, notre attention; BESOIN: Réassurance

LES EMOTIONS DANS LE CORPS

The diagram shows human figures with colored areas indicating where each emotion is felt in the body:

- Colère: Anus
- Peur: Cœur
- Dégoût: Dépression
- Joie: Mente
- Tristesse: Front
- Surprise: Nez
- Neutre: Écoute

Les systèmes d'action

(Panksepp, 1998 ; Odgen, Minton & Pain, 2015)

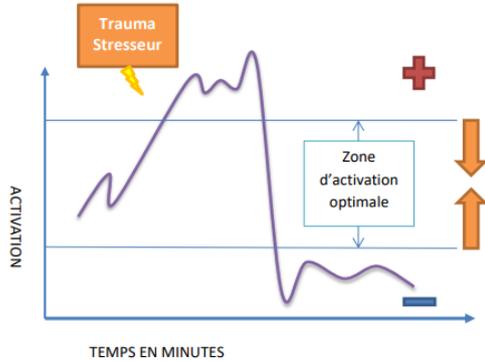
The diagram shows eight action systems surrounding a central 'Individu':

- Lust**: Relation amoureuse et reproduction.
- Rage**: Fonction défensive, dépasser les obstacles, accéder aux ressources...
- Fear**: Assurer la survie. Peur d'être blessé, ou tué. Se protéger du danger + risques.
- Grief**: Chagrin lié à une séparation ou perte, Rester à proximité de ses proches.
- Seeking**: Energie, dynamisme, motive à s'intéresser à son environnement
- Energy**: Equilibre entre activité et temps de repos. Alimentation, hydratation, sommeil, température corporelle, élimination, oxygénation, activité physique, réponses aux blessures physiques, ou douleur.
- Care**: Besoin de prendre soin d'un petit et d'en assurer la sécurité.
- Play**: Besoin de faire partie d'un groupe, d'avoir des contacts sociaux.

Affects de bases ou de survie = système d'évaluation affectif des expériences, automatique. L'activation émotionnelle se traduit par des affects et des actions.

La fenêtre de tolérance

(Odgen & Minton, 2000)



- + Réactivité émotionnelle, hyper-vigilance, pensées intrusives ou obsédantes, tremblements, tensions...
- Affects plats, incapacité à penser, réduction du mouvement physique, engourdissements, malaise...

Les zones d'activation

Hiérarchie polyvagale

(Porges, 1995 ; 2005)

Le système de l'organisme est organisé en hiérarchie de réponses qui régissent nos réponses neurobiologiques à la stimulation externe:

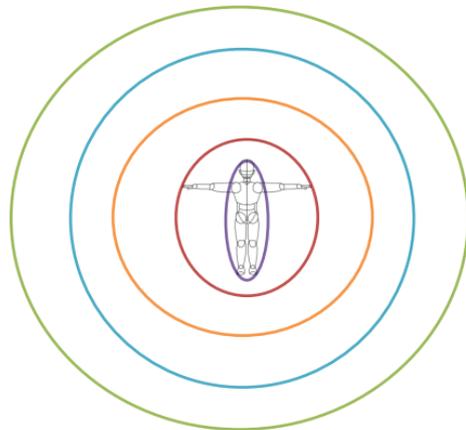
- 1) **L'engagement social** : branche ventrale parasympathique du nerf vagal
→ facilite l'engagement dans l'environnement et aide à former un attachement positif et des liens sociaux ;
- 2) **La mobilisation** : système sympathique
→ survie, fuite ou combat ;
- 3) **L'immobilisation** : branche dorsale du nerf vagal parasympathique
→ conservation de l'énergie.

ZONES D'ACTIVATION	
Zone d'hyper-activation	2. Réponse sympathique « fuite ou combat »
Fenêtre de tolérance	1. Réponse ventrale/vagale du système d'engagement social
Zone d'activation optimale	
Zone d'hypo-activation	3. Réponse d'immobilisation dorsale/vagale

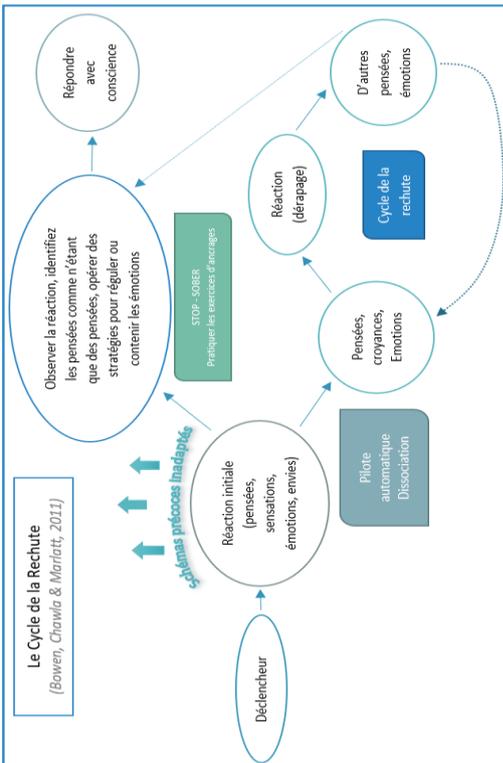


Les limites personnelles

(Hall, 1968 ; Hediger, 1950)



- D. de fuite
- D. publique/ critique (+ de 360 cm)
- D. sociale (120 à 360 cm)
- D. personnelle (45 – 135 cm)
- D. Intime (15 - 45 cm)
- Enveloppe corporelle



9. Etude de l'efficacité de la TAC pour la prise en charge intégrée des troubles dissociatifs et traumatiques comorbides aux TUS

RESUME :

Contexte : La thérapie assistée par le cheval (TAC) est devenue une méthode populaire pour aider les personnes souffrant de divers problèmes psychologiques. Cette recherche visait à étudier l'efficacité de la Thérapie Assistée par le Cheval auprès de patients souffrant de Trouble de l'Usage de Substances (TUS). En particulier, l'intervention de TAC ciblait la diminution de symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs, des pathologies couramment associées aux troubles addictifs. La comorbidité TPST-TUS est associée à des profils cliniques plus complexes, un accès aux soins difficile, une efficacité thérapeutique moindre ainsi qu'un risque de rechute accru.

Méthode : Les données ont été recueillies auprès de patients accueillis au CSSRA « La Fontenelle » (n = 92) sur la base du volontariat, sur une période de deux ans. En plus des soins usuels du centre, les patients du groupe intervention ont participé à une séance par semaine de TAC, d'une durée de deux heures, en groupe ouvert composé de six participants maximum. Plusieurs échelles ont été administrées en début et en fin de séjour de post-cure (séjour variant de 5 à 13 semaines) afin d'évaluer l'évolution psychologique des patients. Des t de Student et des ANOVAS à mesures répétées ont été réalisés, pour comparer le groupe des personnes recevant les soins usuels (GSU) (n = 47) au groupe de celles qui ont reçu, en plus des soins usuels, l'intervention TAC (GTAC) (n = 45).

Résultats : Malgré un manque de randomisation, les caractéristiques de base des deux groupes à l'entrée au CSSRA étaient similaires. L'étude a révélé une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes de dissociation pathologique chez le groupe de patients ayant suivi la TAC en plus des soins usuels du centre, comparativement aux patients ayant suivi les soins usuels. On observe également une meilleure capacité à poursuivre un but en présence d'émotions négatives chez le groupe TAC.

Conclusion : Un certain nombre de facteurs restent à évaluer et à contrôler pour que ces résultats puissent être généralisés. Cependant, il est à considérer que les séances de TAC ont permis la diminution de symptômes dissociatifs et traumatiques sans exposition aux souvenirs traumatiques. Les séances se déroulent de façon à privilégier le vécu d'émotions positives et la restauration d'un sentiment de sécurité. De ce fait, la TAC pourrait constituer une approche intéressante pour le traitement des troubles de stress post-traumatique et comorbides aux troubles addictifs, dans une approche intégrée sûre.

MOTS-CLES : thérapie assistée par le cheval, trouble de stress post-traumatique, troubles liés à l'usage de substances, troubles dissociatifs, programme intégré TSPT-TUS.

I. Introduction

Les Interventions Assistées par les Chevaux (IAC) font partie des Interventions Assistées par les Animaux (IAA) et comprennent plus spécifiquement toutes les interventions thérapeutiques visant l'amélioration du bien-être humain par l'implication des chevaux. La Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) concerne un vaste champ d'application et s'adresse à un public varié (pour revue, voir Selby & Smith-Osborne, 2013). La TAC emploie des chevaux dans et autour de l'environnement naturel des écuries, pour traiter les problèmes psychologiques humains. La Psychothérapie Assistée par le Cheval (PAC) (ou Equine-Assisted Therapy) quant à elle est une psychothérapie expérientielle qui inclut les équidés et peut comprendre une série d'activités équinées « montées » (ex. : être assis sur un cheval avec ou sans selle, en équilibre sur le cheval, monter à cheval les yeux fermés) et/ou « non montées » (ex. : observer le cheval dans une pâture, sa conduite, son toilettage ou son travail au sol) et d'autres activités.

La PAC peut être définie comme l'utilisation d'un cheval dans un contexte thérapeutique impliquant un praticien de la santé mentale qui engage le cheval pour faciliter les « insights » psychologiques et sociaux (Lentini & Knox, 2015). Par souci de simplification, nous utiliserons uniquement le terme de Thérapie Assistée par le Cheval¹³. En outre, la TAC fait souvent appel à des techniques psychothérapeutiques plus traditionnelles, le thérapeute pose des questions au patient pour faciliter l'introspection, encourage les activités ludiques, aide à l'acquisition de compétences, enseigne des techniques de communication et soutient le développement de l'empathie (Kirby et al., 2010; Trotter, 2012).

En France comme à l'étranger, la médiation équine est utilisée le plus souvent auprès des enfants souffrant de troubles envahissants du développement (TED), de troubles de conduite et de comportements d'opposition, et de troubles de l'attachement (Kendall et al., 2015; Lentini & Knox, 2015; Mermet, 2012). Dans sa thèse, Philippe (2014) dresse un état des lieux des interventions avec l'animal dans le cadre des prises en charge des enfants avec TED par les structures médico-sociales en France métropolitaine. Les réponses ont souligné une expansion de l'usage de l'animal auprès des enfants TED, depuis 2000. Les résultats montrent aussi que le cheval est de loin l'espèce la plus utilisée en médiation animale et peut même être considéré comme l'espèce pionnière dans ce domaine : plus des trois quarts des structures, soit 79,7%, ont indiqué avoir recours au cheval dans leurs prises en charge des enfants ; et la majorité des structures souhaitaient maintenir, voire étendre cette activité.

1.1. La Thérapie Assistée par les Animaux pour le traitement du trauma

Au cours des 40 dernières années, la Thérapie Assistée par les Animaux est passée d'une thérapie obscure et sans prétention à une thérapie efficace fondée sur des recherches (Hines, 2003). Pendant des années, la communauté professionnelle a négligé la TAA en tant que thérapie viable (Arkow, 1986) ; cependant, Wesley et al., (2009) affirment qu'elle constitue aujourd'hui une expérience saine et positive pour la plupart des populations. La TAA ne correspond pas à un courant psychothérapeutique en soi ; le chien thérapeutique ou un autre animal est plutôt un complément au processus de traitement, aidant à engager le patient dans le programme thérapeutique (Fine, 2010). La TAA est une stratégie établie pour renforcer l'alliance thérapeutique avec des populations diverses (Bleiberg et al., 2005) et réduire le stress

¹³ Notons qu'une étude est actuellement réalisée par l'association HETI dans le but de recenser au niveau international les termes utilisés par les professionnels pour nommer leurs pratiques, afin de créer une nomenclature utilisée universellement. Cette dernière a pour objectif de recenser les pratiques existantes, de les rassembler sous une même catégorie et ainsi de réduire le nombre d'appellations différentes.

(González-Ramírez et al., 2013). Cependant, la littérature ne révèle que très peu d'informations sur la façon dont la TAA peut contribuer au traitement des personnes souffrant de dépendance.

Les TAA peuvent être définies de manière générale comme tout traitement thérapeutique impliquant un animal (Kruger & Serpell, 2010). Les TAA ont été utilisées pour traiter une variété de difficultés de santé, et les recherches durant ces vingt dernières années suggèrent qu'elles pourraient être utiles dans le traitement de la dépression (Souter & Miller, 2007), l'anxiété (Nimer & Lundahl, 2007), du spectre autistique (O'Haire et al., 2015) et de la démence (Filan & Llewellyn-Jones, 2006).

Une récente revue systématique des études empiriques sur son utilisation pour traiter le stress post-traumatique suggère que les interventions assistées par les animaux (IAA) sont des interventions complémentaires prometteuses pour les survivants de traumatisme, y compris chez les enfants et adolescents traumatisés (O'Haire et al. 2015). Par exemple, les animaux sont censés réduire l'anxiété et l'hyperactivation, étant donné les recherches indiquant que leur présence est liée à la sécrétion d'ocytocine (Beetz et al., 2012). Il a été démontré que l'exposition aux animaux est associée à l'augmentation de l'interaction sociale (Wood et al., 2005) et la réduction de la solitude (Banks & Banks, 2005), ce qui suggère que les IAA peuvent réduire l'isolement. Les recherches indiquent également que les animaux peuvent susciter des émotions positives (O'Haire et al., 2015), et donc peuvent combattre l'engourdissement émotionnel. Les animaux peuvent également contrecarrer la symptomatologie intrusive, car ils peuvent rappeler aux survivants que le danger n'est pas présent (Yount et al., 2013), et il a été montré qu'ils facilitent les expériences de présence attentive de type Pleine Conscience (O'Haire et al. 2015 ; Parish-Plass, 2008).

Si les examens empiriques existants de l'IAA pour la symptomatologie post-traumatique sont limités en termes de rigueur méthodologique (par exemple, de nombreuses études sont quasi-expérimentales, n'ont pas de randomisation et/ou de groupe témoin, ont des échantillons de petite taille), les résultats ont mis en évidence la myriade de processus par lesquels les animaux peuvent aider à traiter les symptômes associés à l'exposition à un traumatisme.

La plupart des recherches sur la Thérapie Assistée par les Animaux (TAA) pour les survivants de traumatismes impliquent des chiens (par exemple, des chiens de service), et de nombreuses études ont intégré les chiens dans des cadres cliniques traditionnels (voir par exemple, Dietz et al., 2012; Hamama et al., 2011). Cependant, quelques études ont examiné l'intérêt d'introduire les animaux de ferme, y compris les chevaux, dans la thérapie des personnes traumatisées. En outre, dans une récente étude sur les interventions pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la thérapie assistée par le cheval a été considérée comme thérapie populaire, nouvelle et/ou émergente (Metcalf et al., 2016).

1.2. La Thérapie Assistée par le Cheval pour le traitement du trauma

Les avantages de la TAC sont similaires à ceux mentionnés pour la TAA, cependant un certain nombre d'auteurs considèrent la TAC comme une modalité thérapeutique avantageuse pour le renforcement de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (Bachi, 2013b; Karol, 2007; Kendall et al., 2014). On estime qu'elle améliore les capacités d'adaptation interpersonnelle, qu'elle favorise un attachement positif et la résilience (Kendall et al., 2015; Lentini & Knox, 2015). La TAC permet donc au thérapeute de travailler à différents niveaux en s'ajustant au patient afin d'avoir une action sur le système physiologique, émotionnel, comportemental et cognitif de la personne. Par exemple, un psychothérapeute, assisté d'un spécialiste des équidés, peut aider le patient à comprendre et à négocier les interactions avec le cheval, afin de favoriser la régulation, la réflexion et la communication verbale et non verbale (Selby & Smith-Osborne, 2013). Il est également possible que la TAC soit avantageuse pour les survivants de traumatismes en raison du sentiment de maîtrise qui peut être développé grâce au

toucher et au renforcement des compétences du patient, à l'absence relative de déclencheurs interpersonnels perturbants, ainsi qu'à la co-régulation facilitée par les interactions entre le cheval et le patient (Naste et al., 2018).

La TAC est un type de psychothérapie qui utilise les chevaux pour se « connecter » aux autres (Bivens et al., 2007), pour apprendre ou réapprendre à faire confiance et à être confiant. De ce fait, l'application de la théorie de l'attachement comme cadre pour la pratique de la TAC a été proposée par plusieurs auteurs (Bachi, 2013b; Vincent & Farkas, 2017), suggérant qu'une relation d'attachement entre le patient et le cheval peut s'opérer durant la thérapie et être à l'origine des résultats thérapeutiques. D'autre part, des données récentes appuient l'idée qu'en raison de la forte charge émotionnelle caractérisant traditionnellement leur relation avec l'homme, les chevaux ont développé des compétences de communication, qui ont favorisé leur capacité à répondre aux états émotionnels humains. Scopa et al. (2019) font l'hypothèse que la cause immédiate des bénéfices des interventions assistées par le cheval pourrait être la coordination mutuelle par laquelle les sujets viennent corporellement et, surtout, émotionnellement en contact. En d'autres termes, l'effet bénéfique de la TAC résiderait dans les ajustements relationnels continus entre le patient et le cheval, via le processus de « transfert émotionnel ». Par ce biais, le cheval perçoit les émotions du patient, y réagit, interagit avec ce dernier, permettant au patient de développer la capacité d'affiner ses propres états émotionnels, et donc d'améliorer ses compétences en matière de régulation émotionnelle.

La TAC utilise un cheval (ou des chevaux) pour faciliter la communication et la prise de conscience des pensées et des comportements dans une approche orientée vers l'expérience. C'est pourquoi une autre modalité thérapeutique est de plus en plus associée à la TAC : la Pleine Conscience. Cette dernière est définie comme « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention de manière intentionnelle et non-jugeante sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Les chercheurs considèrent la Pleine Conscience comme un potentiel humain et universel. La Pleine Conscience se cultive de bien des manières, pas seulement au travers de pratiques méditatives formelles. Il s'agit de développer un « état d'être » à soi, aux autres et au monde. Il a été constaté que pratiquer la Pleine Conscience est psychologiquement bénéfique, en aidant les personnes à réguler leurs émotions et sentiments ; et à contrôler leurs désirs et envies. Bien que ces thérapies aient été étudiées séparément, les recherches futures devraient examiner s'il existe une corrélation positive entre les deux. En ce sens, une étude de Xia et al. (2019) a montré qu'un grand nombre d'interventions dites « non-MBI » (interventions non basées sur la Pleine Conscience), dont la TAC, présentaient des augmentations significatives des niveaux de pleine conscience. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait exister des points communs entre les MBI et les non-MBI, laissant à penser qu'il existe de nombreuses voies, autres que l'exercice de la méditation formelle, pour développer la pleine conscience.

La TAC apparaît comme une intervention prometteuse, fondée sur des données probantes, pour le traitement des traumatismes et des troubles liés au stress (Buck et al., 2017). De nombreuses études ont été identifiées comme examinant l'efficacité de la TAC pour les survivants de traumatismes, elles sont présentées dans trois revues systématiques de la littérature (voir : Lentini et Knox 2015 ; O'Haire et al. 2015 ; Germain et al., 2018).

Chez les survivants d'abus sexuels vécus durant l'enfance, il a été également montré que la TAC réduisait les symptômes de la dépression (Signal et al., 2013), ainsi que le stress post-traumatique, l'anxiété et les comportements d'extériorisation, tels que l'agressivité, les comportements d'opposition et les accès de colère (Kemp et al., 2014). Signal et al. (2013) soulignent notamment que les tailles d'effet associées à la réduction des symptômes d'internalisation constatées dans leur étude utilisant la

TAC sont plus importantes que celles constatées dans la recherche sur la TF-CBT¹⁴. Whittlesey-Jerome (2014) a réalisé une étude auprès de femmes victimes de violences interpersonnelles afin de mesurer l'impact de la TAC sur le sentiment d'auto-efficacité. Au bout de 8 semaines, les résultats quantitatifs montrent une amélioration plus importante du sentiment d'efficacité personnelle et du fonctionnement général avec une baisse des affects dépressifs. Dans une étude non randomisée Earles et al. (2015) ont rapporté l'efficacité du programme Equine Partnering Naturally© pour traiter l'anxiété et le stress post-traumatique, chez 16 volontaires. Suite à cette thérapie, le score de stratégies de pleine conscience a augmenté chez les participants et la consommation d'alcool a diminué. En outre, des études portant sur des jeunes ayant reçu un diagnostic de TSPT et ayant suivi des séances de TAC ont mis en évidence une réduction de la symptomatologie du TSPT (McCullough et al., 2015; Mueller & McCullough, 2017), suggérant que la TAC peut être une modalité de traitement complémentaire efficace pour les symptômes de stress post-traumatique. Cependant, ces résultats n'ont pas démontré que la TAC était significativement plus efficace que la thérapie traditionnelle en cabinet.

Les études de Balluerka et al., (2015) et Muela et al., (2017) couplant la présence d'un chien et de chevaux ont montré l'intérêt de la TAA pour les jeunes qui ont subi des traumatismes dans leur enfance et qui ont ensuite du mal à s'adapter au milieu des foyers de soins. Leurs résultats indiquent par exemple que par rapport au groupe contrôle, les jeunes qui ont participé au programme TAA ont signalé une amélioration significative des symptômes de dépression et du sentiment d'auto-efficacité et de leurs compétences sociales, ainsi qu'une attitude plus positive envers les enseignants à l'école. Chez cette même population, Naste et al. (2018) ont réalisé une série d'études pour investiguer l'intérêt d'un programme de TAC spécifique au traitement du trauma complexe. Leurs résultats révèlent une baisse significative des symptômes de stress post-traumatique, de l'anxiété, de la dépression, des plaintes somatiques et sensorielles et de la dysrégulation comportementale. Le programme a également permis le développement de compétences interpersonnelles et plus globalement du fonctionnement social. Les adolescents ont également rapporté un meilleur fonctionnement des fonctions exécutives et le développement de stratégies de coping positives. Enfin, on recense des études de cas. Une étude de Nevins et al. (2013) rapporte une évolution positive chez un adulte avec le trouble de stress post-traumatique (TSPT) après des séances de TAC.

D'autres études ont évalué l'impact de la TAC sur des biomarqueurs de stress tels que le cortisol. Les résultats préliminaires de l'étude de Yorke et al. (2013) n'ont tout d'abord pas permis de conclure de façon univoque sur l'impact de la TAC pour la diminution des taux de cortisol chez les enfants. Puis, un essai randomisé mené auprès d'enfants de Pendry et al., (2014) a montré une diminution significative du taux de cortisol après les séances de TAC.

Bien que toutes ces études aient porté sur des échantillons de petite taille (de 4 à 30) et que la plupart n'aient pas fait appel à la randomisation, les résultats préliminaires suggèrent que la TAC présente de nombreux avantages potentiels pour les personnes traumatisées, y compris pour celles ayant des antécédents traumatiques complexes (par exemple, les abus sexuels dans l'enfance). En tant que telle, la TAC peut être considérée comme une thérapie prometteuse complémentaire pour les personnes traumatisées (Naste et al., 2018).

Cependant, il y a aujourd'hui un réel besoin d'étudier finement les processus à l'œuvre dans la TAC afin de pouvoir, ensuite, mieux évaluer nos interventions dans ce domaine (Bachi, 2012; Kieson, 2018; Selby & Smith-Osborne, 2013). En 2014, après avoir étudié 14 études en TAC, Anestis et al. (2014)

¹⁴ Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

concluait que les données répertoriées ne justifiaient pas l'utilisation de la TAC pour le traitement des troubles mentaux. Leur analyse révélait que toutes les études qu'ils ont sélectionnées étaient compromises par un nombre substantiel de menaces à la validité, remettant en question la signification et la portée clinique de leurs résultats. En outre, les études n'avaient pas réussi à fournir des preuves cohérentes de la supériorité de la TAC par rapport au simple passage du temps dans le traitement des troubles mentaux. Cependant, des efforts ont été fournis depuis et un certain nombre d'études présentent à présent des résultats plus probants.

A l'heure actuelle de nouvelles méthodologies se développent pour l'étude des effets de la TAC. L'étude de Zhu et al., (2021) est ainsi la première à montrer que la TAC peut affecter des changements fonctionnels et structurels du cerveau de patients souffrant de TSPT. Les résultats suggèrent notamment que la TAC peut cibler la réactivité du circuit de la récompense et produire un effet d'élagage du noyau caudé et de la matière grise du thalamus avec une réduction après le traitement. En outre, l'augmentation de la fonctionnalité de la connectivité au niveau du noyau caudé était positivement associée à l'amélioration clinique observée immédiatement après le traitement et lors du suivi à trois mois. Pour démontrer ces changements, les chercheurs ont utilisé plusieurs techniques de neuro-imagerie longitudinale, y compris l'imagerie par résonance magnétique structurelle (IRMs), l'IRMf à l'état de repos (IRMf-rs) et l'imagerie du tenseur de diffusion (ITD), en plus d'évaluations cliniques avant, après le traitement et un follow-up à 3 mois. L'objectif était de saisir les prédicteurs et les processus liés aux résultats de la TAC dans le traitement du TSPT, chez 19 vétérans ayant participé à 8 séances hebdomadaires de TAC. L'intervention de cette recherche a été réalisée à partir d'un manuel de programme de TAC pour le traitement du TSPT chez les vétérans, développé par ces mêmes auteurs et testé dans un essai pilote (Arnon et al., 2020), puis dans un vaste essai ouvert (Fisher et al., 2021, en cours de révision). Les huit séances de TAC ont permis de réduire les symptômes du PTSD et de la dépression, et ont été très bien tolérées et acceptées (très peu d'abandons).

1.3. Intérêt de la TAC pour les personnes dépendantes

Le traitement des troubles liés à l'usage de substances nécessite des techniques et des options de traitement complémentaires qui renforcent l'alliance thérapeutique et réduisent le stress dans la thérapie. En 2003, la SAMHSA (2006a) a dénombré 1,84 million d'admissions individuelles en traitement pour toxicomanie. La même année, 28 % des patients en traitement sont partis contre l'avis d'un professionnel et l'établissement a mis fin au séjour pour 9 % de patients contrevenants. Seuls 44 % ont terminé le traitement avec succès (SAMHSA 2006b). L'étude de Cutler et Fishbain (2005) indique que les traitements de la dépendance à l'alcool et aux drogues se révèlent encore actuellement peu efficaces. En effet, Dalsbø et al. (2010) évoque une lutte permanente pour trouver des modalités de traitement qui motivent les patients TUS à rester suffisamment longtemps en traitement pour permettre un changement bénéfique. De nouvelles stratégies de traitement sont donc nécessaires pour aider à l'adhésion des patients dans le traitement et augmenter l'efficacité de ce dernier. D'après différents auteurs (Kern-Godal et al., 2016; Wesley et al., 2009) la TAA et la TAC pourraient être des modalités de traitement qui répondent à ces attentes. Les résultats préliminaires montrent que la présence de l'animal revêt une dimension motivante qui permet une meilleure adhésion au traitement et améliore l'alliance thérapeutique. Les résultats de l'étude de Kern-Godal et al. (2015) rapportent par exemple une association statistiquement significative entre la participation à la TAC et la durée du traitement, et entre la participation à la TAC et le fait d'arriver au terme du traitement. Cependant, une étude de Gatti et al., (2020) n'a pas trouvé d'association statistiquement significative entre l'intervention TAC en complément des soins usuels et le déroulement du traitement (achèvement, abandon, transfert) parmi les 37 participants de l'étude. Les auteurs recensent de grandes difficultés dans le suivi des patients et leur

parcours de soins souvent interrompu. Néanmoins 44 % des participants du groupe TAC ont achevé leur traitement, contre 32 % dans le groupe soins usuels seul, cette observation incite à poursuivre les recherches dans ce domaine, lorsque l'on sait que l'adhésion au traitement et/ou la finalisation complète du programme de soins sont deux facteurs importants pour la réussite de la prise en charge des TUS.

1.4. Objectif de la présente étude

Cette étude visait à étudier l'efficacité de la Thérapie Assistée par le Cheval auprès de patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances et de troubles comorbides. En particulier, l'intervention de TAC ciblait la diminution de symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs, couramment associés aux troubles addictifs. Nous avons étudié l'intérêt de l'ajout du programme TAC pour le traitement intégré du TSPT-TUS à la prise en charge classique du centre, en comparant l'évolution des patients ayant suivi le programme TAC en plus des soins usuels du centre à ceux ayant uniquement suivi les soins usuels.

II. Méthodologie

2.1. Contexte institutionnel

2.1.1. Description du CSSRA La Fontenelle

Le CSSRA La Fontenelle propose un séjour de 5, 9 ou 13 semaines avec différentes étapes permettant à chaque patient de se donner le temps nécessaire pour expérimenter l'abstinence durant le séjour, pour réfléchir à la place prise par la consommation de toxiques dans sa vie, et élaborer des stratégies de changement.

Le centre propose également une prise en charge des complications liées à la maladie (complications somatiques, troubles cognitifs, problèmes psychologiques complexes, et détérioration des liens familiaux, sociaux, professionnels).

Les différentes étapes de la postcure apportent :

- des soins médicaux, des moyens de rééducation physique, des informations sur la santé et sur la prévention des risques ;
- des moyens de réadaptation permettant au patient de retrouver un rythme de vie plus satisfaisant, l'aidant à retrouver un intérêt pour les loisirs, lui proposant une mise en situation de création et de production, l'orientant vers des structures spécialisées ou vers des personnes en mesure d'assurer un suivi,
- la possibilité de s'engager dans un travail psychothérapeutique individuel, en groupe, et familial.



Durant le séjour, une abstinence totale est demandée. Celle-ci doit permettre aux patients de faire l'expérience d'une « vie sans produits » afin de créer les conditions d'un choix éclairé pendant le séjour et d'un positionnement dans le rapport aux produits qui sera souhaité à l'issue des soins.

2.1.2. Le programme TAC au CSSRA

Comme d'autres ateliers, l'intervention TAC faisait partie des modalités thérapeutiques proposées au CSSRA La Fontenelle depuis plusieurs années. Elle avait débuté en 2015 dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire proposée au CSSRA.

2.2. Présentation du protocole de l'étude

Une séance d'information pour présenter la recherche a été réalisée auprès des patients au moment de leur entrée en post-cure. A cette occasion, les patients recevaient individuellement une note d'information. Les patients souhaitant participer aux séances de TAC ont été rencontrés individuellement pour réaliser la visite d'inclusion, afin de valider des critères d'éligibilité. Les patients éligibles (GTAC-GSU) recevaient à ce moment un formulaire de consentement (cf. Annexe 3) et un cahier de questionnaires comprenant les différentes échelles de mesure de l'étude (cf. Annexe 4). Ils disposaient d'un délai d'une semaine pour remplir le cahier de questionnaires. Lors de la dernière semaine de séjour, le patient du groupe intervention était rencontré en entretien d'une durée d'une heure, après avoir effectué sa dernière séance de TAC, pour réaliser un bilan sur son séjour et de l'intervention à laquelle il avait participé. Au terme de leur séjour, les patients ont disposé d'un délai d'une semaine pour remplir le second cahier de questionnaires.

2.2.1. Critères d'éligibilité

Les critères de non-inclusion : présence d'une pathologie psychiatrique telle que la psychose, d'un handicap, d'une maladie somatique invalidante, ou de troubles cognitifs importants impactant sensiblement les facultés de compréhension et de raisonnement.

Les critères d'exclusion : Huit patients ont été retirés de l'étude. Deux patients du groupe intervention ont été retirés parce que le nombre de séances de TAC était trop faible (séances TAC < à un tiers du séjour). Six patients du groupe Soins Usuels ont été retirés de l'étude sur le motif de l'âge (> à 60 ans) et du niveau d'étude (niveau d'éducation élevé > à BAC plus 5) engendrant un manque d'appariement entre les deux groupes (cf. tableau 9.1).

Tableau 9.1 Descriptif des patients retirés de l'étude

N° PATIENT	GROUPE	DUREE DE SEJOUR	GENRE	AGE	NIVEAU D'ETUDE	NOMBRE DE TAC
817037	GI	13 semaines	Femme	53 ans	CAP/BEP	2
818131	GI	11 semaines	Homme	31 ans	Sans diplôme	3
817067	GC	5 semaines	Femme	62 ans	CAP/BEP	NC
818123	GC	5 semaines	Femme	70 ans	BAC/+1	NC
818138	GC	5 semaines	Homme	69 ans	CAP/BEP	NC
819201	GC	5 semaines	Femme	68 ans	CAP/BEP	NC
818100	GC	5 semaines	Homme	59 ans	BAC +2-8	NC
818125	GC	5 semaines	Homme	59 ans	BAC +2-8	NC

2.2.2. Recrutement des patients et participation des patients à l'étude

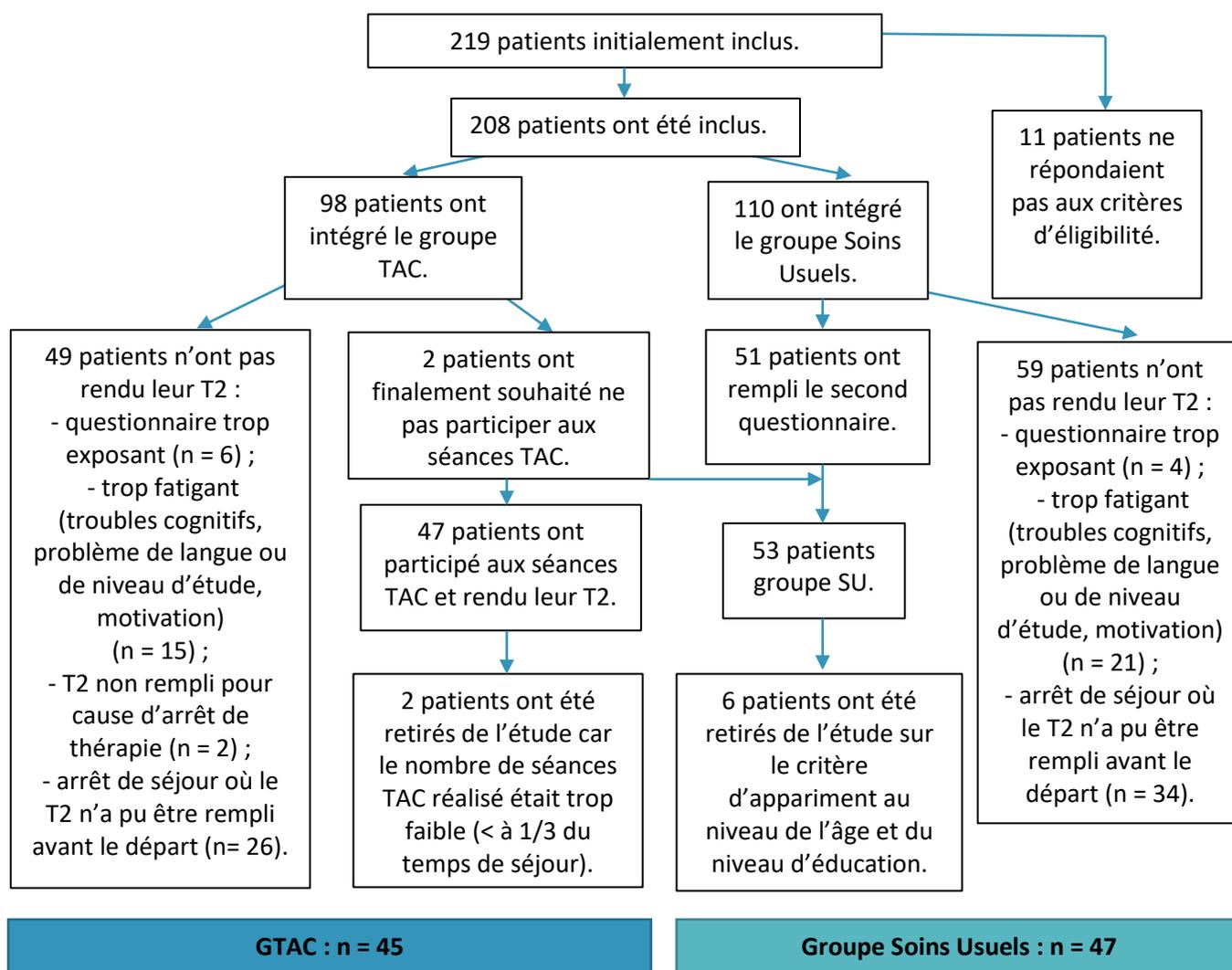


Tableau 9.2 Récapitulatif des patients n'ayant pas rendu leur questionnaire n°2

	GRUPE TAC	GRUPE SU
T2 NON REMPLI POUR CAUSE DE DEPART :	28	34
- ARRET DE SOINS	26	34 dont 1 départ volontaire
- ARRET DE THERAPIE	9 (dont n = 7 : arrêt de soins et n = 2 : T2 non rendus)	NC
REFUS DE REMPLIR T2 :	21	25
- TROP EXPOSANT	6	4
- TROP FATIGANT	15	21
TOTAL T2 NON REMPLI	49	59

2.3. Echantillon

L'échantillon est composé de 92 patients accueillis en séjour de post-cure (durée séjour : min. 5 semaines, max. 13 semaines), au CSSRA « La Fontenelle » de Maizeroy. Les patients étaient majoritairement des hommes (67 hommes et 25 femmes), âgés en moyenne de 46 ans. La durée moyenne du séjour était de 9 semaines.

Il s'agit d'une étude analytique étudiant les effets d'une intervention de Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) chez des sujets souffrant de troubles de l'usage de substances en CSSRA utilisant un schéma expérimental contrôlé non randomisé monocentrique. Sur une période de deux ans, les patients ont été inclus sur la base du volontariat et répartis en deux groupes :

- Groupe intervention (groupe TAC) : n = 45 ;
- Groupe soins usuels (groupe SU) : n = 47.

En plus des soins usuels du centre, les patients du groupe intervention ont participé à une séance hebdomadaire de TAC, d'une durée de deux heures, tout au long de leur séjour.

2.4. Echelles de mesure utilisées :

- Post-traumatique Checklist (PCL-5) (Weather et al. 2014 ; validation française : Ashbaugh et al., 2016) ;

Cette échelle est celle la plus couramment utilisée dans la littérature pour établir un pré-diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Les critères de l'échelle correspondent à ceux du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition).

- Echelle des Expériences Dissociatives (DES) (Bernstein & Putnam, 1986 ; validation française : Darves-Bornoz et al., 1999) ;

Cette échelle est la plus largement utilisée dans la littérature pour mesurer la dissociation et réaliser un pré-screening des troubles dissociatifs.

- Le Questionnaire des Schémas de Young (YSQ-S3) (Young & Brown, 1990 ; validation française : Hawke & Provencher, 2012a) ;

Nous avons choisi la version 3 du questionnaire des Schémas de Young dans une version abrégée afin que la passation soit moins lourde pour les patients. La mesure des SPI nous a paru intéressante pour obtenir des informations cliniquement pertinentes sur notre échantillon et mesurer l'effet de la thérapie.

- L'échelle des Difficultés de Régulation Emotionnelle (DERS) (Gratz & Roemer, 2004; validation française : Côté et al., 2013) ;

Pour mesurer les difficultés de régulation émotionnelle, nous avons opté pour la DERS car elle mesure différentes dimensions qui nous paraissaient intéressantes à étudier. Selon Gratz et Roemer (2004), une régulation adaptative des émotions signifie disposer, à la fois, d'un large répertoire de stratégies de régulation des émotions et de suffisamment de flexibilité pour les utiliser. La DERS sous-tend une adhésion à un modèle multidimensionnel de la régulation émotionnelle.

- L'échelle de l'expression et du contrôle de la Colère (The Self-Expression and Control Scale (SECS), van Elderen et al., 1997; pas de validation française) ;

L'échelle SECS nous a semblé pertinente du fait de l'évaluation d'une part, de la façon dont l'individu exprime ou inhibe sa colère et d'autre part, des stratégies qu'il met en œuvre pour gérer sa colère.

- Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis & Savitz, 2000) ;

Cet inventaire est très complet et permet de récolter des données sur un large panel de troubles psychiatriques. D'autre part, du fait de son application courante, on dispose de données de comparaison nous permettant de situer les résultats obtenus de notre échantillon par rapport à une population non clinique et aux populations cliniques.

- Le bien-être subjectif (WOQOL-BREF) (WOQOL-group, Orley & Kuyken, 1994; validation française : (Baumann et al., 2010) ;

Cette échelle est très rapide et simple de passation. En plus de donner un aperçu de niveau subjectif de bien-être, elle est aussi un bon indicateur pour déceler la présence de troubles dépressifs.

- L'échelle d'évaluation de la pleine conscience (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS) (Brown & Ryan, 2009 ; validation française : Jermann et al., 2009).

Cette échelle est couramment utilisée pour évaluer la pleine conscience. Les auteurs ont validé sa pertinence pour évaluer une évolution clinique des patients suite à une intervention.

- L'inventaire des événements traumatiques vécus avant l'âge de 18 ans (ETI-SR-SF) (Bremner et al., 2007 ; validation française : Vaccarino et Bremner, 2009 ; Révision version française : Cyr, 2014).

Cet inventaire est relativement court à la passation. Il a été adapté par les auteurs pour son utilisation en recherche. Il récolte moins de détails sur l'événement traumatique et en cela il est aussi moins exposant pour les répondants.

Les qualités psychométriques des échelles de mesure utilisées figurent dans le tableau 9.3. Les échelles de mesure utilisées sont disponibles en Annexe 4.

Tableau 9.3 Synthèse de qualités psychométriques des échelles de mesure utilisées

	NOMBRE D'ITEMS ET SCORE GLOBAL	CARACTERISTIQUES PSYCHOMETRIQUES
POST-TRAUMATIQUE CHECKLIST (PCL-5)	<p>Mesure d'auto-évaluation des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) :</p> <p>20 items répartis en 4 sous-dimensions correspondant aux symptômes recensés dans le DSM-5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critère B : Reviviscences (R) (5 items) ; - Critère C : Evitement (A) (2 items) ; - Critère D : Altération négative des cognitions et de l'humeur (NACM) (7 items) ; - Critère E : Hyper-réactivité (H) (6 items). <p>Echelle de Likert variant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).</p> <p>DSM-V :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Score total pour la gravité des symptômes (0-80) peut être obtenu en additionnant les scores de chacun des 20 items. -score de gravité pour chacun des critères de symptômes, en additionnant le score aux items contenus dans chacun des critères. - Diagnostic provisoire, en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent, puis en adhérant aux instructions du DSM-5 = au moins : 1 item B, 1 item C, 2 items D et 2 items E. <p>Un seuil de 31-33 au PCL-5 suggère la présence d'un TSPT.</p> <p>Evaluer un changement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -5 points comme = seuil minimum pour déterminer si une personne a bénéficié du traitement = changement fiable -10 points = amélioration cliniquement significative. 	<p>Les scores totaux de la version française du PCL-5 a démontré une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$), ainsi qu'une forte validité convergente et divergente.</p> <p>Une forte cohérence interne a également été observée pour chacune des quatre sous-échelles (α's > 0,79).</p> <p>La fiabilité test-retest était également très bonne ($r = 0,89$).</p>
ECHELLE DES EXPERIENCES DISSOCIATIVES (DES)	<p>28 items allant sur un continuum de 0% à 100% du temps.</p> <p>3 facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépersonnalisation et Déréalisation (DD) - Fragmentation amnésique de l'identité (AF) - Absorption et Participation imaginative (AI) <p>Score global :</p> <p>Score > 25 : probabilité d'un trouble dissociatif</p> <p>Score > 30 : pré-diagnostique de troubles dissociatifs</p>	<p>Coefficients Alpha de cohérence interne : 0,94</p> <p>Sous-dimensions :</p> <p>DD : $\alpha = 0,89$; AF : $\alpha = 0,86$; AI : $\alpha = 0,81$.</p> <p>Fiabilité de la DES : élevée.</p> <p>Echelle la plus utilisée pour l'évaluation de la dissociation en population clinique et non clinique.</p>
L'INVENTAIRE DES EVENEMENTS TRAUMATIQUES (ETI-SR-SF)	<p>L'ETISR-SF est une mesure rétrospective des traumatismes avant l'âge de 18 ans. 27 items de traumatismes spécifiques organisés en quatre domaines : traumatisme général (11 items), abus physique (5 items), abus émotionnel (5 items) et abus sexuel (6 items) cotés en OUI/NON.</p> <p>A l'origine, pour chaque domaine, à l'exception du traumatisme général, des questions de suivi pour chaque type de traumatisme concernant la fréquence, le type d'auteur et l'âge de l'apparition (0-5 ans, 6-12 ans et 13-18 ans) sont posées. Tous les domaines sont conclus par des questions à l'échelle de Likert concernant la mesure dans laquelle le traumatisme affecte le sujet sur le plan émotionnel, au travail ou à l'école ainsi que dans les relations sociales. Bremner et al. (2007) ont montré que le simple comptage du nombre d'événements traumatisants était aussi valable que d'autres algorithmes de notation plus complexes.</p> <p>Ces items ont été retirés afin que l'échelle soit moins exposante et de passation plus rapide.</p>	<p>Tous les domaines présentent une forte cohérence interne (coefficient de Cronbach $\alpha > 0,70$) similaire à la version longue, ainsi qu'une bonne validité ($r = 0,37$ à $0,47$) basée sur l'échelle CAPS mesurant les symptômes d'ESPT.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">QUESTIONNAIRE DES SCHEMAS DE YOUNG (YSQ-S3)</p>	<p>90 items évaluant 18 Schémas Précoces Inadaptés répartis en 5 domaines :</p> <p>A. Séparation et rejet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abandon/instabilité (AB) (5 items) ; - Méfiance/abus (MA) (5 items) ; - Manque affectif (ED) (5 items) ; - Imperfection/honte (DS) (5 items) ; - Isolement social (SI) (5 items). <p>B. Manque d'autonomie et de performance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépendance/Incompétence (DI) (5 items) ; - Peur du danger ou de la maladie (VU) ; - Echec (FA) (5 items) ; - Fusionnement/Personnalité atrophiée (EU) (5 items). <p>C. Manque de limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droits personnels exagérés/grandeur (ET) (5 items) ; - Contrôle de soi/autodiscipline insuffisante (IS) (5 items). <p>D. Orientation vers les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assujettissement (SB) (5 items) ; - Abnégation (SS) (5 items) ; - Recherche d'approbation et de reconnaissance (AS) (5 items). <p>E. Survigilance et inhibition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Négativité/pessimisme (NP) (5 items) ; - Surcontrôle émotionnel (EI) (5 items) ; - Idéaux exigeants/Critique excessive (US) (5 items) ; - Puniton (PU) (5 items). <p>Score global. Echelle de Likert variant de 1 (cela est complètement faux pour moi) à 6 (me décrit parfaitement).</p>	<p>Différentes études ont montré la bonne capacité du YSQ à discriminer une population clinique d'une population non clinique.</p> <p>Dans la dernière version du questionnaire (YSQ-S3), plusieurs études ont démontré que le nombre de facteurs identifiés correspondait exactement au nombre des SPI proposés dans la Thérapie des Schémas (Bachet al.,2015; Calvete, 2013; Leeet al., 2015; Lyrakos, 2014 ; Bouvard et al., 2018).</p> <p>Bonne validité interne et convergente. 4 SPI permettent de différencier la population clinique d'une population non clinique.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ECHELLE DES DIFFICULTES DE REGULATION EMOTIONNELLE (DERS)</p>	<p>36 items cotés sur une échelle de Likert variant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours) répartis en 6 sous-dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manque de conscience émotionnelle (CE) (6 items) ; -Manque de clarté émotionnelle (CLE) (5 items) ; -Manque d'acceptation émotionnelle (AE) (6 items) ; -Difficultés à contrôler des comportements impulsifs (CCI) (6 items) ; -Difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives (COB) (5 items) ; -Accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle (SRE) (8 items). <p>Score global élevé indique des difficultés élevées de régulation émotionnelle.</p>	<p>Les résultats de Côté et al. (2013) appuient la qualité de la traduction et confirment que la version francophone du DERS présente d'excellentes propriétés psychométriques similaires à celles de la version originale anglaise.</p> <p><u>Validité interne :</u> Coefficient alpha de Cronbach obtenu pour les 36 items, $\alpha = 0,94$. Aucune sous-échelle ne présente un coefficient inférieur à 0,70.</p> <p><u>Fiabilité test-retest :</u> La corrélation test-retest établie entre les totaux aux deux passations est de 0,84.</p> <p><u>Validité convergente :</u> Corrélations élevées et positives entre le total à la DERS et celui du BDIII ($r = 0,61$) et entre l'EDRE et la STAI état ($r = 0,67$) et la STAI-trait ($r = 0,74$).</p>

<p>ECHELLE DE L' EXPRESSION ET DU CONTROLE DE LA COLERE (SECS)</p>	<p>24 items répartis en 4 dimensions : -Anger In (6 items); -Anger Out (6 items); -Control Anger In (6 items); -Control Anger Out (6 items); Echelle de Likert variant de 1 (presque jamais) 4 (presque toujours). Un score élevé à AI et AO indique un haut niveau de colère intériorisée ou extériorisée. Un score élevé en CAI ou CAO indique l'accès à des stratégies de régulation et de contrôle de la colère.</p>	<p>Alphas de Cronbach réalisés sur notre échantillon</p> <p>Anger In: $\alpha = 0,797$ Anger Out: $\alpha = 0,715$ Control Anger In: $\alpha = 0,838$ Control Anger Out: $\alpha = 0,729$</p>
<p>SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90-R)</p>	<p>90 items répartis en 9 sous-dimensions : -Somatisation (SOM) (12 items) -Obsession-Compulsion (O-C) (10 items) ; -Traits sensitifs (SENS) (9 items) ; -Dépression (DEP) (13 items) ; -Anxiété (ANX) (10 items) ; -Hostilité (HOS) (6 items) ; -Anxiété phobique (PHOB) (7 items) ; -Idéation paranoïaque (PAR) (6 items) ; -Traits psychotiques (PSY) (10 items) ; -Items supplémentaires (IS) (7 items). Score global (Indice de gravité). Echelle de Likert variant de 0 (non pas du tout ; indiquant une absence de symptôme) à 4 (oui extrêmement).</p>	<p><u>Consistance interne</u> pour les neuf échelles symptomatiques satisfaisante (min .76 pour Idéations paranoïaque à un max .90 pour Dépression dans les Groupes cliniques). <u>Fidélité test-retest</u> pour les neuf échelles symptomatiques très satisfaisante, la plupart des coefficients oscillent entre .80 et .90. Structure interne validée (Derogatis & Cleary, 1977). <u>Validité convergente</u> : bonne. Ex. : l'échelle Dépression a une corrélation de .62 avec l'échelle dépression de l'HADS. L'échelle Anxiété a une corrélation de .69 avec l'échelle anxiété de l'HADS.</p>
<p>INDICE (EN CINQ POINTS) DE BIEN-ETRE DE L' OMS (1999)</p>	<p>Evaluation du niveau de bien-être psychologique subjectif : Unidimensionnel. 5 items évalués avec une échelle de Likert variant de 0 (jamais) à 5 (tout le temps). Un score global est obtenu en additionnant les réponses aux 5 items, puis en multipliant ce score par 4. Le score varie de 0 à 100. Plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Un score au-dessous de 50 est utilisé comme dépistage des personnes à risque de dépression.</p>	<p>L'α de Cronbach indique une bonne fiabilité interne, $\alpha = 0,84$ à $0,92$. Coefficient test retest : .83</p>
<p>ECHELLE D' EVALUATION DE LA PLEINE CONSCIENCE (MAAS)</p>	<p>Unidimensionnel. 15 items cotés sur une échelle de Likert allant de 1 (presque toujours) à 6 (presque jamais).</p> <p>Un score élevé indique un haut niveau de Pleine Conscience. Le Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003) est une échelle à 15 items évaluant la tendance générale à être attentif et conscient de l'expérience présente lors d'activités de la vie quotidienne. Lors de la validation de la version anglo-saxonne, Brown et Ryan (2003) rapportent que l'échelle est unidimensionnelle et présente de bonnes propriétés psychométriques. Une version francophone de cet outil a été validée (Jerman et al., 2009). Toutefois, les tentatives d'adaptation francophone du laboratoire de Heeren et Philippot (2010) (voir Hargot, 2005) n'ont pu retrouver ni la structure factorielle unidimensionnelle, ni les qualités psychométriques décrites par Brown et Ryan (2003).</p>	<p>Les propriétés psychométriques de l'adaptation française du MAAS sont similaires à celles rapportées par Brown et Ryan (2003) et MacKillop et Anderson (2007) pour la version originale anglaise. Les résultats de ces études soutiennent largement la validité psychométrique de la MAAS dans l'évaluation de la Pleine Conscience en un facteur. L'α de Cronbach indique une bonne fiabilité interne, $\alpha = 0,89$. L'expérience de la méditation et la performance sur le MAAS n'étaient pas significativement associées ($r = 0,04$, $p > 0,30$).</p>

2.5. La prise en charge au CSSRA

2.5.1. Les soins usuels

L'hospitalisation temps plein est assurée par des structures d'internat de longue durée (1 à 3 mois, pouvant aller jusqu'à 6 mois) précédemment dénommée post-cure et constituant maintenant les soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces établissements proposent une individualisation de l'activité « addictologie » afin d'offrir en un seul lieu les soins addictologiques spécialisés (ANAES, 2001).

L'accompagnement thérapeutique est organisé autour de trois axes : axe « psycho-relationnel », axe « corporel » et axe « vie sociale ». Un travail pluridisciplinaire est engagé par les différents professionnels (éducateurs spécialisés, infirmiers, psychiatres, médecins addictologues, psychologues cliniciens, neuropsychologue, assistante sociale, moniteurs de sport et moniteurs d'ateliers) travaillant autour de la prise en charge individualisée des patients. La prise en charge comprend notamment la participation à des groupes de parole, des entretiens individuels avec les psychothérapeutes, des entretiens familiaux, un accompagnement social et de nombreuses activités (réinsertion et réadaptation à l'effort dans les ateliers, activités d'expression artistique et artisanale, activités de rééducation physique et sportive, ateliers de développement des compétences psychosociales, présentations des CSAPA et des associations d'entraide).

Les trois quarts des patients ont réalisé un suivi avec un psychologue clinicien durant leur séjour (76% GSU et 73% GTAC).

2.5.2. Le programme de Thérapie Assistée par le cheval

Il s'agit d'une intervention complexe en psychologie de la santé, se plaçant dans une approche intégrée pour la prise en charge des troubles de l'usage de substances et des troubles de stress post-traumatique comorbides.

Tableau 9.4 Détails du programme de Thérapie Assistée par le Cheval basée sur l'approche sensorimotrice

	Thème de la séance	Exemples d'exercices en pleine conscience	Exemples d'activités en TAC
I	La sécurité de base : Rencontrer les chevaux et le thérapeute Découverte de la pleine conscience	Psychoéducation : le stress, le pilote automatique. Méditation : conscience des sons, conscience de la vue.	Observer les chevaux et la dynamique du troupeau. Aller à la rencontre des chevaux en pleine conscience. Méditation du cheval.
II	Apprendre à réguler ses émotions (Régulation interactive et autonome)	Psychoéducation : Les systèmes émotionnels défensifs vs. prosociaux. Renforcement des ancrages. Méditation des 5 sens : vue, ouïe, odorat, toucher, (goût). Exercices de réduction du stress (cohérence cardiaque).	Marche en pleine conscience dans le parc avec les chevaux en liberté. Chercher des analogies entre les chevaux et les humains. Caresser le cheval de son choix sur tout le corps.
III	Voir les pensées comme des pensées	Méditation assise : les pensées. Méditation la marche en pleine conscience (lien : pensées/posture/mouvement). Espace de respiration SOBER. Méditation de l'explorateur.	Obtenir l'attention de son cheval. Exercice du « bon timing ». Mener le cheval tenu en longe d'un point A à un point B en Pleine Conscience.

IV	Leadership : Développer sa capacité à s'affirmer sans agressivité	Pleine conscience en mouvement. Body scan « version courte » debout. Espace de respiration SOBER.	Psychoéducation : les distances et les limites. Déplacer le cheval par le biais de la communication non-verbale, sans contact direct avec l'animal.
V	Conscience des déclencheurs (addicts/traumatiques), et des situations à haut risque de consommation	Psychoéducation : Souvenirs traumatiques et déclencheurs et leur lien avec le maintien de l'addiction. S'organiser les jours difficiles. Méditation de la montagne. Méditation « surfer sur les envies ».	Exercices à pied avec le cheval, apprendre à déplacer le cheval (pression directe/indirecte). Déplacer le cheval sur un parcours.
VI	Acceptation et gestion de la dissociation traumatique	Psychoéducation : les expériences dissociatives. Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées. Expérimenter différentes postures en pleine conscience.	Toucher relationnel avec le cheval. Body scan avec le cheval. Méditation « J'écoute ton cœur et tu ressens le mien ». Chasser les mouches du cheval. Gratouilles.
VII	Emotions et croyances de base	Psychoéducation : les Schémas précoces inadaptés. Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées, émotions.	Parcours avec le cheval en binôme.
VIII	Compétences de gestion émotionnelle	Evaluer à combien cela est activant de faire la « Méditation de la respiration », puis méditer. Méditation « Surmonter l'inconfort » et pratiques bienveillantes envers soi.	Communiquer avec son cheval : le carré d'attention, le carré de détente, le slalom, « test de la confiance » s'éloigner du groupe et revenir. Balade en groupe dans le parc avec les chevaux tenus en longe. En groupe, déplacer le troupeau de chevaux en liberté.
IX	Améliorer sa relation aux autres	Evaluer à combien cela est activant de pratiquer la méditation du « Body scan ».	Travail sur les limites et les distances avec le cheval. Exercice « Pars et reviens » Yoyo slalom.
X	Surmonter les défis et renforcer la confiance	Espace de respiration SOBER dans une situation-défi.	Se fixer un objectif à atteindre avec le cheval et mener les actions pour y parvenir. Parcours avec le cheval.
XI	Compassion et bienveillance (prendre soin de soi et style de vie équilibré)	Méditation assise : bienveillance Méditation exactement comme moi.	Passer du temps avec le cheval de son choix. Toucher relationnel sur le cheval puis sur soi. Pratique de l'auto-récompense et de l'autocompassion.
XII	Gestion des situations à haut risque et des émotions intenses	Méditation assise : son, respiration, sensation et surfer sur l'inconfort. Espace de respiration SOBER deux par deux.	Expérimenter par le mouvement et le contact du cheval le retour dans la fenêtre de tolérance.
XIII	Gérer sa séance	Méditation individuelle courte en autonomie, puis partage en groupe.	Choix d'un exercice à pied à réaliser avec le cheval de son choix. Rituel de fin de thérapie.

Au cours de l'intervention, les chevaux sont perçus comme de véritables partenaires. La présence du thérapeute permet la mise en mots des éprouvés du patient et l'interprétation des interactions qui se sont

déroulées entre les participants et les chevaux. Les moments relationnels avec le cheval constituent des occasions pour l'individu de ressentir sa propre présence dans l'instant, s'appuyant sur un terreau d'interactions avec un être vivant qui stimule l'attention aux ajustements continus dans cette relation (Herbette & Guilmot in Kotsou & Heeren, 2011). Par sa capacité à opérer un biofeedback de l'état émotionnel et physique de l'homme, le cheval soutient le développement d'une plus grande sensibilité, tant émotionnelle que sensorielle, en favorisant une régulation psychobiologique interactive. Ce faisant, il concourt au rétablissement et à la croissance du système d'engagement social du patient. Ce compagnonnage avec le cheval, enrichi par la pratique régulière de la méditation, est alors l'occasion de développer sa congruence personnelle par une meilleure écoute et une attention aux sensations, émotions, cognitions et comportements.

2.6. Analyses statistiques

Des t de Student pour échantillons appariés et des ANOVAs à mesures répétées ont été réalisés. Les variables « Genre », « Age », « Niveau d'étude » ont été contrôlées.

Résultats

Les résultats présentent les effets du séjour résidentiel selon la participation à un groupe de thérapie assistée par le cheval (TAC) en complément des soins usuels du centre comparativement au groupe ayant uniquement suivi les soins usuels du CSSRA.

Ils seront présentés en deux parties :

- Résultats 1 : Effets du séjour au CSSRA sur différentes variables en fonction des deux groupes TAC et SU
- Résultats 2 : Effets du séjour au CSSRA sur les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) en fonction des 2 groupes TAC et SU

Bien que nous n'ayons pas réalisé de randomisation, les groupes ne diffèrent pas quant à l'âge ($p = 0,20$), au genre ($p = 0,72$), au niveau d'étude ($p = 0,45$), et la durée de séjour ($p = 0,2$). Les groupes ne diffèrent pas significativement à leur entrée en post-cure sur les différentes variables psychologiques étudiées.

Résultats A

III. Résultats A : Effets du séjour au CSSRA sur différentes variables en fonction des deux groupes TAC et SU

Les résultats obtenus suite au suivi du programme TAC pour une prise en charge intégrée des troubles dissociatifs et traumatiques comorbides aux troubles de l'usage de substances sont présentés aux points 3.1 et 3.2 L'évolution des patients concernant la régulation émotionnelle est présentée aux points 3.3, 3.4 et 3.5. L'évolution des patients au niveau des symptômes psychiatriques est présentée au point 3.6 et 3.7.

3.1. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes de stress post-traumatique en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.5 Comparaison de moyennes de symptômes de stress post-traumatique des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
		means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
PCL global	Groupe								
	N = 45	GTAC	36,07	16,11	22,87	15,32	5,59	0,001	F (1,90) p
	N = 47	GSU	35,02	18,65	28,49	20,03	2,61	0,02	3,73 0,05
		Effet groupe	ns		ns				
PCL B Reviviscences									
	Groupe					t	p	ANOVA	
	N = 45	GTAC	9,11	5,48	5,87	4,78	3,83	0,001	F (1,90) p
	N = 47	GSU	8,83	5,58	7,17	5,73	1,88	0,07	1,67 ns
		Effet groupe	ns		ns				
PCL C Evitement									
	Groupe					t	p	ANOVA	
	N = 45	GTAC	3,91	2,42	2,87	2,18	2,33	0,02	F (1,90) p
	N = 47	GSU	3,61	2,38	3,11	2,65	1,45	ns	0,89 ns
		Effet groupe	ns		ns				
PCL D Altérations négative des cognitions et de l'humeur									
	Groupe					t	p	ANOVA	
	N = 45	GTAC	12,96	6,45	7,4	6,14	5,29	0,001	F (1,90) p
	N = 47	GSU	12,47	7,49	9,72	7,47	2,81	0,007	3,85 0,05
		Effet groupe	ns		p = 0,10				
PCL E Hyper-réactivité									
	Groupe					t	p	ANOVA	
	N = 45	GTAC	10,08	5,32	6,73	5,31	4,39	0,001	F (1,90) p
	N = 47	GSU	10,11	5,77	8,49	6,29	1,97	0,05	2,39 ns
		Effet groupe	ns		ns				

Les deux groupes présentent une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique entre leur entrée et leur sortie du CSSRA. A la fin de la post-cure (T2), il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe TAC et le groupe Soins Usuels en ce qui concerne les symptômes du TSPT. Pourtant les diminutions des symptômes entre T1 et T2 sont plus significatives pour le groupe TAC avec une baisse plus importante des symptômes de TSPT dans chacune des dimensions. Les reviviscences, les stratégies d'évitement, l'altération des cognitions et de l'humeur et l'hyper-réactivité diminuent de façon plus importante dans le groupe TAC. On peut remarquer une interaction « effet temps x effet groupe » statistiquement significative pour le score global de la PCL et pour la dimension D « Altération des cognitions et de l'humeur ». Durant le séjour de post-cure, les patients du groupe TAC voient leurs symptômes liés au TSPT diminuer et ressentent une moins forte altération de leurs cognitions et de leurs humeurs comparativement au groupe SU.

3.2. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes dissociatifs en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.6 Comparaison de moyennes de symptômes dissociatifs des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
		means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
DES global	Groupe								
N = 45	GTAC	22,11	17,67	16,21	14,91	3,54	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	23,57	14,51	20,89	16,02	1,49	ns	1,74	ns
	Effet groupe	ns		ns					
DES T	Groupe					t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	12,21	15,25	8,12	11,81	2,63	0,01	F (1,90)	p
N = 47	GSU	13,96	15,36	12,89	15,91	0,54	ns	1,41	ns
	Effet groupe	ns		ns					
Dépersonnalisation et déréalisation									
DES DD	Groupe					t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	23,41	17,27	18,12	14,73	3,44	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	23,13	13,07	20,46	14,5	1,53	ns	1,26	ns
	Effet groupe	ns		ns					
Amnésie et fragmentation de l'identité									
DES AF	Groupe					t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	17,46	16,87	11,57	14,03	3,35	0,002	F (1,90)	p
N = 47	GSU	18,51	14,73	17,05	16,65	0,73	ns	2,81	0,09
	Effet groupe	ns		p = 0,09					
Absorption et participation imaginaire									
DES AI	Groupe					t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	28,26	23,66	21,21	19,86	2,81	0,007	F (1,90)	p
N = 47	GSU	33,66	20,74	28,74	20,39	2,13	0,04	0,39	ns
	Effet groupe	ns		p = 0,07					

Pour le groupe TAC, on observe une diminution significative au score global de dissociation, au score de dissociation pathologique (DES-T) et à l'ensemble des sous-dimensions du DES, ce qui n'est pas retrouvé pour le groupe SU sauf pour la dimension AI « Absorption et participation imaginative » qui diminue pour les deux groupes lors du séjour. Il apparaît une interaction « effet temps x effet groupe » à $p = 0,09$ pour la sous-dimension « Amnésie et Fragmentation de l'identité ». Durant le séjour de post-cure, les patients du groupe TAC voient leurs symptômes dissociatifs diminuer, en particulier les symptômes relatifs à l'amnésie et la fragmentation de l'identité ; ces symptômes sont associés aux pathologies plus sévères.

3.3. Effets du séjour au CSSRA sur les difficultés de régulation émotionnelle en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.7 Comparaison de moyennes des difficultés de régulation émotionnelle des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps		
		means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA		
DERS global	Groupe									
	N = 45	GTAC	2,64	0,73	2,28	0,72	3,94	0,01	F (1,90)	p
	N = 47	GSU	2,53	0,66	2,28	0,72	2,94	0,05	0,68	ns
		Effet groupe	ns		ns					
CE Manque de conscience émotionnelle										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	3,22	0,81	2,79	0,87	3,69	0,001	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,97	0,88	2,79	0,83	1,41	ns	2,27	ns	
	Effet groupe	ns		ns						
CLE Manque de clarté émotionnelle										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	2,45	0,81	2,23	0,73	1,83	0,07	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,41	0,78	2,19	0,84	1,96	0,06	0,02	ns	
	Effet groupe	ns		ns						
AE Manque d'acceptation émotionnelle										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	2,35	1,01	2,03	0,87	2,06	0,04	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,36	0,94	2,05	0,88	2,08	0,04	0,02	ns	
	Effet groupe	ns		ns						
CCI Difficultés à contrôler des comportements impulsifs										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	2,22	0,99	1,98	0,88	2,15	0,03	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,19	0,91	2,02	0,97	1,44	ns	0,21	ns	
	Effet groupe	ns		ns						
COB Difficultés à s'engager dans des comportements vers un but										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	3,05	1,17	2,47	1,13	4,76	0,001	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,81	0,97	2,55	1,07	2,1	0,04	3,75	0,05	
	Effet groupe	ns		ns						
SRE Accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle										
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA		
N = 45	GTAC	2,59	1,02	2,22	0,72	2,88	0,01	F (1,90)	p	
N = 47	GSU	2,51	0,87	2,14	0,71	2,66	0,01	0,03	ns	
	Effet groupe	ns		ns						

Durant le séjour, quel que soit le groupe (GTAC ou GSU), on observe une diminution des difficultés de régulation émotionnelle durant le séjour, sauf pour les deux sous-dimensions : « Manque de conscience émotionnelle » et « Difficultés à contrôler des comportements impulsifs » où il n'y a pas d'amélioration chez le groupe Soins Usuels. Ainsi le séjour est favorable globalement au développement de compétences émotionnelles. A la fin du séjour (T2), les deux groupes TAC et SU ne diffèrent pas significativement dans ces compétences. Pour la dimension COB « Difficultés à s'engager dans des comportements ciblant un but », il existe une interaction « Effet temps x Effet groupe » statistiquement significative. Durant le séjour, les patients du groupe TAC vont de plus en plus facilement s'engager dans des comportements orientés vers un but, même en présence d'émotions négatives.

3.4. Effets du séjour au CSSRA sur la gestion et le contrôle de la colère en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.8 Comparaison de moyennes de la gestion et du contrôle de la colère des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
Colère intériorisée									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,69	0,68	2,44	0,7	2,13	0,04	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,72	0,72	2,73	0,71	0,18	ns	3,54	0,06
	Effet groupe	ns		p= 0,05					
Colère extériorisée									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	1,82	0,49	1,67	0,43	2,26	0,03	F (1,90)	p
N = 47	GSU	1,75	0,62	1,78	0,58	0,29	ns	3,19	0,07
	Effet groupe	ns		ns					
Contrôle de la colère intériorisée									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,67	0,72	2,81	0,74	1,63	ns	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,82	0,61	2,94	0,69	1,54	ns	0,09	0,77
	Effet groupe	ns		ns					
Contrôle de la colère extériorisée									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,93	0,71	3,13	0,59	2,21	0,03	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,92	0,61	3,04	0,63	1,88	0,06	0,53	0,47
	Effet groupe	ns		ns					

Les dimensions Colère Intériorisée (AI), Colère Extériorisée (AO) diminuent de façon significative uniquement chez le groupe TAC. Il apparaît une interaction « Effet temps x Effet groupe » pour ces

deux dimensions. Durant le séjour au CSSRA, les patients du groupe TAC voient leurs sentiments de colère intériorisée ou extériorisée régresser contrairement au groupe SU.

3.5. Effets du séjour au CSSRA sur les capacités de pleine conscience en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.9 Comparaison de moyennes de la capacité de pleine conscience des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interaction groupes x temps	
MAAS Mindful Attention Awareness Scale									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	4,13	0,89	4,41	0,82	2,23	0,04	F (1,90) p	
N = 47	GSU	4,18	0,85	4,41	0,99	2,13	0,04	0,61 ns	
	Effet groupe	ns		ns					

Le score de pleine conscience a augmenté de façon significative chez les deux groupes. On peut noter que ce score était déjà relativement élevé à leur entrée en post-cure. Ces résultats nous ont surpris et nous en reparlerons plus en détail dans la discussion.

3.6. Effets du séjour au CSSRA sur les symptômes psychiatriques en fonction des 2 groupes TAC et SU

Concernant les symptômes psychiatriques évalués par la SCL-90, on observe une évolution favorable similaire chez les deux groupes, au terme du séjour de post-cure. Seule la sous-dimension Hostilité ne diminue pas de façon significative chez le groupe Soins Usuels.

3.7. Effets du séjour au CSSRA sur le bien-être psychologique en fonction des deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.10 Comparaison de moyennes de bien-être psychologique des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interaction groupes x temps	
Bien-Etre WHO									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,41	0,92	3,18	0,92	4,48	0,01	F (1,90) p	
N = 47	GSU	2,47	1,22	2,99	1,11	3,31	0,02	0,21 ns	
	Effet groupe	ns		ns					

Au terme du séjour, les deux groupes présentent un niveau de bien-être psychologique significativement plus élevé qu'à l'arrivée au centre. Cependant, les moyennes indiquent un score moyen de bien-être.

IV. Discussion des résultats A

Discussion des effets du séjour au CSSRA sur les symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs, sur les difficultés de régulation émotionnelle, les compétences de pleine conscience en fonction des deux groupes TAC et SU.

Dans l'ensemble nos résultats montrent une évolution favorable de l'ensemble des variables étudiées chez les deux groupes (TAC et SU) à l'issue du séjour de post-cure. La TAC ne présente pas d'effet supérieur par rapport aux soins usuels du centre qui comprennent des soins psychothérapeutiques. Cependant, elle est un bon complément aux soins pratiqués notamment pour les patients présentant un TSPT-TUS puisqu'elle permet une diminution plus importante des symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs sans exposition aux souvenirs traumatiques. Les séances ne déstabilisent pas les patients et permettent l'acquisition de stratégies efficaces pour gérer les symptômes traumatiques associés au TUS.

On peut s'étonner de ne pas retrouver de résultats concernant la compétence de pleine conscience, alors que les patients du groupe TAC ont pratiqué la méditation. Cependant, nous avons été surpris des moyennes relativement élevées, rapportées par les deux groupes (TAC et SU) dès l'entrée en séjour. Aussi, nous nous questionnons sur les qualités psychométriques de l'instrument utilisé, ici la MAAS, auprès de notre population. Après vérification, l'analyse factorielle en composantes principales a révélé trois dimensions. Une de ces trois dimensions regroupe des items qui pourraient s'apparenter à certains items de l'échelle des expériences dissociatives (DES). Nous avons obtenu une forte corrélation entre les scores globaux de ces deux échelles ($r = -0,609$, $p < 0,001$). Ainsi, on peut se demander si l'échelle de pleine conscience n'évaluerait pas à certains égards plutôt l'absence de dissociation. En conséquence, cette échelle nous paraît peu adaptée au vu de notre échantillon d'étude car on ne saurait définir la pleine conscience par l'absence d'état dissocié. Notons à ce propos que d'autres auteurs (Heeren & Philippot, 2010) soulignaient déjà des tentatives d'adaptation francophone de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003) restées infructueuses pour retrouver la structure factorielle unidimensionnelle et les qualités psychométriques décrites par Brown et Ryan (2003). Ainsi, nous suggérons que d'autres outils soient plus utiles pour mesurer la pleine conscience, à savoir le Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer et al., 2004), dont l'adaptation francophone a été réalisée et validée (Nicastro et al., 2010) et qui présente une excellente sensibilité aux changements cliniques lors de thérapies comportementales dialectiques administrées à des patients souffrant d'un trouble de la personnalité état-limite. Un autre outil, le Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006, 2008) est un questionnaire qui intègre de manière multidimensionnelle différentes capacités ou traits de pleine conscience : l'observation de l'expérience présente, la description de l'expérience présente, l'action en pleine conscience, le non-jugement et la non-réactivité aux phénomènes psychologiques. Pour l'heure, les premiers résultats montrent que le FFMQ est utile pour mesurer la tendance de l'individu à être conscient de l'expérience présente, il reste à déterminer s'il s'avère un bon outil pour évaluer le changement en thérapie. En effet, on peut se demander si les compétences de pleine conscience développées en thérapie se résument à devenir plus conscient de l'expérience présente ou si elles peuvent cibler d'autres processus comme l'amélioration de la régulation émotionnelle ou encore le développement de capacités métaréflexives (Heeren & Philippot, 2010).

De façon générale, nous avons observé un certain engouement des patients pour la participation volontaire au programme TAC. Une fois le programme implémenté avec succès dans la structure, nous avons réalisé jusqu'à trois créneaux par semaine afin de répondre aux demandes d'inscription. Chaque semaine, un peu plus de quinze patients avaient donc accès à ces soins. Durant une certaine période, il

nous est donc arrivé de rencontrer près de la moitié des patients accueillis au centre. Certains patients se sont engagés dans le programme TAC grâce au cadre proposé et ne souhaitaient pas réaliser de suivi avec un psychologue en complément. Nous avons également noté un faible taux d'abandon du programme TAC par les participants.

Finalement, notons que ce programme a été développé au regard des soins existants de la structure. L'idée était de créer une intervention complémentaire, qui s'articule autour des soins usuels déjà en place. Le cadre de l'institution et les chevaux déjà présents ont permis l'implémentation de cette intervention sans frais supplémentaires pour la structure, voire un amortissement plus important. Depuis un certain temps, il existe un atelier éducatif « Cheval » qui se déroule chaque matin où les patients viennent prendre soin des chevaux. Les séances TAC se sont déroulées l'après-midi et étaient ouvertes à tous les patients du centre, qu'ils participent ou non à l'atelier éducatif Cheval. Ce faisant, un plus grand nombre de patients ont pu profiter du contact des chevaux dans la structure. Chez les patients participant à la fois aux séances TAC et à l'atelier éducatif, un travail complémentaire a pu être opéré entre la psychologue réalisant les séances TAC et l'éducatrice spécialisée animant l'atelier éducatif Cheval. Le partage en équipe des observations réalisées durant les séances TAC ont également permis une articulation de la prise en charge autour d'un objectif commun.

D'un point de vue pratique et matériel, l'investissement dans la construction de structures équestres, comme un manège ou une carrière ainsi qu'un espace couvert permettant de méditer lorsqu'il pleut, permettrait une plus grande régularité pour la dispensation des séances. En effet, nous avons dû annuler un certain nombre de séances pour des raisons météorologiques.

Nous avons choisi de réaliser les séances de TAC en groupe ouvert, ce qui a restreint la réalisation d'un suivi progressif étape par étape du programme qui aurait sans doute facilité l'évolution des patients. Cependant, la pratique en groupe fermé n'était pas réalisable. En effet, un nombre important de patients ne termine pas leur séjour du fait d'un « arrêt des soins », entraînant le risque qu'il ne reste qu'un participant par groupe. Ainsi, l'option « groupe ouvert » nous a permis de conserver une certaine dynamique de groupe.

En termes de perspectives et dans l'optique d'améliorer les résultats de cette intervention, nous suggérons de réaliser une évaluation préalable des participants sur différentes variables psychologiques, notamment au niveau des symptômes de stress post-traumatique et dissociatifs, avant leur entrée dans le programme TAC. Les patients présentant un niveau élevé de symptômes traumatiques recevraient les soins du programme intégré TAC ciblant TSPT-TUS, tandis que ceux qui ne présenteraient pas de symptômes traumatiques élevés pourraient être inclus dans un programme TAC centré sur le traitement des troubles anxio-dépressifs et du TUS. Cette seconde option pourrait être particulièrement adaptée pour les patients s'inscrivant dans un séjour court. L'orientation préalable des patients permettrait sûrement d'améliorer les résultats du programme, puisque nous pourrions alors davantage axer les séances pour certains groupes sur la diminution des symptômes traumatiques. En effet, la pratique du programme en groupe ouvert était composée de participants qui présentaient un large panel de troubles, dont certains étaient peu concernés par la problématique du psychotraumatisme. D'autre part, certains patients plus avancés dans le programme auraient pu recevoir des soins plus approfondis sur la notion de traumatisme et de dissociation, ce qui n'était pas possible en raison de participants qui venaient d'entrer récemment dans le programme. L'orientation des patients après ce pré-screening permettrait donc au thérapeute de proposer plus ouvertement le traitement du trouble de stress post-traumatique, ce qui n'a pas été le cas durant cette étude. Dans l'autre groupe, le thérapeute restera attentif à de possibles manifestations traumatiques, mais les séances seront davantage axées sur le traitement du TUS et des troubles anxio-dépressifs couramment associés au TUS après un sevrage. Il s'agirait donc d'un programme de thérapie assistée par le cheval basé sur la pleine conscience et la prévention de la rechute.

Il reste que certains patients présentent d'autres troubles associés au TUS, comme des troubles bipolaires ou encore des troubles d'hyperactivité et de l'attention qui demandent un ajustement spécifique des exercices. Des séances individuelles pourraient alors être proposées dans ces cas de figure si le thérapeute et l'équipe jugent les séances de groupe non adaptées.

Résultats B

V. Résultats B : Effets du séjour au CSSRA sur les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) en fonction des deux groupes TAC et SU

Les résultats B présentent l'évolution des deux groupes de patients concernant les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) de Young. Nous présentons l'évolution des moyennes et du score global pour les cinq dimensions évaluées par la YSQ en fonction des deux groupes TAC et SU. Nous poursuivons avec une analyse clinique de l'évolution des SPI activés chez les deux groupes de patients au cours du séjour CSSRA, au point 6.

5.1. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Séparation-Rejet » des Schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU.

Tableau 9.11 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Séparation-Rejet » des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
AB Abandon/Instabilité									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,39	1,14	2,71	1,11	3,92	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,24	1,3	2,75	1,24	2,59	0,01	0,51	ns
	Effet groupe	ns		ns					
MA Méfiance /Abus									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,26	1,17	2,92	1,32	1,99	0,05	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,37	1,25	3,16	1,3	1,07	ns	0,29	ns
	Effet groupe	ns		ns					
ED Manque affectif									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,37	1,35	2,98	1,39	2,47	0,02	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,07	1,42	2,84	1,26	1,44	ns	0,52	ns
	Effet groupe	ns		ns					
DS imperfection/Honte									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,65	1,11	2,12	1,06	3,38	0,002	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,74	1,34	2,33	1,24	2,66	0,01	0,28	ns
	Effet groupe	ns		ns					
SI Isolement social									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,89	1,2	2,43	1,08	3,43	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,17	1,45	2,86	1,43	1,71	ns	0,45	ns
	Effet groupe	ns		p = 0,10					

Durant le séjour, on observe une diminution des cinq Schémas de la dimension « Séparation-Rejet » chez le groupe TAC. Chez le groupe Soins Usuels, seuls deux Schémas diminuent de façon significative : *Abandon* et *Imperfection*. A l'issue du séjour, les groupes ne diffèrent pas de façon significative et on n'observe pas d'effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif dans la dimension « Séparation-Rejet ».

5.2. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Manque d'autonomie » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.12 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Manque d'autonomie » des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
DI Dépendance/Incompétence									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,64	1,06	2,08	0,82	3,91	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,61	0,97	2,47	1,09	0,93	ns	3,87	0,05
	Effet groupe	ns		p = 0,05					
VU Peur du danger et de la maladie									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,95	1,2	2,39	1,07	3,46	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,80	1,3	2,55	1,25	1,46	ns	1,66	ns
	Effet groupe	ns		ns					
FA Echec									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,52	1,25	2,03	1,11	3,48	0,001	F (1,87)	p
N = 47	GSU	2,5	1,18	2,36	1,2	1,12	ns	3,31	0,04
	Effet groupe	ns		ns					
EU Fusionnement /personnalité atrophiée									
N = 45	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 47	GTAC	2,4	1,06	2,16	1,02	1,85	0,07	F (1,90)	p
	GSU	2,23	1,11	2,13	1,07	0,64	ns	0,42	ns
	Effet groupe	ns		ns					

Durant le séjour, on observe une diminution des quatre Schémas de la dimension « Manque d'autonomie et de performance » chez le groupe TAC. Chez le groupe Soins Usuels, il n'y a pas de baisse significative. A l'issue du séjour, les groupes ne diffèrent pas de façon significative. On observe un effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif à la dimension « Manque d'autonomie et de performance ». Durant le séjour, les patients du groupe TAC voient une diminution plus grande de l'activation des deux Schémas *Dépendance* et *Echec* comparativement au groupe Soins Usuels. Ils se perçoivent plus autonomes et ont moins le sentiment que leurs actions sont associées à des échecs.

5.3. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Manque de limites » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.13 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Manque de limites » des deux groupes TAC et SU

		T1	T2	Effet temps		Interactions groupes x temps	
ET Droits personnels exagérés/Grandeur							
	Groupe	means SD	means SD	t de student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,72 0,97	2,47 0,87	1,8	0,07	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,85 1,02	2,75 1,08	0,70	ns	0,62	ns
	Effet groupe	ns	ns				
IS Contrôle de Soi /auto-discipline insuffisante							
	Groupe	means SD	means SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,71 1,12	2,37 0,96	2,59	0,05	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,80 1,15	2,61 1,09	1,29	ns	0,54	ns
	Effet groupe	ns	ns				

Durant le séjour, on observe une diminution des deux Schémas de la dimension « Manque de limites » chez le groupe TAC. Chez le groupe Soins Usuels, il n'y a pas de baisse significative. Cependant, à l'issue du séjour, les groupes ne diffèrent pas de façon significative. On n'observe pas d'effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif dans ce troisième domaine.

5.4. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Survigilance et inhibition » des schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.14 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Survigilance et inhibition » des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
NP Négativité/Pessimisme									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,69	1,29	2,96	1,21	4,11	0,001	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,60	1,38	3,15	1,26	2,28	0,03	1,08	ns
	Effet groupe	ns		ns					
EI Surcontrôle émotionnel									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,1	1,22	2,93	1,14	1,17	ns	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,26	1,21	3,18	1,22	0,49	ns	0,14	ns
	Effet groupe	ns		ns					
US Idéaux exigeants/ Critique excessive									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,5	1,1	3,41	1,17	0,68	ns	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,65	1,12	3,6	1,09	0,37	ns	0,41	ns
	Effet groupe	ns		ns					
PU Punition									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,5	1,03	2,72	1,12	2,42	0,05	F (1,90)	p
N = 47	GSU	3,32	1,02	3,03	1,07	1,71	0,09	0,02	ns
	Effet groupe	ns		ns					

Durant le séjour, on observe une diminution de deux des quatre Schémas de la dimension « Survigilance et inhibition » chez le groupe TAC. Les Schémas *Négativité* et *Punition* diminuent. Chez le groupe Soins Usuels, on observe une évolution similaire avec une diminution du Schéma *Négativité* et une tendance en ce sens pour le Schéma *Punition*.

A l'issue du séjour, les groupes ne diffèrent pas de façon significative. On n'observe pas d'effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif à la dimension « Survigilance et inhibition ».

5.5. Effets du séjour au CSSRA sur la dimension « Orientation vers les autres » des Stratégies inadaptées en fonction des deux groupes TAC et SU

Tableau 9.15 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Orientation vers les autres » des deux groupes TAC et SU

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
SB Assujettissement									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de Student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,85	1,16	2,44	1,02	2,61	0,05	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,84	1,24	2,35	1,02	2,71	0,02	0,12	ns
	Effet groupe	ns		ns					
SS Abnégation									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	4,08	1,36	3,72	1,12	2,77	0,05	F (1,90)	p
N = 47	GSU	4,11	1,28	4,05	1,24	0,41	ns	1,85	ns
	Effet groupe	ns		ns					
AS Recherche d'approbation et de reconnaissance									
	Groupe	means	SD	means	SD	t	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	2,88	1,11	2,51	1,08	3,18	0,005	F (1,90)	p
N = 47	GSU	2,8	1,23	2,46	1,19	2,28	0,03	0,02	ns
	Effet groupe	ns		ns					

Durant le séjour, on observe une diminution des trois Stratégies inadaptées de la dimension « Orientation vers les autres » chez le groupe TAC. Chez le groupe Soins Usuels, on observe une diminution des Schémas *Assujettissement* et *Recherche de reconnaissance*.

A l'issue du séjour, les groupes ne diffèrent pas de façon significative. On n'observe pas d'effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif dans la dimension « Orientation vers les autres ».

5.6. Effets du séjour au CSSRA sur le score global des Schémas précoces inadaptés en fonction des deux groupes TAC et SU

On observe que les patients du groupe TAC présentent une diminution significative de 16 SPI sur 18 et le score global diminue également de façon significative au terme du séjour.

Chez le groupe Soins Usuels, nous observons une diminution de 6 SPI sur 18. Dans ce groupe, le score global diminue également de façon significative au terme du séjour. Les groupes ne diffèrent pas de façon significative et on n'observe pas d'effet d'interaction « Effet temps x Effet groupe » significatif.

Tableau 9.16 Comparaison de moyennes du Score global de Schémas précoces Inadaptés des deux groupes TAC et SU des schémas précoces inadaptés

		T1		T2		Effet temps		Interactions groupes x temps	
YSQ global									
	Groupe	means	SD	means	SD	t de student	p	ANOVA	
N = 45	GTAC	3,03	0,81	2,62	0,77	3,99	0,001	F (1,87)	p
N = 47	GSU	3,05	0,86	2,80	0,85	2,07	0,05	1,10	ns
Effet groupe		ns		ns					

Conclusion : Les analyses n'ont pas confirmé statistiquement des différences d'évolution des schémas précoces inadaptés entre les deux groupes (TAC et SU).

A la fin du séjour au CSSRA (T2), il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe TAC et le groupe SU en ce qui concerne les différents Schémas précoces inadaptés. Pourtant la diminution de l'activation de différents schémas évolue favorablement de façon plus significative pour le groupe TAC. Les Schémas *Abandon, Méfiance/Abus, Manque affectif, Imperfection/Honte, Isolement social, Dépendance/Incompétence, Peur du danger, Echec, Fusionnement, Droits personnels exagérés, Contrôle de soi insuffisant, Négativité/Pessimisme, Puniton, Assujettissement, Abnégation* et *Recherche de reconnaissance* sont plus fortement réduits dans le groupe TAC.

Une interaction « Effet temps x Effet groupe », significative statistiquement, apparaît pour deux Schémas *Dépendance/Incompétence* et *Echec*. Ainsi, durant le séjour CSSRA, les patients du groupe TAC voient leurs sentiments d'incompétence et d'échec diminuer significativement plus que pour le groupe de soins usuels.

VI. Analyse clinique de l'activation des SPI chez les deux groupes

Sur les tableaux qui suivent, les moyennes sont exprimées en pourcentages de réponses 5 (« le plus souvent vrai pour moi ») ou 6 (« cela me décrit parfaitement ») aux cinq propositions, qui dénotent la présence du SPI considéré. Conformément à la proposition de Pallincourt et al. (2009), un seuil de signification clinique supérieur à 20 % a été retenu pour considérer une activation modérée du Schéma, tandis qu'un seuil supérieur à 30 % démontre une activation marquée du Schéma.

6.1 Analyse des Schémas actifs du Domaine « Séparation et rejet » chez les deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.17 Scores de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Séparation-Rejet » des deux groupes TAC et SU

			GTAC (n=45)		GSU (n=47)	
			M	SD	M	SD
Domaine A : Séparation-rejet	AB	T1	28,44*	30,30	27,23*	31,88
	AB	T2	17,33	27,17	19,15	27,01
	MA	T1	24,89*	29,90	28,09*	33,27
	MA	T2	19,56	30,00	25,53*	33,02
	ED	T1	34,22**	31,22	28,94*	33,57
	ED	T2	23,11*	30,74	22,13*	26,45
	DS	T1	12,89	19,14	18,72	29,61
	DS	T2	8,89	21,13	7,66	37,66
	SI	T1	18,67	25,01	28,09*	35,30
	SI	T2	10,22	22,00	21,28*	33,21

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée (M> 30%).

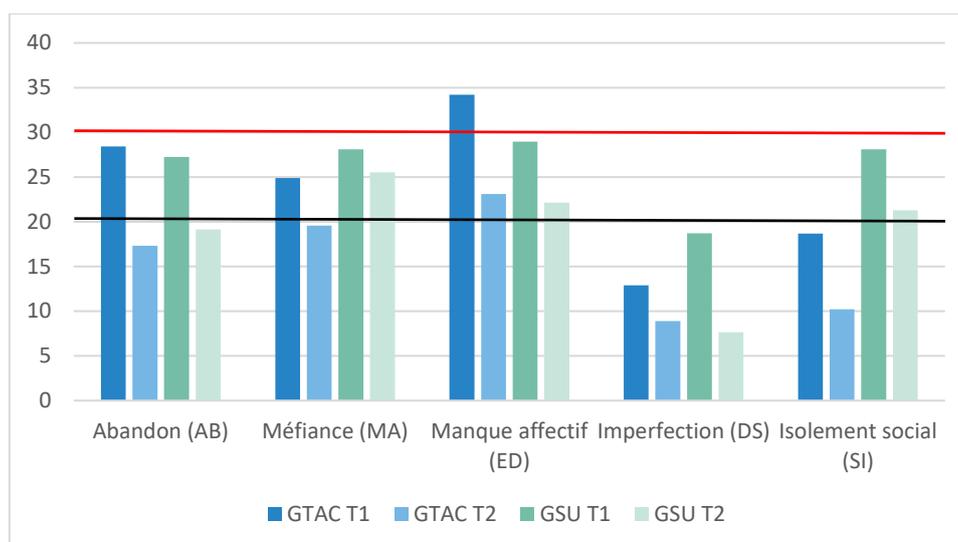


Figure 9.1 Evolution des SPI activés du domaine A Séparation-Rejet au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU

Groupe TAC : Les SPI *Abandon* et *Méfiance-Abus* sont passés d'une activation modérée à un statut de SPI inactifs. Malgré une diminution, le SPI *Manque affectif* reste modérément activé.

Groupe SU : Le SPI *Abandon* est passé d'une activation modérée au statut de SPI inactif. Les SPI *Méfiance-Abus*, *Manque affectif* et *Isolement social* restent modérément activés.

6.2. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine B et C chez les deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.18 Scores de Schémas précoces Inadaptés activés des dimensions « Manque d'autonomie » et « Manque de limites » des deux groupes TAC et SU

			GTAC (n=45)		GSU (n=47)	
			M	SD	M	SD
Domaine B : Manque d'autonomie et de	DI	T1	15,11	19,14	17,45	20,27
	DI	T2	10,22	16,31	8,09	42,46
	VU	T1	22,67*	29,11	22,98*	29,19
	VU	T2	11,56	21,53	18,72	26,18
	FA	T1	14,22	25,09	12,77	25,51
	FA	T2	6,67	18,09	14,04	26,68
	EU	T1	16,00	21,57	13,19	22,56
	EU	T2	11,56	21,53	8,94	33,31
Domaine C : Manque	ET	T1	19,56	22,76	22,55*	23,08
	ET	T2	13,78	20,37	18,72	23,37
	IS	T1	16,44	23,47	19,15	26,03
	IS	T2	11,11	16,82	15,74	25,00

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée (M> 30%).

Groupe TAC : Le SPI *Peur du danger* est passé d'une activation modérée à un statut de SPI inactif.

Groupe SU : Les SPI *Peur du danger* et *Droits personnels exagérés* sont passés d'une activation modérée au statut de SPI inactif.

6.3. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine « Orientation vers les autres » chez les deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.19 Scores de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Orientation vers les autres » des deux groupes TAC et SU

			GTAC (n=45)		GSU (n=47)	
			M	SD	M	SD
Domaine D : Orientation vers les autres	SB	T1	19,56	26,45	20,85*	28,58
	SB	T2	13,33	19,07	13,62	20,48
	SS	T1	46,67**	38,38	46,38**	40,88
	SS	T2	35,56**	33,00	44,26**	37,52
	AS	T1	20,89*	24,48	22,55*	29,08
	AS	T2	13,33	23,35	14,47	23,85

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée (M> 30%).

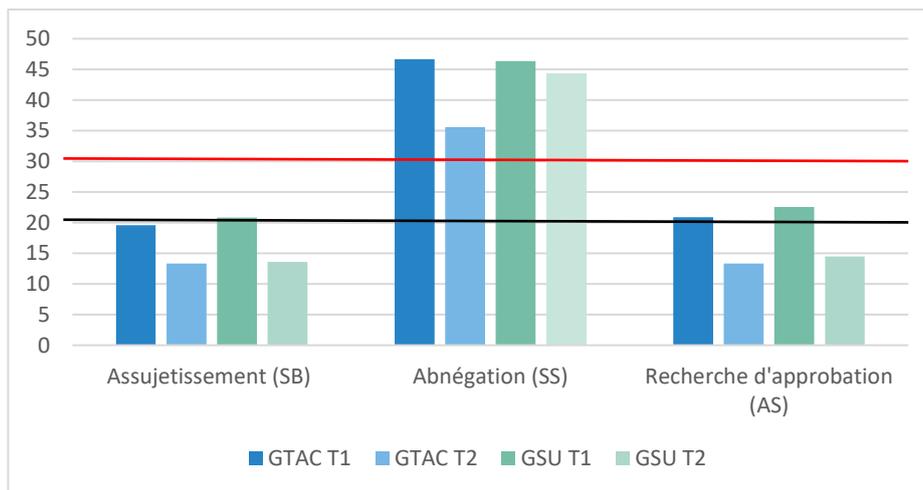


Figure 9.2 Evolution des SPI activés du domaine D « Orientation vers les autres » au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU

Groupe TAC : Les Stratégies *Assujettissement* et *Recherche d'approbation et de reconnaissance* ne sont plus activées au terme du séjour. En revanche, la Stratégie *Abnégation* reste activée de façon marquée malgré une diminution.

Groupe SU : Les Stratégies *Assujettissement* et *Recherche d'approbation et de reconnaissance* ne sont plus actives au terme du séjour. La Stratégie *Abnégation* reste dans une activation marquée.

6.4. Analyse clinique des Schémas actifs du Domaine « Survigilance et inhibition » chez les deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.20 Scores de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Survigilance et inhibition » des deux groupes TAC et SU

			GTAC (n=45)		GSU (n=47)	
			M	SD	M	SD
Domaine E : Survigilance et	NP	T1	40,44**	36,55	37,87**	36,89
	NP	T2	21,78*	29,49	24,26*	27,96
	EI	T1	24,00*	26,49	27,23*	29,91
	EI	T2	21,33*	26,08	23,40*	39,19
	US	T1	26,22*	25,52	32,34**	25,56
	US	T2	25,33*	22,32	28,94*	24,96
	PU	T1	26,22*	25,87	31,49**	28,82
	PU	T2	20,00*	25,94	21,28*	41,58

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée (M> 30%).

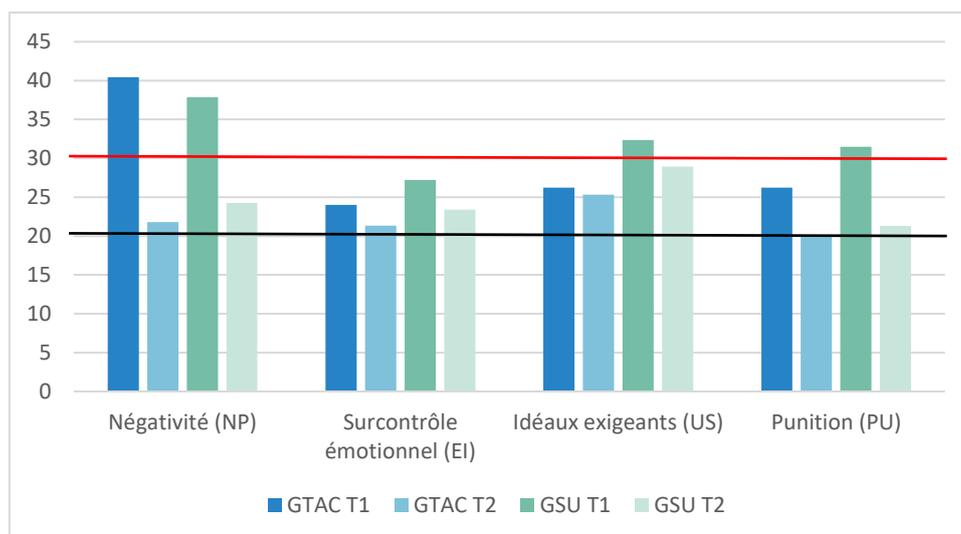


Figure 9.3 Evolution des SPI activés du domaine E Surveillance et inhibition au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU

Groupe TAC : On observe une nette diminution du SPI *Négativité/Pessimisme* pratiquement de moitié au cours du séjour. Il reste cependant dans une activation modérée. Les SPI *Surcontrôle émotionnel* et *Punition* diminuent mais restent également à une activation modérée. Le SPI *Idéaux exigeants/Critique excessive* présente une activation modérée et reste globalement stable au cours du séjour.

Groupe SU : Tout comme le groupe TAC, le SPI *Négativité/Pessimisme* diminue de façon significative au cours du séjour, mais reste à un niveau d'activation modérée. Les SPI *Idéaux exigeants/Critique excessive* et *Punition* passent d'une activation marquée à une activation modérée au terme du séjour. Le SPI *Surcontrôle émotionnel* diminue faiblement et reste à une activation modérée.

6.5. Analyse clinique du Score global d'activation des Schémas chez les deux groupes (TAC et SU)

Tableau 9.21 Scores global de Schémas précoces Inadaptés activés des deux groupes TAC et SU

			GTAC (n=45)		GSU (n=47)	
			M	SD	M	SD
YSQ global	T1		23,73*	17,45	25,44*	20,75
YSQ global	T2		16,37	15,95	19,46	19,30

* activation modérée (M comprise entre 20 et 30%) ; ** activation marquée (M > 30%).

Chez le groupe TAC : A l'entrée en séjour (T1), 10 SPI/18 étaient activés au moins modérément (**activation modérée** : *Abandon-Instabilité*, *Méfiance-Abus*, *Peur du danger ou de la maladie*, *Recherche d'approbation et de reconnaissance*, *Surcontrôle émotionnel*, *Idéaux exigeants*, *Punition* ; **activation marquée** : *Manque affectif*, *Abnégation*, *Négativité-Pessimisme*, et le score global YSQ présentait une activation modérée. A l'issue du séjour, 6 SPI/18 restent activés : *Manque affectif*, *Abnégation*, *Négativité-Pessimisme*, *Surcontrôle émotionnel*, *Idéaux exigeants*, *Punition*.

Chez le groupe SU, à l'entrée du séjour (T1), 13/18 SPI étaient activés au moins modérément (**activation modérée** : *Abandon-Instabilité, Méfiance-Abus, Manque affectif, Isolement social, Peur du danger ou de la maladie, Droits personnels exagérés, Assujettissement, Recherche d'approbation et de reconnaissance, Surcontrôle émotionnel*; **activation marquée** : *Abnégation, Négativité-Pessimisme, Idéaux exigeants, Punition* et le score global YSQ présentait une activation modérée. A l'issue du séjour, 8 SPI/18 restent activés : *Méfiance-Abus, Manque affectif, Isolement Social, Abnégation, Négativité-Pessimisme, Surcontrôle émotionnel, Idéaux exigeants, Punition*.

VII. Discussion des résultats B

L'étude de l'évolution des Schémas Précoces Inadaptés des patients TUS accueillis en CSSRA présente un intérêt tant en termes d'évaluation de l'intervention que dans un aspect plus clinique pour comprendre l'évolution psychologique des patients au cours de leur séjour.

En premier lieu, on observe chez les deux groupes de patients, une activation marquée des SPI relatifs à la peur de l'abandon et du rejet, ainsi qu'aux SPI qui concernent le contrôle excessif et la suppression des émotions spontanées. On retrouve également la stratégie précoce relative au sacrifice de soi, consistant à dénier ses besoins au profit de ceux des autres. En termes d'évolution, on observe que bien que ces Schémas diminuent dans leur intensité, ils restent dans une activation modérée à élevée au terme du séjour, et cela chez les deux groupes. Le résultat le plus frappant concerne la stratégie *Abnégation* de sacrifice de soi, qui reste très élevée, en dépit de l'accompagnement pluridisciplinaire déployé autour de ces patients pendant parfois plus de deux mois. Les SPI de négativité et de pessimisme, de contrôle émotionnel excessif, de critiques envers soi et de punition, restent également élevés. D'après notre expérience clinique, nous pensons que ces Schémas, particulièrement décrits par les patients, sont liés au sentiment de culpabilité. Beaucoup de patients relatent mériter d'être puni pour leurs erreurs, certains argumentent même qu'ils ne l'emporteront pas au paradis. Ces patients se sentent responsables de leurs troubles et pensent que la faute leur revient. Parallèlement à ces pensées, ils continuent pourtant à s'alcooliser ou à user d'autres produits psychoactifs. La compréhension des Schémas chez les patients TUS, pourrait permettre d'adapter le discours médical afin d'augmenter son impact auprès de cette population. Par exemple, en réponse à ces autocritiques que les patients rapportent aux professionnels, nous avons pu observer un discours médical se voulant « déculpabilisant » du type : « Vous souffrez d'une maladie, ce n'est pas votre faute », « Il faut vous soigner et prendre soin de vous ». Cependant, au vu des Schémas présentés par ces patients, nous pensons que la portée de ce discours restera relativement limitée en termes de prise de conscience émotionnelle. En raison de la stratégie d'*Abnégation*, de sacrifice de soi, et des Schémas relatifs à la culpabilité, il est probable qu'accepter de se soigner soit très compliqué pour ces patients. Au lieu de cela, nous suggérons qu'une prise en charge globale orientée sur la prise en charge conjointe du TPST-TUS permettrait à ces personnes de comprendre les liens entre leurs symptômes traumatiques, leurs Schémas et leur consommation de produits. Cette approche intégrée préconise d'être particulièrement attentif à ne pas produire de façon non intentionnelle, des situations institutionnelles favorisant le processus de revictimisation. Par exemple, l'objectif d'abstinence totale nous paraît participer à ce processus, puisqu'en posant ces objectifs les professionnels savent déjà qu'un grand nombre de patients ne pourra pas les respecter ; en témoigne le nombre de patients arrêtant leur participation aux séances de TAC et à cette étude pour cause d'exclusion du centre de séjour avec le motif de reconsommation. Très souvent, cet objectif d'abstinence totale n'est pas travaillé avec le patient en amont de son entrée au centre, il s'agit d'une condition posée pour l'accès aux soins. En conséquence, cela pourrait non seulement réduire l'adhérence

au projet de soin proposé et l'alliance développée avec les professionnels de santé, mais aussi participer à « valider et renforcer » les Schémas critiques et culpabilisants des patients. Bien qu'il puisse être difficile de gérer un centre où les consommations seraient tolérées, nous pensons qu'il serait intéressant de réfléchir à un projet de soins plus nuancé avec certains patients.

Concernant les Schémas relatifs au manque affectif, à la peur d'être abandonné ou rejeté, on note une évolution plus favorable chez le groupe TAC. Au terme du séjour, seul le SPI *Manque affectif* est encore activé, tandis que trois des SPI de ce domaine le sont encore pour le groupe SU. Ces Schémas étant liés aux problématiques d'attachements insécures et de traumatismes infantiles, nous pouvons faire l'hypothèse que les séances TAC permettent un plus grand apaisement dans ce domaine que le séjour seul.

Les Schémas étant plutôt stables et ancrés dans le fonctionnement du patient, nous savons qu'il est nécessaire que l'intervention soit réalisée durant un certain temps pour fournir des résultats significatifs et durables. L'objectif serait de consolider l'effet favorable de la TAC qui s'amorce, par plus de séances. Pour améliorer les résultats concernant l'évolution des SPI nous suggérons que l'orientation des patients vers un programme TAC intégré TSPT-TUS ou vers un programme TAC TUS, soit réalisée en début de séjour. Le groupe TAC ciblant la diminution des symptômes TUS serait sans doute constitué de patients présentant une activation moindre des Schémas comparativement aux patients participants au groupe TAC intégré TSPT-TUS. Les exercices proposés pour la diminution des Schémas seraient peut-être différents entre ces deux groupes, en fonction de l'évaluation initiale. Cette évaluation des SPI et l'interprétation des résultats du questionnaire avec le patient au cours d'un entretien individuel nous paraît importante pour être en mesure de cibler de façon plus spécifique les Schémas vecteurs de souffrance pour le patient. Ainsi, si plusieurs groupes sont créés pour la participation au programme TAC, les patients pourraient être répartis en fonction de leurs Schémas actifs. Cette organisation des soins permettrait au thérapeute d'imaginer des mises en situation spécifiques pour la remédiation de Schémas qui soient profitables à l'ensemble du groupe. Enfin, il est probable également qu'un travail thérapeutique individuel offrirait une opportunité plus propice à la remédiation des Schémas.

VIII. Limitations de l'étude

Dans cette étude quasi expérimentale, il n'y a pas eu de randomisation car le groupe de participants à la TAC a été établi sur la base du volontariat, ce qui peut affecter la validité interne. L'examen des données sociodémographiques a toutefois montré que les deux groupes présentaient des caractéristiques similaires. Les participants étaient limités à ceux qui parlaient, lisaient et écrivaient le français. L'échantillon de l'étude était petit et peut ne pas avoir été représentatif de la population générale. Il se peut que certaines analyses n'aient pas été suffisamment puissantes. L'étude a été réalisée dans un seul endroit ; par conséquent, les résultats ne sont pas généralisables, ce qui affecte la validité externe. Les participants recrutés pour le groupe TAC peuvent avoir été différents de ceux qui ne se portaient pas volontaires pour ce type de thérapie.

Les questionnaires comportent un élément de subjectivité ; le niveau de véracité, la désirabilité sociale et l'effet de test peuvent avoir affecté les réponses des participants. Certains participants ont manifesté des difficultés de concentration et/ou de compréhension importantes lors de la passation des questionnaires. Les réponses des participants ont pu être influencées par la situation du test (distractions et interruptions). Les mesures du prétest peuvent avoir influencé les réponses du post-test ; puisque pour certains des patients qui ont réalisé un séjour court, trois semaines seulement se sont écoulées entre les deux temps de mesures. Cependant, les questionnaires utilisés dans cette étude étaient des mesures valides et fiables. Le temps de réponse aux questionnaires était estimé à 40 minutes, mais nous avons

observé qu'un grand nombre de patients ont eu besoin du double voir du triple de ce temps, ce qui a occasionné une fatigue pour ces participants. Certains participants présentaient des déficits cognitifs dus aux consommations antérieures de produits, ainsi que des lésions cérébrales dues à des accidents qui ont pu affecter les capacités de traitement et influencer les réponses des patients, même si le score obtenu au MOCA n'était pas assez significatif pour qu'ils soient retirés de l'étude. D'autre part, certains questionnaires ont été exposants au niveau du trauma et quelques patients ne sont pas parvenus à y répondre pour cette raison.

Jusqu'à présent, la plupart des recherches sur la TAC ont porté principalement sur de petits échantillons, ce qui a un impact sur la validité externe (Anestis et al., 2014). Plusieurs patients ont quitté le programme TAC par obligation et non par volonté. En effet, le séjour de patients a été interrompu pour cause de manquement au cadre institutionnel fixé au moment de leur admission en soin. Sur les 98 patients initialement inscrits au programme, seulement neuf d'entre eux ont clairement manifesté leur souhait d'arrêter la TAC car le contenu du programme ne leur convenait pas ou parce qu'ils n'étaient pas à l'aise avec les chevaux.

Les sessions TAC se sont déroulées dans le cadre d'un groupe de 4 à 5 participants. Des variations dans le traitement ont pu se produire bien que le programme TAC ait suivi un format structuré. Des occasions d'interaction personnelle avec le thérapeute auraient pu être manquées ; cependant, les environnements de groupe offrent également la possibilité d'observer et d'apprendre des expériences des autres. Des séances de débriefing après le TAC, mettant l'accent sur l'introspection, pourraient améliorer le niveau des capacités métaréflexives des patients.

IX. Conclusion et perspectives générales

En termes de perspectives de recherche, nos réflexions conceptuelles à propos de l'approche transdiagnostique et les résultats obtenus nous ont poussés à interroger la méthodologie de recherche employée. Dans une recherche telle que la nôtre, une étude non randomisée, ancrée dans son contexte et adaptée aux soins spécifiques et existants de la structure, on peut se demander si l'évaluation de questionnaires à l'entrée et à la fin du séjour de post-cure sont suffisants pour rendre compte de l'évolution des processus psychologiques. Nous pensons que ces étapes sont intéressantes et nécessaires, cependant elles ne sont pas suffisantes pour montrer tant l'efficacité que l'efficience d'une intervention. La diversité des profils cliniques est telle qu'une interprétation des moyennes s'avère risquée. La petite taille de l'échantillon ne permet pas de répartir les patients par groupes de profils. Pourtant, il reste que l'étude d'une population accueillie sur un lieu de soin nous paraît qualitativement très intéressante. En effet Gana et al. (2019) relève le paradoxe entre les recherches menées et la réalité de la pratique clinique, où la recherche psychologique semble résolument axée sur l'étude de groupe d'individus, tandis que la pratique clinique au contraire est résolument centrée sur l'individu et le cas-unique. C'est pourquoi nous suggérons plusieurs types de méthodologies complémentaires.

Le temps de mesure a également un impact non négligeable. Nous pensons que des mesures d'auto-évaluation après chaque séance, durant toute la période du programme seraient peut-être utiles pour parvenir à une évaluation plus fine de l'évolution des processus psychologiques mobilisés. On peut par exemple réaliser une multitude de petites mesures de processus psychologiques ou thérapeutiques ciblés par l'intervention. Différentes mesures peuvent être réalisées : des mesures où le patient est invité à évaluer l'ampleur de son malaise sur une échelle subjective étalonnée de 0 à 10 (échelle SUD : Subjective Units of Disturbance), ou encore des échelles de mesures très courtes (pas plus de 5 items) à remplir en début et en fin de séance, ou à plusieurs moments de l'intervention. A ce titre, soulignons les méthodes de mesures utilisant des applications pour Smartphone, où le patient est invité à répondre à de

petits questionnaires à différents temps de la journée. A partir de ces données, l'idéal serait de réaliser des études de cas sous la forme Single-case. D'après Gana et al. (2019), le Single-case est une approche particulièrement appropriée auprès de population difficile d'accès et de pathologie dont la prévalence rend difficile l'utilisation des méthodes traditionnelles nécessitant des échantillons assez larges. Cette méthode s'avère un bon complément aux méthodes de comparaison de groupes, puisqu'elle permet d'examiner les changements intra-individuels en présence de faibles différences interindividuelles (lors de comparaison de groupes). A l'aide de statistiques non-paramétriques, il s'agit de déterminer si l'évolution d'un patient s'est révélée statistiquement significative, et cela au travers de plusieurs protocoles possibles. Avant de débiter, il s'agit de réaliser plusieurs mesures du phénomène sur lequel l'intervention est censée agir, pour constituer une baseline (A) qui servira d'élément de comparaison avec les autres phases. A savoir que, tous les protocoles nécessitent des mesures répétées, et plus il y en a, mieux c'est. Citons par exemple protocole basique A-B pour observer s'il y a eu un changement entre le début et la fin de l'intervention, les protocoles « arrêt-reprise » (A-B-A, A-B-A-B, B-A-B) contenant des séquences de retour à la phase de base en arrêtant l'intervention, et des séquences de reprise de l'intervention ; les protocoles à baselines multiples, les protocoles à interventions multiples, et les protocoles à critères d'intervention multiples. L'utilisation d'un protocole individuel pourrait s'inscrire dans une démarche aussi bien empirico-inductive qu'hypothético-déductive (voire abductive) (Gana et al., 2019), où décrire, interpréter et expliquer le changement intra-individuel pourrait servir aussi bien à générer des hypothèses qu'à en tester.

Cependant, une limite que l'on peut apporter aux évaluations par auto-questionnaires concerne le fait que les processus qu'ils tentent de mettre en évidence doivent presque nécessairement être accessibles à la conscience du sujet. Ainsi, les processus implicites sont largement négligés par ce type d'instruments (Philippot et al., 2015). On peut donc également adjoindre aux auto-questionnaires des mesures physiologiques sur des marqueurs biologiques supposés être impliqués dans l'amélioration de certaines variables, telle que le stress ; ou encore utiliser la neuro-imagerie.

En nous plaçant dans une approche transdiagnostique, nous pouvons aussi nous poser la question des processus évalués. Les évaluations que nous avons choisies permettent-elles réellement de rendre compte des processus mobilisés en TAC ? En effet, nous manquons encore de mesures psychométriques permettant d'évaluer l'impact des interventions sensori-motrices. Ce type d'interventions cible essentiellement des processus ascendants (bottom-up), aussi il est possible que les auto-questionnaires administrés ne soient pas suffisants pour évaluer l'intérêt de ce type d'intervention. Dans nos questionnaires, nous n'avons pas de thèmes portant sur l'évaluation des processus sensori-moteurs. Enfin, si l'on fait l'hypothèse que les effets bénéfiques en TAC proviennent des interactions avec le cheval, il reste à développer des méthodes d'analyse permettant de tester cette hypothèse. En effet, comment évaluer l'impact du cheval sur les processus thérapeutiques mobilisés ? Sa seule présence permet-elle des effets thérapeutiques ? ou ces derniers se produisent-ils seulement grâce à l'intervention du psychothérapeute ? Bien que des mesures physiologiques puissent nous apporter beaucoup d'éléments pour appréhender cette question, ils ne se suffisent pas à eux seuls pour y répondre.

Une vision holistique rigoureuse de la communication émotionnelle inter-espèce reste à trouver à travers une approche interdisciplinaire, nécessaire pour explorer plus profondément les bases biologiques et comportementales de la relation émotionnelle homme-animal. Après analyse de la littérature, Scopa et al. (2019) font l'hypothèse que le processus de transfert émotionnel entre l'homme et l'animal pourrait représenter le facteur principal déclenchant des effets positifs en TAC. Pour étudier ce phénomène, les auteurs concluent au besoin d'une approche multidisciplinaire, dont la clé pour accéder à l'échange émotionnel inter-espèces serait de considérer l'ensemble des réponses autonomes avec une analyse *multimodale*, *multisensorielle* et *multidimensionnelle*. Par conséquent, cet objectif devrait inclure une

collaboration entre des chercheurs provenant de disciplines diverses, telles que des psychologues, neuroscientifiques, éthologues, vétérinaires, mathématiciens, physiciens, ingénieurs, et experts en physiologie. Aussi pour étudier les effets de la TAC, nous suggérons le développement de méthodologies pluridisciplinaires. Il demeure important également que l'étude de la TAC suive les avancées au niveau de l'évaluation des psychothérapies de façon générale, car il serait dommageable d'uniquement se centrer sur les processus émotionnels inter-espèces, sans y adjoindre en parallèle une réflexion sur les facteurs explicatifs communs des psychothérapies.

10. Le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal appliqué à la Thérapie Assistée par le Cheval

” Our body moves as our mind moves.”

B. Bainbridge Cohen (2017)

“Psychotherapy is not the “talking” but the ‘communicating’ cure”.

Judith R. Schore & Æ Allan N. Schore (2008)

I. Introduction

Actuellement, on assiste à un engouement de l'utilisation du cheval en thérapie, mais nous ne sommes pas encore en mesure de rendre compte du véritable impact de sa présence, et donc d'évaluer avec précision les bénéfices qu'il apporte. La Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) peine encore à démontrer ses effets bénéfiques dans les essais randomisés, les résultats sont variables d'une étude à l'autre, et n'illustrent pas la richesse, décrite sur le plan clinique, de la présence des chevaux en thérapie (Carlsson, 2016). Ces écueils sont susceptibles d'être expliqués à partir d'au moins deux difficultés : à l'heure actuelle, (1) nous ne disposons d'aucun modèle spécifique à la TAC qui puisse guider nos interventions et nos méthodologies de recherche, (2) il n'existe pas de normes standardisées pour la compréhension du comportement du cheval au sein des approches utilisées en TAC (Kieson & Abramson, 2017), posant des questions relatives à l'évaluation du bien-être du cheval en thérapie.

1.1. Le besoin d'un cadre théorique spécifique à la TAC

Bien que la médiation équine soit largement répandue sur notre territoire et dans nos établissements de santé, il n'existe, à l'heure actuelle, aucun cadre théorique de référence spécifique qui mette en lumière les processus à l'œuvre durant la thérapie. Par exemple, les nouvelles pratiques de la TAC visent à aider les individus à développer et à améliorer leurs compétences interpersonnelles en les pratiquant avec des chevaux, mais nous ne savons pas encore définir par quels processus ces améliorations sont possibles et le rôle du cheval dans ces progrès.

Evaluer les bienfaits des animaux en thérapie sans disposer d'un cadre théorique spécifique est dommageable à plusieurs égards. En premier lieu, nous évaluons la thérapie à partir d'autres indicateurs qui ne se rapportent pas directement aux animaux. Par exemple, en mesurant l'efficacité de l'intervention avec des mesures de l'intensité de symptômes physiques et/ou psychiques avant puis après, afin d'observer s'ils diminuent suite à la TAA. Il s'agit d'une démarche pragmatique et efficace utilisée pour évaluer les thérapies, mais elle comporte le désavantage d'être peu heuristique. En effet, elle ne donne pas de modèle explicatif du trouble ni de l'efficacité des interventions (Salkovskis, 2002). Ainsi, bien que cette méthodologie soit utile pour vérifier l'efficacité d'une thérapie, elle ne permet pas d'en comprendre les fondements et de mesurer si elle agit bien sur les processus sur lesquels elle est

censée agir. Finalement ce type d'évaluation ne nous permet en rien de conclure que les résultats bénéfiques de ce type de thérapie sont attribuables à l'utilisation d'un animal.

A ce jour, plusieurs hypothèses explicatives des effets thérapeutiques de la TAC restent à explorer. Håkanson et al. (2009) avaient proposé une première conceptualisation des différents facteurs ayant influencé positivement l'efficacité des séances de TAC et ont mis en évidence quatre dimensions qui semblent centrales dans l'équithérapie et qui permettent d'améliorer la santé des personnes au sens défini par l'OMS : la conscience du corps ; les compétences ; les émotions, et l'environnement. Kendall et al. (2014) ont énuméré quelques hypothèses anecdotiques et descriptives sur la manière dont les chevaux entraînent des effets psychologiques positifs chez les patients au cours de la thérapie assistée par les chevaux (TAC). Trois hypothèses potentielles et divergentes ont émergé de la littérature : (1) les bienfaits psychologiques de l'équitation thérapeutique ne sont en fait pas liés au cheval ; (2) le cheval fournit un contexte particulièrement positif dans lequel les gains psychologiques sont facilités, (3) le cheval lui-même possède des qualités thérapeutiques spécifiques qui provoquent des changements uniques qui ne se produiraient pas autrement.

Par ailleurs, des recherches ont montré que les facteurs communs des psychothérapies expliquent davantage les effets bénéfiques obtenus que les techniques utilisées par le thérapeute (Ahn & Wampold, 2001; Lambert, 1986). Aussi, le cheval est-il un moyen, une technique comme une autre pour aboutir aux mêmes effets que les psychothérapies traditionnelles ou fait-il partie à proprement parlé du processus thérapeutique relationnel ?

Même si nous disposons à présent de preuves de l'efficacité des interventions assistées par des chevaux pour les adultes et les enfants dans toute une série de conditions et de présentations, la base actuelle de preuves est entachée de multiples faiblesses méthodologiques (Anestis et al., 2014 ; Kendall et al., 2015). Par conséquent, les interventions thérapeutiques incluant un cheval ne peuvent pas être considérées comme une meilleure pratique à l'heure actuelle (Stern & Chur-hansen, 2019). Faut-il en conclure qu'il n'y a pas d'intérêt au fait d'adjoindre la présence d'un animal en thérapie, plus coûteuse que d'autres formes de thérapies ?

En second lieu, ce manque de cadre conceptuel freine les progrès de la TAC en termes d'efficacité. Nous savons que la thérapie est efficace, nous supposons que ce résultat est dû à la présence du cheval mise à profit par celle du thérapeute, oui mais comment ? Quels sont les moyens, les méthodes et les leviers d'actions utilisés par les thérapeutes en TAC ? même si ces derniers se réfèrent à un courant théorique de psychothérapie, les interactions inter-espèces amènent forcément avec elles des spécificités. De ce fait, même en appliquant des programmes certifiés, il est probable que les résultats des études restent changeants, car bon nombre de facteurs inhérents aux interactions homme-animal restent à être explorés dans le cadre de la TAC. A nouveau, nous aimerions comprendre laquelle des mises en situation avec le cheval est impliquée dans le changement observé et laquelle semble n'avoir que peu de résultats. Des études supplémentaires devraient investiguer les processus de changements qui semblent liés à la présence seule de l'animal, de ceux relatifs aux interactions patient-animal-thérapeute.

Ce champ de recherches nous paraît aussi prometteur que nécessaire. En effet, comment justifier la présence d'un animal en thérapie, avec toutes les questions éthiques qu'elle contient, sans l'étude approfondie du rôle spécifique de l'animal ?

Actuellement, l'absence de modèle propre à la TAA nous pousse à adjoindre au cadre de la TAA des théories développées chez l'humain et à coupler des techniques thérapeutiques découlant de ces théories à la présence de l'animal. Même si certaines théories peuvent être effectivement transposables à certains

égards, la relation homme-animal étant une relation interspécifique, beaucoup de nos concepts doivent être adaptés, voire totalement développés spécifiquement pour être utilisables en TAA.

D'autre part, si des recherches ont validé l'intérêt de certaines méthodes dans les thérapies classiques, il n'est pas certain que leurs utilisations en TAC agissent sur les mêmes processus et produisent le même effet. Par exemple, de nouvelles méthodes proposent de pratiquer la thérapie EMDR en TAC (voir Equine-Assisted EMDR (EA-EMDR) Protocol ; Jenkins, 2011). Si cette thérapie a montré des effets bénéfiques dans un cadre classique, il reste à étudier quels effets particuliers des stimulations *bilatérales* opérés par le biais de sensations sur le cheval peuvent être produits chez l'homme.

Il paraît donc primordial dans les TAA, de distinguer les stratégies thérapeutiques provenant de modèles thérapeutiques classiques, de spécifier avec précision les adaptations qui ont été opérées, et d'être à même de décrire les moments où ces stratégies ont été utilisées classiquement ou en relation avec l'animal. Si nous ne faisons pas ce travail, nous devons nous préparer à répondre à la question : pourquoi ajouter l'animal, quand la thérapie fonctionne déjà si bien sans lui ?

Dans son article intitulé "Equine-facilitated psychotherapy: The gap between practice and knowledge", Bachi (2012) dénonçait la faiblesse de la portée des résultats existants dans le domaine de la TAC, la plupart des recherches souffrant de problèmes méthodologiques qui compromettent leur rigueur scientifique ou bien présentant des résultats anecdotiques. D'autre part, l'auteure pointait également l'écart existant entre des pratiques en plein essor et le manque de connaissances existantes dans ce domaine. Elle proposait alors l'adoption d'une approche multiméthode pour favoriser le développement des connaissances dans le domaine de la TAC, ainsi que des solutions méthodologiques, comme l'application de la Grounded Theory ou encore l'application de la théorie de l'attachement au contexte homme-cheval, pour permettre d'améliorer notre compréhension des processus de changement sous-jacents.

Il y a donc aujourd'hui un réel besoin d'étudier finement les processus à l'œuvre dans la thérapie avec le cheval afin de pouvoir, ensuite, mieux évaluer et cibler nos interventions dans ce domaine. De telles recherches seraient bénéfiques pour la communauté équestre dans son ensemble et favoriseraient un meilleur bien-être psychologique des animaux, en réduisant l'aspect "imprévisibilité" des interactions homme-cheval (Hawson et al., 2010). En ce qui concerne la TAC, étant donné que de nombreux praticiens de la thérapie équine utilisent des connaissances apprises à partir de formations spécifiques à la TAC pour aider leurs patients à mettre en pratique leurs compétences relationnelles, une meilleure compréhension des processus psychologiques et du comportement équin améliorerait les approches théoriques existantes en créant des relations mutuellement bénéfiques entre l'homme et le cheval (Kieson & Abramson, 2017).

1.2. Le besoin de normes standardisées pour la compréhension du comportement du cheval au sein des approches utilisées en TAC

Pour l'heure, il existe peu de recherches sur le comportement équin dans le contexte de la TAC, et en particulier sur la meilleure façon d'utiliser les comportements équins pour améliorer les différentes composantes de la santé humaine. Ainsi, il n'existe pas de modèle pour interpréter le comportement des chevaux en TAC.

Pour progresser dans la compréhension du rôle que le cheval joue en thérapie, il a été suggéré que les chercheurs examinent les modèles de comportement des chevaux, afin de comprendre comment ils apprennent et s'adaptent aux changements émotionnels et comportementaux des humains (Kieson,

2018). En effet, l'une des hypothèses des bénéfices de la TAC pour les patients est le contact positif avec l'animal et la relation qu'ils développent avec lui. Pour tester cette hypothèse de façon rigoureuse, nous devons développer des méthodologies de recherches comparatives qui nous permettraient d'étudier les similitudes et différences dans l'établissement de liens et la régulation des interactions sociales tant chez le cheval que chez l'humain. Nous devons ensuite comparer ces connaissances au cadre spécifique des interactions inter-espèces. Par exemple, il serait utile de définir au niveau de l'éthogramme du cheval, en situation d'interaction avec l'homme, quels sont les comportements et attitudes qui reflètent un comportement affiliatif, et les particularités, s'il en est, de ces comportements lors d'interactions avec l'homme. Des mesures complémentaires au niveau des réponses physiologiques peuvent y être associées. Enfin, nous devons observer si les effets positifs observés de la thérapie chez le patient sont associés aux interactions avec le cheval ou si ces effets sont mieux expliqués par d'autres facteurs.

Le manque de modèle pour la compréhension du comportement équin en TAC n'est pas uniquement lié aux questions relatives à l'efficacité des interventions, mais s'étend également à la problématique du bien-être des animaux utilisés. En effet, dans les études évaluant les effets de la TAC, on retrouve peu d'informations à propos du bien-être des animaux impliqués. Pourtant, la prise en compte de l'état émotionnel des chevaux en TAC a de multiples répercussions, que ce soit en termes de qualité et d'efficacité des interventions, que d'éthique et de sécurité des humains et des animaux (De Santis et al., 2017). Peu d'études ont évalué à ce jour l'impact de la TAC sur les chevaux utilisés en thérapie. Des études préliminaires concluent que l'équitation thérapeutique n'est pas associée à un stress accru chez les chevaux de thérapie (Johnson et al., 2017; McKinney et al., 2015). Cependant, ces études ont porté sur de faibles échantillons et n'ont pas évalué de façon holistique les situations auxquelles sont confrontés les chevaux de thérapie. En particulier, la question demeure de savoir dans quelle mesure il peut être stressant pour un cheval d'interagir avec des individus présentant une variété de troubles, qu'il s'agisse de situations montées ou à pied. Par exemple, dans le cas des chevaux impliqués dans des activités thérapeutiques, il existe des preuves préliminaires suggérant la possibilité que les chevaux soient sensibles à certains comportements du cavalier, en particulier dans le cas de personnes présentant des problèmes émotionnels/comportementaux, par rapport aux cavaliers récréatifs (Kaiser et al., 2006). On sait que les chevaux sont très sensibles aux facteurs de stress liés aux contraintes physiques et/ou à la nécessité de contrôler leurs émotions lors de leurs interactions avec les humains. Les sources de stress pour les chevaux sont nombreuses et peuvent être liées au stress physique induit par des activités spécifiques et le fait d'être monté, ou par la peur ou l'anxiété face à de nouveaux stimuli, la séparation sociale, le transport, la douleur et l'inconfort (Borstel et al., 2017), ou encore aux états émotionnels du cavalier (Keeling et al., 2009; Merkies et al., 2014). Des auteurs ont montré que les chevaux réagissent différemment lorsqu'ils sont caressés par une personne ayant une attitude négative à leur égard, par rapport à une personne ayant une attitude plus positive (McBride & Mills, 2012; Whatley, 2017). Il est donc important d'identifier les signes comportementaux et/ou physiologiques qui indiquent que le cheval est soit à l'aise, soit mal à l'aise, dans l'activité à laquelle il participe (Baragli et al., 2015; Hall et al., 2018; McBride et al., 2017). D'autre part, il ne s'agit pas d'évaluer une situation déterminée a priori comme stressante, mais plutôt d'évaluer la façon dont les chevaux perçoivent les situations dans lesquelles ils sont impliqués. Baragli et al. (2009) ont évalué, à partir de la fréquence cardiaque, la façon dont les chevaux perçoivent des stimuli présentés par l'homme lors des manipulations. Leurs résultats indiquent que ce n'est pas l'action "en soi" qui est importante, mais la manière dont les chevaux perçoivent et évaluent ces actions en relation avec l'environnement et leurs expériences. Il paraît également important de différencier les signes de douleur physique et de mal-être psychologique.

A l'heure actuelle, les formations de thérapie assistée par le cheval préconisent aux professionnels d'étudier le comportement des chevaux au travers de systèmes de croyances ou de notions non

corroborées, voire même infirmées par les recherches actuelles, modélisées dans la communauté de l'équitation. Par exemple, l'équitation dite « naturelle » semble se concentrer sur l'établissement d'une communication entre l'homme et le cheval, mais certains effets de ce type d'entraînement seraient expliqués de manière plus scientifique par l'émergence d'un comportement de défense (flight) : la fuite et des réponses apprises aux stimuli (conditionnement classique et opérant). Un bon exemple pour illustrer ce propos est l'approche de l'entraînement en roundpen ou rond de longe qui a été largement répandu et utilisé par des cavaliers réputés (voir, par exemple, Parelli et al., 2003; Roberts, 2000). Le rond de longe possède une forme circulaire qui permet au manipulateur de garder le cheval en mouvement pendant l'entraînement. Cela permet au cheval d'apprendre rapidement à répondre aux signaux de l'entraîneur, à s'approcher de lui et à ne pas s'éloigner sans y être invité. Ce dispositif permet ensuite au dresseur d'approcher le cheval et de l'habituer progressivement à être manipulé et retenu. Le travail au rond de longe a été décrit comme une méthode basée sur un élément de l'éthogramme du cheval, selon lequel un membre dominant d'un groupe en poursuivra un autre pour devenir son chef, forcer sa conformité ou gagner son respect. Cependant, cette théorie manque de crédibilité car, à part des récits anecdotiques, ces aspects du comportement social des équidés n'ont jamais été enregistrés. Des études éthologiques montrent que les leaders dans la société équine sont rarement les individus les plus agressifs ou dominants (Tyler, 1972), que la société équine est matriarcale, basée sur des associations à long terme entre des individus apparentés et des compagnons préférés (VanDierendonck & Spruijt, 2012), et que la réponse habituelle à l'agression est l'évitement (Christensen et al., 2011). De plus, la réconciliation dyadique et les interactions affiliatives post-conflit avec des tiers constituent des mécanismes sociaux importants pour la gestion des situations post-conflit chez les chevaux (Cozzi et al., 2010). Enfin, les prises de décisions sont plutôt basées sur un processus de consensus partagé dirigé par des déterminants écologiques que sur le fait d'un individu dominant (Bourjade et al., 2009). Une autre étude a également corroboré ces résultats dans la relation interspécifique homme-cheval, en montrant que les chevaux ont une préférence significative pour l'approche en posture de soumission, et aucun cheval n'a montré une préférence globale pour les postures de domination (Smith et al., 2018). Ainsi, le travail du cheval en rond de longe, valorisé par le courant de l'« équitation naturelle » constitue plutôt un risque que les chevaux fassent des associations entre leurs états de peur et la présence de « l'agresseur » au milieu du rond de longe (Goodwin et al., 2009).

Le pansage des chevaux est également une pratique largement répandue en TAC, avec la croyance que cette activité procure du bien-être au cheval. Une étude de Lansade et al. (2019) s'est appliquée à décrire comment le pansage est effectué sur le terrain, en termes d'état émotionnel du cheval et aussi de sécurité du cavalier. Les résultats montrent que d'une part, le pansage produit plus d'émotions négatives que positives chez les chevaux. Seulement 5% des chevaux ont montré un comportement de toilettage, d'approche ou de relaxation mutuel, tandis que quatre fois plus de chevaux ont exprimé des comportements d'évitement et de menace. Et d'autre part, 100% des cavaliers se sont comportés de manière risquée au moins une fois. Les auteurs expliquent ce résultat par un manque d'importance accordée à cette pratique et au peu d'enseignement sur la lecture des signaux des chevaux indiquant le confort et l'inconfort dans le monde équestre.

Il a également souvent été suggéré que les chevaux peuvent « ressentir » ou « refléter » l'état d'esprit des humains lorsqu'ils sont impliqués dans des TAC ; tel un « miroir de nos émotions ». Cette fausse idée pourrait générer des croyances douteuses sur la capacité des chevaux à éprouver de l'empathie pour les personnes souffrantes (Scopa et al., 2019). Au lieu de cela, les études tendent à démontrer que les chevaux sont sensibles aux émotions humaines (Baba et al., 2019) et qu'il existe un transfert émotionnel entre l'homme et le cheval au cours de leurs interactions (Lanata et al., 2018; Sabiniewicz et al., 2020). Ainsi, ces études n'indiquent pas que les chevaux reproduisent ou reflètent l'émotion de l'homme, mais plutôt qu'ils ont la capacité de reconnaître les émotions humaines et d'y répondre (d'Inge et al., 2019; Proops et al., 2018; Trösch et al., 2020). Une autre étude a montré que les chevaux ne semblent pas faire

de différence entre des individus tout venant et ceux présentant un trouble de stress post-traumatique. Les chevaux répondent davantage aux indices physiques (corporels) des humains et ce d'autant plus si la personne est expérimentée avec les chevaux (Merkies et al., 2018).

Bien que des connaissances sur le comportement des chevaux soient requises, des études et des preuves anecdotiques suggèrent que les chevaux utilisés dans la TAC présentent souvent des comportements de confusion ou d'évasion, sont "épuiés" et/ou montrent des signes de dépression, et sont moins interactifs avec les humains (Lerch et al., 2020). Ces comportements pourraient être le résultat de contradictions dans l'interprétation du comportement équin dans le cadre des pratiques d'« équitation naturelle » ou d'un manque de compréhension et d'utilisation de la théorie de l'apprentissage équin dans le contexte de la TAC. Comme il n'existe actuellement pas de normes standardisées d'évaluation du comportement des chevaux dans ce contexte, les thérapeutes et les spécialistes des chevaux travaillant dans le domaine de la TAC utilisent une explication subjective lorsqu'ils interprètent le comportement des chevaux. Cela peut contribuer aux difficultés de la recherche sur le comportement des chevaux dans le contexte thérapeutique (Pauw, 2000).

Les chercheurs s'accordent sur le fait qu'il y a un réel besoin d'approfondir les recherches dans le domaine de la TAC afin de produire des interprétations plus précises du comportement équin dans l'interaction entre le cheval et l'homme (Kieson & Abramson, 2017). Il est également recommandé de poursuivre les études, dans le but final d'élaborer une méthode multidimensionnelle fiable pour évaluer la réaction d'un cheval pendant les programmes thérapeutiques, afin d'aider les professionnels à mieux développer les interventions en tenant compte de la perspective de l'animal (De Santis et al., 2017).

Les auteurs suggèrent qu'il soit nécessaire d'élaborer des lignes directrices et des recommandations, ainsi que de mener des recherches sur les procédures de formation et de sélection des chevaux utilisés en TAC, afin de garantir à la fois le bien-être des animaux et la sécurité des patients concernés, et de favoriser l'établissement d'une interaction homme-animal réussie. Ces avancées pourraient contribuer à l'élaboration d'un cadre théorique dans une perspective One Health – One Welfare, répondant aux enjeux éthiques et moraux, où la santé et le bien-être des chevaux et des humains améliorés, contribueraient à l'amélioration des effets thérapeutiques de la TAC.

1.3. Hypothèses

Scopa et al. (2019) ont émis l'hypothèse que la cause immédiate du succès des interventions pourrait être la coordination mutuelle entre l'homme et l'animal, grâce à laquelle les personnes entrent en contact physiquement et, surtout, émotionnellement. Les auteurs proposent que la détection des émotions d'autres individus et le développement de la capacité à ajuster ses propres états émotionnels en conséquence (mécanisme de transfert émotionnel), pourraient représenter le moteur clé déclenchant les effets positifs des TAA.

Nous agréons le point de vue de ces auteurs mais proposons d'aller plus loin dans le développement de cette hypothèse. Si l'ajustement émotionnel peut produire des effets bénéfiques dans les interactions dyadiques, il reste à définir les processus par lesquels le thérapeute parvient à en tirer parti dans le processus de changement en TAC.

Avant de nous lancer dans de nouvelles évaluations, nous suggérons qu'il soit bénéfique de prendre le temps de réfléchir à propos des processus que nous pensons impliqués en TAC. En effet, la psychothérapie en soi est un domaine difficilement évaluable, notamment par le fait de la singularité des facteurs afférents à la rencontre entre un patient et un thérapeute. Si nous percevons l'animal, non pas comme un objet mais comme un partenaire, cette difficulté ne peut alors que s'accroître, car un individu

supplémentaire est ajouté à l'équation amenant avec lui la part d'altérité propre à son espèce. En conséquence, nous proposons que la TAC soit considérée comme une thérapie des interactions.

Nous suggérons que le MIIHA, en tant que métamodèle, puisse servir de base à l'étude des interactions « patient-cheval-thérapeute » en TAC. Nous proposons d'y adjoindre l'étude de l'alliance thérapeutique triadique, pour appréhender le processus de triangulation patient-cheval-thérapeute. Au travers des concepts de co-régulation mais aussi de co-dysrégulation, nous proposons d'émettre des hypothèses sur les processus impliqués dans le transfert émotionnel et d'empathie entre « patient-cheval-thérapeute » au cours de la thérapie. Nous étayerons notre réflexion par la modélisation de quelques situations d'interactions vécues en prenant appui sur le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA) et l'opérationnalisation des stratégies spécifiques à la TAC que le thérapeute a utilisées. Enfin, nous émettons quelques recommandations en faveur de la promotion du bien-être équin durant les séances de thérapie.

L'objectif serait d'aboutir à un modèle qui permette de guider le thérapeute dans les stratégies thérapeutiques spécifiques qu'il peut utiliser pour mettre à profit les interactions avec le cheval afin accroître les bénéfices de la thérapie pour le patient tout en préservant le bien-être des équidés.

II. Méthodologie

Objectifs :

- Étudier les processus émotionnels et cognitifs à l'œuvre dans la TAC afin de pouvoir ensuite, mieux structurer et évaluer nos interventions dans ce domaine ;
- Proposer un cadre théorique conceptuel pour la TAC.

L'objectif sous-jacent est d'optimiser nos pratiques dans le champ de la thérapie assistée par le cheval, de rendre compte avec plus de précision de nos actions thérapeutiques, et enfin de fournir un outil de réflexion qui permette de penser différemment le design des recherches et l'évaluation des pratiques.

III. Vers le développement d'un cadre conceptuel à la Thérapie Assistée par le Cheval

Dans un premier temps, nous proposons un bref résumé du Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA), avec des précisions concernant les modalités et caractéristiques de l'expression des émotions, avec l'intérêt de l'utilisation du MIIHA en TAC. Pour l'étude des interactions patient-cheval-thérapeute en contexte thérapeutique, nous suggérons d'adjoindre au MIIHA, le concept d'alliance thérapeutique. Nous donnerons des éléments de définition et proposerons plusieurs exemples appliqués avec le MIIHA permettant de saisir les processus en jeu dans la triade thérapeutique, ainsi que des éléments pour promouvoir le bien-être psychologique des chevaux de thérapie. Nous présenterons notamment une série d'hypothèses déduites de l'application du MIIHA en TAC, que nous suggérons d'investiguer dans des recherches futures, afin de progresser dans notre compréhension des processus à l'œuvre en TAC.

3.1. Résumé du MIIHA

Pour une description complète du MIIHA, voir chapitre 6. D'après Panksepp (2011), une grande partie du comportement humain et animal dépend des circuits émotionnels qui sont partagés par tous les mammifères, y compris l'homme. Les systèmes émotionnels de base suscitent des ressentis et des tendances à l'action lorsqu'ils sont activés et constituent le substrat neuronal des affects. Les affects de base permettent à tout être vivant de survivre, de s'adapter à son environnement et d'interagir avec ses congénères. Sept systèmes émotionnels de base ont été identifiés : (1) SEEKING, système de désir et d'exploration, éveille la curiosité de l'individu et l'encourage à explorer et à découvrir ; (2) PANIC, système de détresse de la séparation, motive l'individu à chercher des connexions avec les autres qui lui procurent un sentiment de sécurité ; (3) CARE, système de don de soins, répond à la recherche d'attachement d'autrui, par des actes tendres et aimants ; (4) PLAY, système du jeu, soutient l'apprentissage social, la compétence et la connexion avec les autres ; (5) LUST, système du désir sexuel, active la séduction et l'acte sexuel et a pour fonction première de perpétuer l'espèce ; (6) RAGE, système de la colère, est suscitée par la frustration et le sentiment de privation de liberté ; (7) FEAR, système de la peur, concerne la peur d'être blessé ou tué et il est conçu pour protéger la survie de l'individu. Ces systèmes se complexifient ensuite à des degrés différents en fonction de l'espèce.

Dans la théorie Polyvagale, Porges établit une distinction dans l'organisation du système nerveux autonome (SNA), allant du plus primitif au plus évolué, en distinguant le rôle respectif des trois branches du SNA dans les comportements défensifs et sociaux. (1) Le nerf vague non myélinisé ou complexe vagal dorsal (CVD) est impliqué dans la régulation neuronale des viscères et de la digestion (zones situées en dessous du diaphragme). En situation sécuritaire, il soutient l'homéostasie, la croissance et le repos ; tandis qu'en situation insécuritaire, il répond à la menace vitale en déprimant l'activité métabolique (comportements d'immobilisation et d'effondrement) ; (2) Le système nerveux sympathique (SNS), capable d'augmenter l'activité métabolique de l'organisme, afin de favoriser des comportements de mobilisation et de défense, nécessaire pour fuir ou combattre ; (3) Le nerf vague myélinisé ou complexe vagal ventral (CVV) est le plus complexe et sophistiqué. Il joue un rôle important dans la régulation de l'engagement social en permettant aux individus un grand degré de flexibilité en matière de communication et en régulant les zones corporelles utilisées dans l'interaction sociale et environnementale.

Sur la base de ces travaux, le MIIHA propose une approche systémique pour l'étude des systèmes émotionnels primaires chez l'individu en réponse à son environnement, avec notamment le concept de neuroception (neurodynamique INTRA) et pour l'étude des systèmes émotionnels primaires au cours d'interactions sociales, au travers des concepts de transfert émotionnel, d'empathie et de régulation interactive (neurodynamique INTER).

3.1.1. Modalités et caractéristiques des émotions primaires

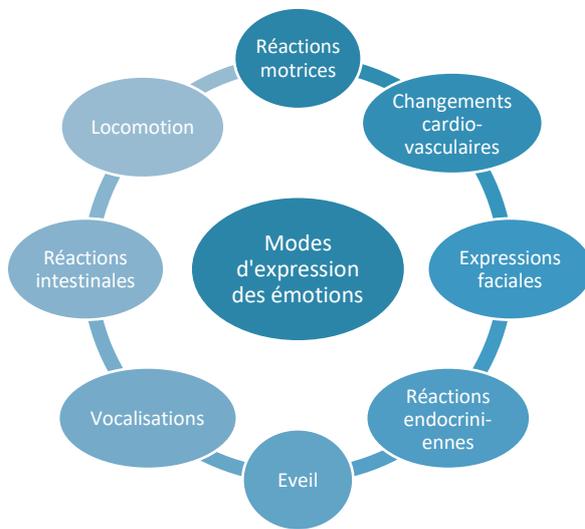


Figure 10.1 Les modes d'expression des émotions

Les états émotionnels déclenchent des " systèmes d'action " (ie. Systèmes émotionnels primaires de Panksepp) dans de multiples modalités présentées sur la figure 10.1. D'une espèce à l'autre, la réponse de l'organisme à un stimulus pertinent peut provoquer des changements au niveau de la locomotion, des réactions motrices, des expressions faciales, des vocalisations, des réactions cardiovasculaires, intestinales et endocriniennes et de l'éveil. Par exemple, l'état émotionnel de peur peut provoquer l'écarquillement des yeux, une respiration plus forte, des changements d'attention, une redistribution du sang, la libération d'hormones, des réponses motrices telles que l'immobilisation tonique ou la fuite, et un évitement soutenu.

D'autre part, il a été proposé que les émotions, ainsi que leurs expressions, englobent différentes caractéristiques de base telles que proposées par Anderson et Adolphs (2014) qui comprennent la valence (les émotions sont positives ou négatives), la persistance (les émotions ont tendance à survivre à leur déclencheur), l'intensité (les émotions peuvent être faibles ou fortes) et la généralisation (la même émotion peut se produire dans différents contextes ou être déclenchée par différentes conditions de stimulus). En situation expérimentale, on peut mesurer les émotions au travers de ces différentes modalités et caractéristiques, tandis qu'en situation clinique et de terrain, on a accès à un nombre plus restreint de signaux. Il s'agit donc de porter attention aux signes non-verbaux, voire à certains signes physiologiques qui peuvent être perçus ou inférés.

3.1.2. Intérêt du MIIHA en TAC

Sur la base des avancées des neurosciences et des sciences cognitives, le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal (MIIHA) suppose une base commune entre tous les mammifères et les oiseaux. La modélisation de l'expression des systèmes émotionnels primaires dans les interactions a pour but de nous fournir un modèle susceptible de refléter les processus émotionnels se produisant au cours de la thérapie. Le MIIHA peut être perçu comme un métamodèle de mi-niveau, dont l'application au cadre de la TAC doit nous permettre la génération de nouvelles hypothèses afin de progresser dans notre compréhension des processus émotionnels se produisant lors des interactions « patient-cheval-thérapeute ». Le MIIHA ne se réfère pas à une théorie psychologique pour la compréhension des processus thérapeutiques. Aussi pour appliquer ce modèle en TAC et interpréter les interactions « patient-cheval-thérapeute », nous suggérons d'enrichir le modèle par l'apport du concept athéorique d'alliance thérapeutique présenté au point suivant.

3.2. Eléments de définition de l'alliance thérapeutique

Le fait que le cheval tienne une place centrale en TAC ne doit pas nous faire oublier qu'il s'agit avant tout d'une psychothérapie. Selon Strotzka (1978) « La psychothérapie est un processus interactionnel conscient et planifié visant à influencer les troubles du comportement et les états de souffrance qui, dans un consensus (entre patients, thérapeute et groupe de référence), sont considérés comme nécessitant un traitement, par des moyens psychologiques (par la communication) le plus souvent verbaux, mais aussi non verbaux, dans le sens d'un but défini, si possible élaboré en commun (minimisation des symptômes et/ou changement structurel de la personnalité), au moyen de techniques pouvant être enseignées sur la base d'une théorie du comportement normal et pathologique. En général, cela nécessite une relation émotionnelle solide ».

Dans toute psychothérapie, on retrouve un concept central et transthéorique, celui d'alliance thérapeutique ; un facteur prédictif de l'efficacité thérapeutique indépendamment de l'approche thérapeutique et de la méthodologie employée (Bachelor, 1995). Le terme d'alliance thérapeutique désigne la relation de *confiance* et de *collaboration* qui s'établit entre un patient et son thérapeute (Luborsky, 1977). La plupart des définitions différencient une composante affective, soit un climat propice à un échange relationnel entre patient et thérapeute et une dimension cognitive, également appelée alliance de travail. Cette dimension renvoie à un accord sur les buts généraux du traitement, sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, et comporte l'idée d'une responsabilité commune dans la résolution du problème.

Plusieurs niveaux d'expérience sont à prendre en compte pour comprendre le maintien et le développement de l'alliance : subjectif, intersubjectif et interactif. L'étude de l'alliance présuppose de comprendre l'intrication complexe qui existe entre ces trois niveaux, en s'intéressant aussi bien au point de vue du patient qu'à celui du thérapeute, à leur coopération mutuelle, ainsi qu'aux interactions explicites et implicites dans leurs échanges (comprend le langage verbal et non verbal ainsi que les actes relationnels). En effet, la qualité de l'alliance dépend à la fois de la contribution du thérapeute et de celle de son patient, les deux possédant une influence mutuelle tant sur sa création, que sur son développement ou son maintien (Horvath & Bedi, 2002 in Norcross, 2002).

Les attributs personnels du thérapeute, tels que l'honnêteté, la flexibilité, le respect, la chaleur, la confiance, l'empathie et la fiabilité, contribuent à un développement rapide et positif de l'alliance thérapeutique, ainsi que l'utilisation de certaines techniques telles que l'exploration, la réflexion, la prise en compte des succès thérapeutiques passés, la facilitation de l'expression des affects et l'attention portée à l'expérience du patient (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Cependant, le thérapeute est sollicité simultanément par différents niveaux d'expérience : son vécu subjectif et sa perception d'observateur de la dynamique relationnelle qui se déploie dans l'interaction. De ce fait, il peut parfois être difficile pour le thérapeute de se rendre compte du vécu négatif du patient dans l'interaction thérapeutique. Les désajustements relationnels entre le patient et le thérapeute pourraient être à l'origine de ruptures d'alliance thérapeutique qui engendreraient de mauvais résultats de la thérapie ou son arrêt (Baldwin et al., 2007; Safran & Muran, 2000). De nombreux théoriciens estiment que le thérapeute devrait chercher à adopter une position méta-affective, qui lui permette d'identifier les tensions qui surviennent dans le lien et d'intervenir pour préserver la coopération.

3.3. Modèle en double composante de l'alliance thérapeutique de Zilcha-Mano (2017)

Au cours des dernières années, une révolution s'est produite dans le domaine de la recherche sur l'alliance thérapeutique, faisant entrer ce débat théorique dans le domaine de l'empirique. Plusieurs études récentes sur l'alliance thérapeutique ont appliqué des méthodologies avancées pour atteindre cet objectif. Sur la base de l'intégration de ces études, Zilcha-Mano (2017) propose un nouveau modèle pour comprendre le rôle thérapeutique potentiel de l'alliance comme suffisant pour induire le changement par lui-même. Ce modèle postule que l'alliance thérapeutique soit composée de deux éléments principaux : l'attachement et le transfert.

La première composante du modèle, la composante « Trait » de l'alliance, correspond à la notion d'attachement. Elle prend en considération la tendance de l'individu à entrer en relation avec les autres et les attentes qu'il place en autrui, autrement dit les Modèles Internes Opérants (MIO) formés au cours des expériences passées. « Le modèle interne opérant provient de l'attente confiante ou non en la disponibilité de la figure d'attachement à partir d'une représentation d'expérience suffisamment fiable sur un temps assez long. Ces représentations d'expérience sont codées, mémorisées, puis retrouvées dans la mémoire mais pas forcément conscientes » (Pillet, 2007). En sachant que, l'environnement relationnel précoce n'est pas considéré comme un prédicteur de la qualité des relations ultérieures, mais plutôt comme un terreau sur lequel vient se développer le système d'élaboration mentale de l'individu qui va produire des représentations mentales de soi et de l'autre et des représentations de relations (Fonagy et al., 1991, 2018). De ce fait, l'attachement précoce a un effet sur les processus mentaux sous-jacents de la personnalité : la capacité à se représenter soi, les autres, la relation soi-autre de façon positive et négative (Pillet, 2007). A l'âge adulte, les MIO réfèrent à des *patterns* d'attachement qui semblent se répéter, en guidant d'une certaine manière l'interprétation du monde ainsi que le comportement que l'individu adopte avec son entourage, tout au long de la vie. La formation de MIO positifs sur soi et les autres correspond à l'établissement d'un style d'attachement sécure. Les patients présentant ce style d'attachement sont plus enclins à développer une relation thérapeutique, ils placent volontiers leur confiance dans le thérapeute et s'engagent activement vers les objectifs à atteindre. En revanche, les patients présentant l'un des trois styles d'attachement insécure (évitant, anxieux, ou craintif) se montreront plus méfiants à l'égard du thérapeute et pourraient manifester une certaine réticence ou de l'anxiété à l'idée de s'engager vers des objectifs de travail.

La deuxième composante du modèle de Zilcha-Mano (2017), la composante « État » de l'alliance correspond à la notion de transfert, processus de changement structurel des tendances insécures du patient à entrer en relation avec les autres, grâce aux interactions avec le thérapeute. Le changement va s'opérer à partir du transfert, c'est-à-dire par le biais de la régulation interactive entre le patient et le thérapeute. On y intègre alors les notions de co-régulation et de co-dysrégulation. Dans une interaction dyadique, la corégulation désigne un processus par lequel les émotions des deux individus sont modérées au fil du temps et reviennent à des niveaux homéostatiques. La co-dysrégulation au contraire, signifie que les émotions des deux individus sont amplifiées et s'éloignent de l'équilibre homéostatique. Les expériences répétées de co-dysrégulation mènent à des difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique, voire à une rupture de liens. Au contraire, la co-régulation promeut la sécurité affective et mène au renforcement des liens (J. R. Schore & Schore, 2008).

La première composante « Trait » de l'alliance n'est pas perçue comme thérapeutique en soi, puisqu'il s'agit en quelque sorte des dispositions du patient à établir un lien. Il est proposé que tenir compte de cette composante « Attachement » permettrait à d'autres ingrédients actifs de provoquer un changement

thérapeutique, tel que l'utilisation de certaines techniques, comme les « compétences d'écoute » (Burns & Auerbach, 1996; Rogers & Farson, 1976) ou encore les méthodes visant à réparer les ruptures d'alliance (Castonguay et al., 2004).

La deuxième composante « État » de l'alliance est perçue comme capable d'induire un changement thérapeutique en soi. Il s'agit du lien qui va se créer avec le thérapeute et qui va démontrer l'évolution du patient dans sa capacité à nouer de bonnes relations avec les autres. Cela va se traduire par une réévaluation de ces Modèles Internes Opérants. On devrait donc constater une évolution au niveau des attentes du patient sur le soutien des autres, une plus grande aisance à entrer en relation avec autrui, moins de méfiance, un contact relationnel plus franc, etc... Ces changements doivent produire un apaisement significatif chez l'individu et contribuer à ce que ses relations deviennent progressivement plus saines.

« La composante Trait de l'alliance permet au traitement d'être efficace ; la composante Etat rend l'alliance thérapeutique ».

(Zilcha-Mano, 2017)

En premier lieu, la composante « Trait » peut aider à prédire la capacité du patient à faire des progrès et les difficultés qui peuvent survenir dans les premières étapes du traitement. En tenant compte de cette composante, on peut ainsi modérer le résultat du traitement en déterminant quel type de traitement fonctionne le mieux pour chaque sous-groupe de patients. Par exemple, il est admis que l'établissement de l'alliance thérapeutique tant dans sa dimension affective que cognitive, comporte des spécificités dans la clinique des patients traumatisés. En effet, les séparations, les ruptures et la discontinuité des attachements vécus suite à des expériences traumatiques dans l'enfance, et les traumatismes d'origine humaine et intentionnelle ébranlent fortement la sécurité de l'attachement de ces personnes et leur capacité à faire confiance à autrui (Van der Kolk et al., 2005). Le thérapeute peut s'attendre à ce que les patients présentent un attachement désorganisé, les poussant à la fois à rechercher un contact avec lui et à l'éviter, voire le repousser. Etablir une relation d'attachement sera donc une tâche délicate nécessitant de la part du thérapeute une grande capacité d'autorégulation, une qualité de présence, une attitude stable soutenante et prévisible ainsi qu'une grande cohérence et congruence dans sa communication tant au niveau verbal que non-verbal. Cette composante de l'alliance semblable à un trait soit l'« attachement insécure » peut être associée à un moindre effet de la psychothérapie. Le thérapeute doit donc être particulièrement attentif aux aspects de sécurité, de fiabilité et de confiance incarnés par son attitude et véhiculés par le cadre thérapeutique proposé.

En second lieu, le mécanisme par lequel la composante « État » de l'alliance affecte le résultat thérapeutique observé, opère à travers la composante « Trait ». Il est donc supposé que l'amélioration de la capacité des patients à établir une relation satisfaisante avec le thérapeute affecte leur capacité générale à instaurer de meilleures relations en dehors du traitement, entraînant une réduction des symptômes qu'ils présentent.

3.4. Conceptualisation de l'alliance en TAC

En TAC, la question de l'alliance thérapeutique se complexifie encore par le passage d'une relation dyadique patient-thérapeute à une relation triadique avec un l'animal. La triade patient-cheval-thérapeute, met en jeu trois individus aux fonctions et statuts bien distincts. L'alliance thérapeutique triadique (ATT) pourrait se définir par un climat général bienveillant, chaleureux et soutenant le travail thérapeutique, qui résulte de l'interaction entre trois dyades interconnectées, patient-cheval ; cheval-

thérapeute ; thérapeute-patient (cf. figure 10.2). Au sein de chacune de ces dyades s'établit entre les individus un lien d'une nature particulière, tant au niveau des modalités de l'échange (verbal ou non verbal) que dans les buts poursuivis. Dans ce qui suit, nous allons décrire ce qui caractérise chacune de ces alliances dyadiques et formulerons des hypothèses sur sa contribution à l'alliance globale.

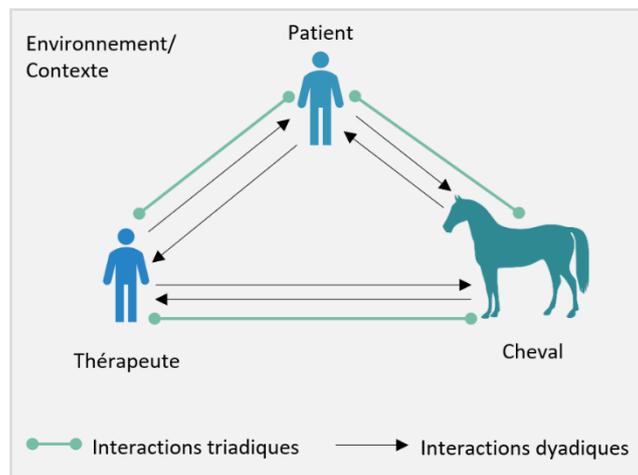


Figure 10.2 Le processus de triangulation en TAC inclut des interactions triadiques patient-cheval-thérapeute et dyadiques entre patient-thérapeute, patient-cheval et thérapeute-cheval

3.4.1. Particularités de l'alliance thérapeutique en contexte inter-espèces avec les équidés

Bien qu'il existe une base neurologique et des compétences émotionnelles communes entre l'homme et le cheval, la rencontre inter-espèces, met en présence des individus –thérapeute, patient et cheval– porteurs de différences fondamentales quant à leur façon de percevoir le monde qui les entoure et d'y réagir. Ces différences s'expriment dans la façon d'appréhender le monde, à l'incapacité pour le cheval de s'exprimer avec l'homme par le biais du langage et de raisonner de manière complexe à partir de cognitions et métacognitions. De plus, la plupart des patients rencontrés en thérapie n'ont aucune expérience avec les chevaux. Le thérapeute doit donc accompagner ces premières rencontres afin de garantir un haut degré de sécurité et donner les prérequis nécessaires à l'établissement d'une communication inter-espèces. Toute prise en charge doit donc débiter par la co-construction d'un langage commun, ici le langage non-verbal. Cela implique de clarifier avec le patient les représentations de la communication avec l'animal, et de procéder à un apprentissage des codes à utiliser et de la manière à communiquer afin de parvenir à un projet thérapeutique partagé. Le thérapeute se veut une sorte d'interprète de la gestuelle du cheval, offrant la possibilité au cheval de communiquer dans son langage et de se faire « entendre ». L'interprétation de cette communication non verbale entre le patient et le cheval transite par un tiers, le thérapeute. Elle est donc dépendante et nécessairement influencée par la confiance et la bonne collaboration qui s'établit au sein des dyades « thérapeute-cheval » et « patient-thérapeute ».

Nous allons présenter des exemples de modélisation des interactions patient-cheval-thérapeute à partir des hypothèses que nous avons formulées à propos des processus émotionnels qui nous ont semblé être mobilisés durant les interactions patient-cheval-thérapeute en TAC. Ces hypothèses ont été formulées

en partant de nos observations subjectives, de notre vécu des séances in vivo, en nous basant sur le modèle MIIHA et les apports théoriques que nous avons présentés succinctement au point 3.

IV. Applications

Comme nous l'avions précédemment indiqué dans la partie 1.2, un certain nombre d'auteurs ont proposé d'appliquer à la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) et à la Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) la théorie de l'attachement (Bachi, 2013a; Vincent & Farkas, 2017; Zilcha-Mano et al., 2011b, 2011a). L'attachement est en effet, une notion centrale pour l'étude des liens sociaux et une composante de l'alliance thérapeutique sur laquelle de nombreux auteurs se basent pour théoriser le développement de liens entre un patient et un thérapeute. Cependant, nous pensons qu'il serait prématuré de l'utiliser comme tel dans une relation inter-espèces. De nombreuses études restent à être menées pour comprendre de quelle façon l'animal s'attache à l'homme. Nous ajoutons qu'il est hautement probable que la nature du lien homme-animal diverge en fonction de l'espèce animale étudiée. De plus, la notion d'attachement implique de nombreux concepts comme la formation de styles d'attachements qui correspondent à la façon dont une personne vit ses liens affectifs dans les relations. Elle implique également la formation au cours de la petite enfance de Modèles Internes Opérants sur soi et les autres.

Comment savoir si de tels concepts développés pour l'étude des relations humaines peuvent être appliqués à l'étude des relations animales ou en contexte d'interactions homme-animal ? Pour l'heure, on considère que la relation interspécifique homme-animal est porteuse de la notion de réciprocité ou complémentarité et suit les mêmes principes que ceux des relations intraspécifiques en se construisant sur la base d'une série d'interactions (Martine Hausberger et al., 2008; Hinde & Hinde, 1979; Waiblinger et al., 2006). La valence (+/-) de chaque interaction contribue à construire une relation positive ou négative : si les interactions sont très majoritairement positives, la relation qui va s'établir sera positive, si au contraire les interactions sont plus souvent vécues négativement, la relation se dégradera et sera négative. L'établissement d'une relation inter-espèces homme-cheval pouvant être relativement long à s'établir, le thérapeute est avant tout témoin d'interactions entre le patient et le cheval. Néanmoins, la théorie de l'attachement reste intéressante pour théoriser le « bagage » dont l'homme et l'animal dispose, influant probablement sur leur façon d'entrer en relation. C'est au niveau de la construction de représentations mentales sur soi et autrui, les MIO, que l'étude de l'attachement dans la relation homme-animal se complexifie. En effet, nous pensons qu'il est probable que les animaux construisent de telles représentations, mais peut-être à un niveau moins complexe que chez l'homme. Les travaux expérimentaux de Harlow (1958) sur le Macaque Rhésus ont démontré que l'attachement était présent chez l'animal, et ont mis en évidence le rôle secondaire de la nourriture dans le lien entre la mère et son petit. Par ailleurs, Harlow montra également que les femelles « orphelines », suite à des expériences d'isolement total, deviennent insensibles aux mâles qu'on leur présente, et sont atteintes dans leurs capacités à prodiguer des soins à leur progéniture. De nombreuses recherches restent à être menées pour comprendre comment les expériences précoces des animaux peuvent influencer sur leur capacité à entrer en lien avec des individus de leurs espèces, puis avec l'homme.

4.1. Effet des Modèles Internes Opérants sur la neurodynamique INTRA des systèmes émotionnels primaires

A partir des Modèles Internes Opérants de l'individu (MIO), nous suggérons une tendance de l'individu dans l'activation de ses systèmes émotionnels primaires dans la relation à l'autre. Le système de séparation et de détresse PANIC, aussi appelé système d'attachement par Bowlby, se développe dès la naissance. Il est impliqué dans la génération d'un ensemble de comportements visant à favoriser la proximité avec les principales figures d'attachement afin de maintenir la survie de l'espèce.

Nous allons présenter différents exemples de modélisation à partir du MIIHA, de neurodynamique INTRA des systèmes émotionnels primaires en fonction de la construction de MIO sécurés et insécures. Il s'agit là d'hypothèses, formulées à partir des connaissances en psychologie sur la théorie de l'attachement et des neurosciences affectives, qu'il reste à investiguer par des travaux futurs.

4.1.1. Attachement sécurés

Chez les individus sécurés, les émotions, même négatives, conservent un rôle fonctionnel, et servent avant tout à restaurer la relation d'attachement plutôt qu'à la rompre. Par exemple, le système de la colère RAGE sera utilisé de manière constructive afin de surmonter des difficultés dans une relation et à attirer l'attention de l'autre sur ses attentes, ses besoins et ses buts (cf. figure 10.3). L'activation de ce système de façon régulée pourrait être impliquée dans l'adoption de stratégies de coping centrées sur le problème.

Situation : difficultés relationnelles dans l'interaction.

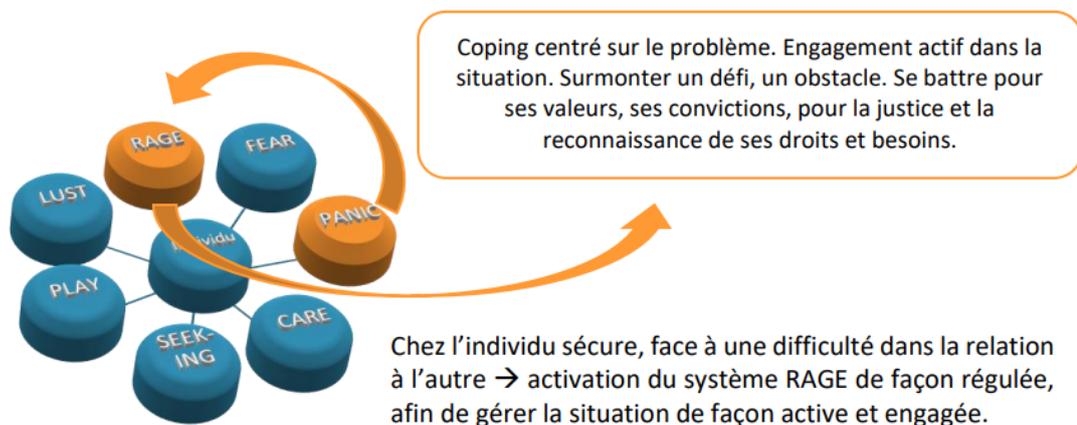


Figure 10.3 Utilisation de façon constructive du système RAGE dans la relation à l'autre

4.1.2. Attachement préoccupé ou « ambivalent »

En revanche, les personnes présentant un style d'attachement préoccupé ou ambivalent présentent un système PANIC (détresse de séparation) exacerbé (Zeanah & Zeanah, 1989). Chez les individus insécures, l'hyperactivation du système PANIC favorise de surcroît les manifestations excessives d'affects (cf. figure 10.4). On ne retrouve donc pas ce rôle positif de l'émotion, avec des stratégies de coping centrées sur l'émotion. On assiste, au contraire, à des difficultés à modérer les états de haute activation, en particulier des systèmes défensifs.

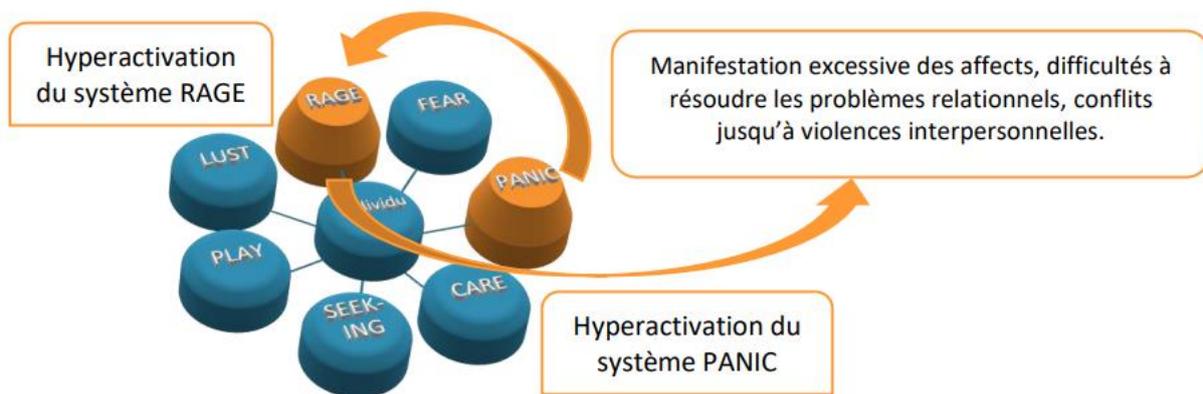


Figure 10.4 Hyperactivation du système RAGE dans la relation à l'autre

Chez les personnes insécures (cf. figure 10.5), l'activation du système FEAR peut être en lien avec des inquiétudes relatives à la perte des proches pour cause d'événements extérieurs, comme un accident de la route, une maladie grave, etc... Lorsque la figure d'attachement s'absente, même pour un court instant, la personne peut avoir la crainte de l'avoir perdu et vu pour la dernière fois.

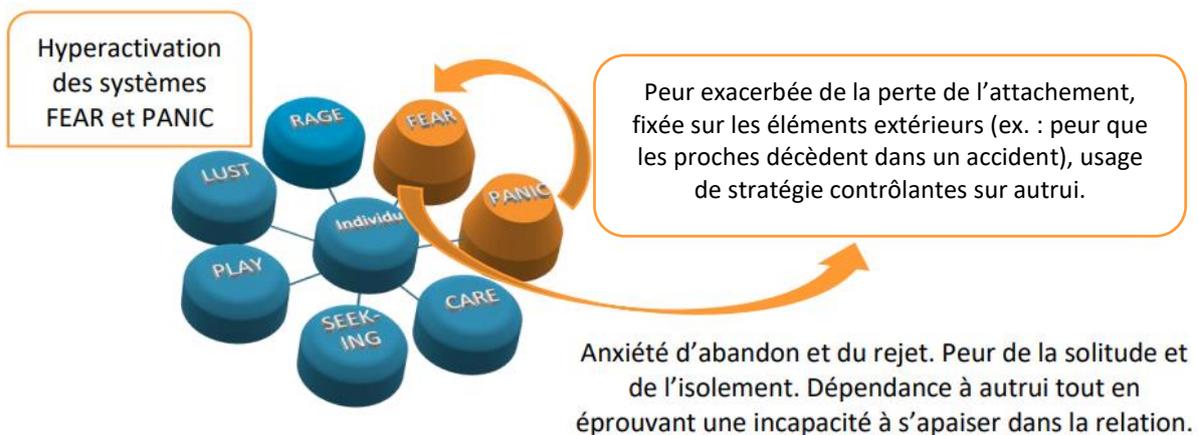


Figure 10.5 Hyperactivation du système FEAR dans la relation à l'autre

4.1.3. Attachement évitant ou détaché

D'après Zeanah et Zeanah (1989), les personnes « évitantes » ou « détachées » seraient caractérisées par un système comportemental d'attachement sous-excité, comme l'illustre la figure 10.6 On retrouve une domination du parasympathique vagal dorsal pour se réguler, avec une préférence pour l'auto-régulation pour gérer les émotions (Ogden et al., 2006). L'absence de colère chez ces personnes résulterait de leur détachement (Miljkovitch-Heredia, 1998). Ces personnes présentent des capacités de régulation interactive et d'engagement social sous-développées pour résoudre les conflits interpersonnels, avec une réduction des capacités à expérimenter des affects positifs ou négatifs. De plus, dans d'autres contextes, si toutefois la colère apparaît, il peut y avoir un déplacement de cette émotion sur des pairs, amenant à de l'hostilité, de l'agressivité et aux troubles du comportement (difficultés à modérer des états de haute activation).

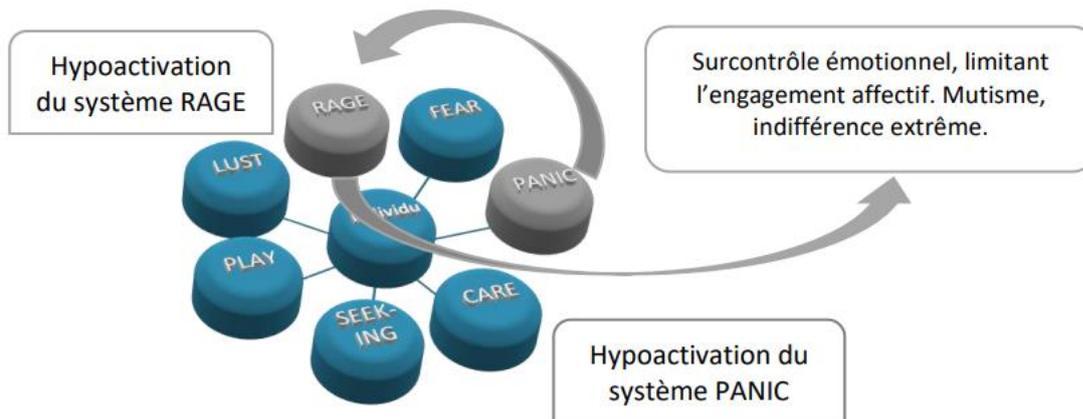


Figure 10.6 Hypoactivation du système RAGE dans la relation à l'autre

A côté de ces principales catégories, on peut aussi signaler l'existence du style d'attachement craintif ou désorganisé, comprenant les personnes ayant vécu un traumatisme ou une perte qu'ils n'ont pas assimilés, qui montrent des signes de désorganisation ou de désorientation dans les stratégies de régulation interactive et d'auto-régulation. On peut aussi assister à différentes stratégies insécures, avec des sorties massives et durables de la fenêtre de tolérance (état hyper ou hypo activés).

4.2. La remédiation des Modèles Internes Opérants en TAC

D'après Peterfreund (1983), en contexte thérapeutique, il serait possible d'opérer une réorganisation d'un MIO. Deux hypothèses ont été proposées :

- La réorganisation du MIO serait facilitée lorsqu'un thérapeute sert de base sécurisante ou de « contenant », ce qui libère l'individu et lui permet d'explorer son monde interne.
- Un milieu thérapeutique accueillant, tolérant et non-jugeant apporterait l'expérience de nouveaux modes de relations (et donc la fabrication de nouveaux schémas d'interactions) qui contribueraient à la formation d'un MIO cohérent de relations d'attachement *sécure*, dégagé des souvenirs d'expériences d'attachement négatives vécues durant l'enfance.

La présence des chevaux en thérapie faciliterait ce processus. En observant les interactions entre le patient et le cheval, le thérapeute aurait plus facilement accès aux MIO stockés en mémoire implicite. Le thérapeute peut ensuite mettre en mots ce qu'il a perçu, ce qui permettra un stockage des informations implicites et procédurales en mémoire explicite (mémoire épisodique et sémantique). L'accès à des schémas d'interprétation non verbalisables permet au thérapeute de connaître les MIO du patient et de lui donner un retour qui favorise une appréhension correcte de la réalité. Un changement des MIO peut s'effectuer par la reconstruction de nouveaux points de vue sur les relations d'attachement. Le thérapeute peut alors tenter de mettre en place de nouveaux modes d'interaction qui n'avaient pas encore été essayés par la personne. Sur la figure 10.7, le patient se montre attentif et empathique envers le cheval et parvient à réaliser un geste affectueux envers lui pour le rassurer. Ce faisant, il parvient non seulement à rester régulé en présence d'un autre individu dérégulé, mais en plus il parvient par ses actions à le rassurer. Il s'agit d'une ressource interactive et somatique forte dont le thérapeute souhaite faire prendre conscience au patient, figure 10.8.

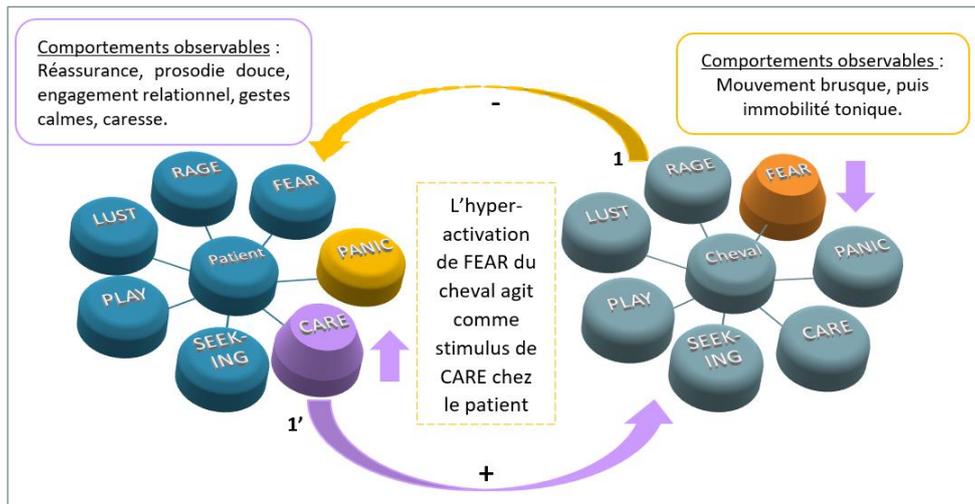


Figure 10.7 Interactions dyadique patient-cheval, le patient régule la peur du cheval

Le thérapeute raconte les différentes séquences comportementales qu'il a observées entre le patient et le cheval dans l'interaction. Par des questions, il « contacte » différentes sensations ressenties par le patient durant l'interaction : « *Qu'avez-vous perçu chez le cheval ?* », « *Qu'avez-vous ressenti dans votre corps lorsqu'il s'est effrayé ?* », « *Comment avez-vous réagi avec votre corps ?* », « *Pouvez-vous décrire les sensations que vous avez ressenties dans votre main en caressant le cheval ?* ».

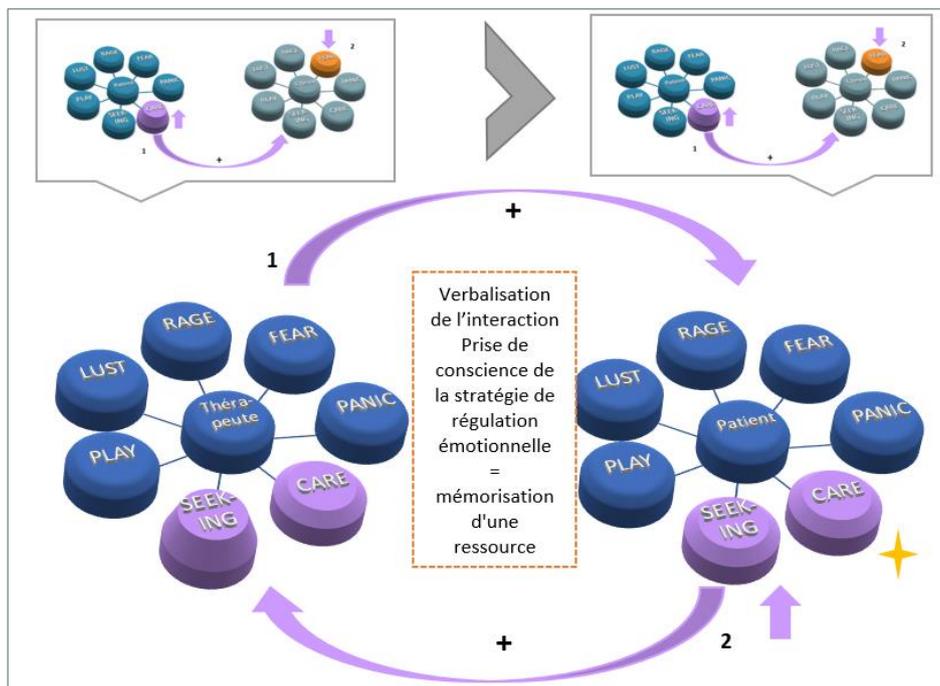


Figure 10.8 Processus de mise en mot du thérapeute des éléments sensori-moteurs perçus chez le patient dans l'interaction avec le cheval

En répondant aux questions du thérapeute, le patient prend conscience de ses actions et de l'activation de son système de don de soins CARE. Le fait de verbaliser les sensations qui y sont associées permet la création d'une ressource somatique, stockée tant en mémoire implicite qu'explicite. Le patient pourra

alors retrouver cette ressource en se rappelant la conversation qu'il a eue avec le thérapeute, mais aussi en se souvenant du moment vécu avec le cheval, ou encore en percevant les mêmes sensations sur sa main, etc...

4.3. Travailler l'alliance à partir de la composante Trait

Il a été proposé que la remédiation d'un MIO puisse se réaliser en dehors du contexte thérapeutique lorsque la personne essaye de nouveaux modes d'interactions au sein d'une relation de confiance. Tous les auteurs ne s'accordent pas à dire que l'individu possède un MIO (ou une métastructure) d'attachement général qui guide sa perception et son comportement d'une manière similaire dans n'importe quelle relation. Certains auteurs pensent plutôt que le patient développe plusieurs MIO indépendants les uns des autres ou intégrés. Il serait alors intéressant d'étudier s'il peut exister chez l'homme une construction différente à propos des attentes affectives vis-à-vis de l'animal par rapport à l'homme (cf. figure 10.9). Nous avons formulé une première hypothèse :

Hypothèse n°1 :

Il est possible qu'en conséquence de traumatismes précoces avec les donneurs de soins primaires, certaines personnes ne se permettent plus de faire confiance aux autres humains, mais puissent y parvenir avec un animal de compagnie.

Et notamment si, la personne a eu dans son enfance un animal de compagnie qui l'a soutenu et avec qui elle a pu partager des expériences émotionnelles, se sentir réconfortée et aimée.

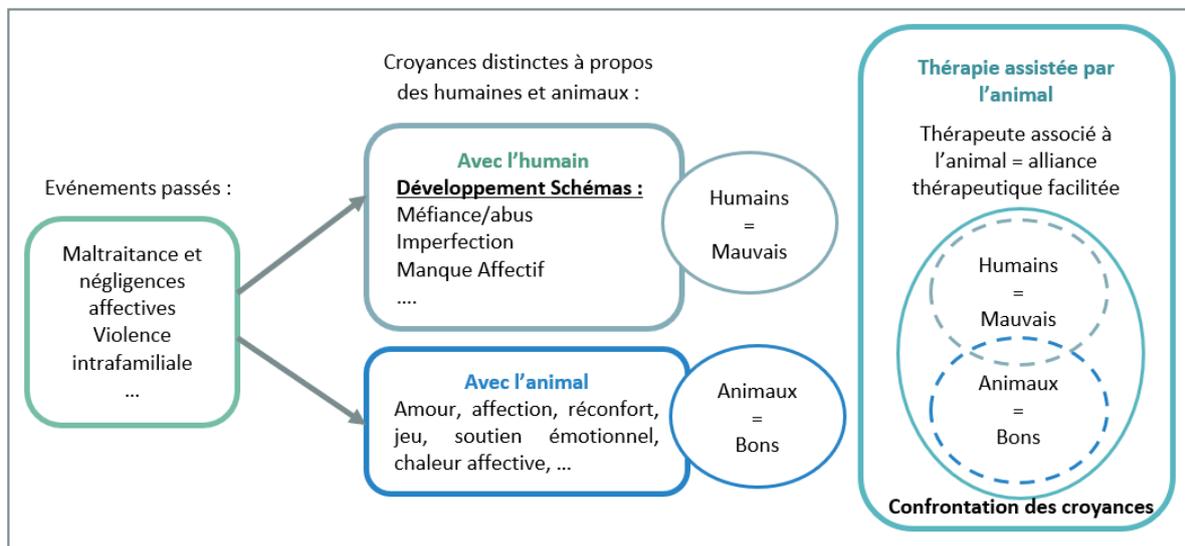


Figure 10.9 Hypothèse d'une construction de croyances distinctes entre l'humain et l'animal

Stratégie thérapeutique proposée n°1 :

Le thérapeute, conscient de cette construction distincte, va en première intention, favoriser des expériences réparatrices avec l'animal, par le biais du sensoriel et notamment le toucher.

Il est également possible qu'en raison de la formation précoce des MIO, la présence des animaux permette un accès rapide aux parties Enfants des patients.

Hypothèse n°2 :

Chez les personnes ayant des difficultés à faire confiance aux autres, la présence de l'animal favoriserait l'alliance thérapeutique, grâce à une construction d'alliance distincte pour les animaux de celle développée pour les humains

Stratégie thérapeutique proposée n°2 :

Le thérapeute peut créer des situations indirectes qui ont pour objectif de créer une remédiation de la construction initiale. Voyant que le thérapeute est bon et aimant avec l'animal, qu'il partage une relation affective avec l'animal, le patient peut identifier le thérapeute comme une potentielle personne à qui il pourrait faire confiance.

Voici un premier exemple de modélisation d'alliance thérapeutique triadique à partir du MIIHA (neurodynamique INTER) où le thérapeute conscient des difficultés du patient à entrer en relation avec le thérapeute et à nouer des liens avec lui, va utiliser une stratégie indirecte pour améliorer la composante Etat de l'alliance, figure 10.10. Le thérapeute fait le choix délibéré de manifester son attachement au cheval devant le patient.

Le thérapeute s'assure que les systèmes de défense sont apaisés tant chez lui que chez le cheval, il désactive volontairement tout signaux comportementaux qui pourraient être interprétés par le patient comme défensifs ou sexualisés¹⁵. Le thérapeute veille également à ne pas reproduire des actions pouvant être assimilées à un parent qui prendrait soin d'un enfant. En bref, le thérapeute souhaite montrer qu'il est possible de témoigner de l'affection aux autres sans se situer dans une relation d'attachement amoureux ou de parent à enfant.

¹⁵ Afin de montrer qu'il est possible de donner une marque d'affection sans aucune connotation sexuelle. Certains patients ayant un vécu d'abus sexuels ou de carences affectives ont une forte tendance à activer conjointement les systèmes d'attachement et du désir sexuel dans des situations qui ne le requièrent pas.

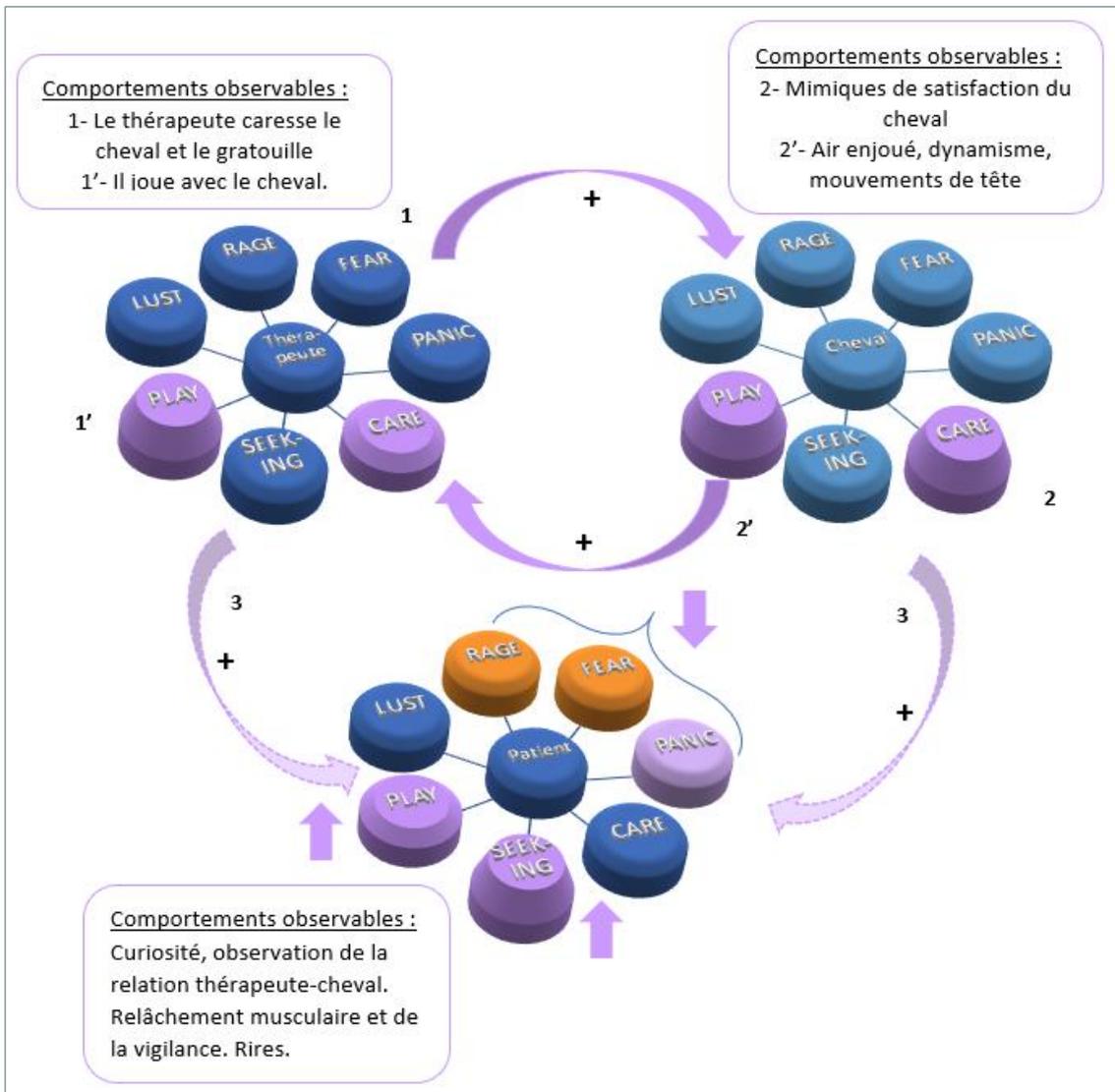


Figure 10.10 Utilisation par le thérapeute de l'interaction dyadique (thérapeute-cheval) dans le but de réguler de façon indirecte les systèmes défensifs du patient

(1) Le thérapeute montre clairement au patient qu'il est attaché au cheval ; que ce dernier a de l'importance pour lui et est digne de recevoir son affection et son amour (1- flèche violette, valence positive).

- Il peut caresser le cheval et le gratouiller (CARE activé) ;
- Ou jouer avec le cheval, activant ainsi le système de jeu et d'engagement social PLAY.

(2) Le cheval réagit par des mimiques de satisfaction lorsque le thérapeute lui gratte énergiquement le garrot. Lorsque le thérapeute se montre joueur en secouant la tête, et en imitant un cheval partir au trot, ce dernier secoue également la tête et le rejoint au trot, puis joue avec le bout de son nez contre la main du thérapeute (2- flèche violette, valence positive).

(3) Durant toutes ces étapes, le patient est placé en observateur, mais ces systèmes se régulent également : il est rassurant de noter que le thérapeute et le cheval se sentent bien et en sécurité dans cette relation et cet environnement. Les systèmes de défense s'apaisent. Ce constat encourage l'activation du système d'exploration SEEKING du patient, le rendant curieux d'observer l'échange qui se déroule sous ses yeux (3- flèches violettes en pointillés, valence positive perçue).

Des cognitions peuvent alors se développer, telles que « le thérapeute est gentil et affectueux avec le cheval », « le cheval et le thérapeute partagent une belle relation, où chacun se sent bien », « on dirait que le cheval fait confiance au thérapeute », etc...

Par l'action des neurones miroirs, le patient reproduit mentalement les gestes du thérapeute, et pourra choisir de les imiter à son tour dans une interaction à venir avec le cheval. Le patient peut s'amuser de ce moment et rire de la grimace que le cheval fait avec sa bouche lorsqu'il apprécie le grattage amical du thérapeute (système PLAY du patient activé). Il retire lui aussi un plaisir de ce moment.

On voit donc que le thérapeute, en étant conscient de ses systèmes d'action et de leur expression, va donner un exemple au patient de ce qu'il peut faire mais aussi participer à réguler tant le cheval, que le patient. Il peut aussi agir par ce biais sur la dynamique du groupe. Il opère une action indirecte sur l'alliance « Etat » du patient, de manière à réguler ses systèmes défensifs et à susciter un moment de bien-être.

4.3.1. Composante « Trait » de l'alliance thérapeutique et choix du cheval en thérapie

NB: Des sessions plus libres permettent de donner l'opportunité au cheval de choisir d'aller vers un patient. Les recommandations qui suivent s'appliquent à des situations en TAC impliquant que le patient fasse le choix d'un cheval avec qui réaliser une activité.

En TAC, il est de coutume de laisser « la magie opérer » pour le choix du cheval en thérapie. Les thérapeutes interprètent souvent le choix du patient comme révélateur de la difficulté ou blocage qui l'amène en thérapie. Or, nous pensons que l'information qui ressort du choix du cheval peut largement être retrouvée par d'autres moyens par le thérapeute. Un thérapeute aguerri n'a pas besoin d'observer le choix du cheval du patient pour comprendre ses difficultés. Ce type de procédé comporte de larges limites, et nous pensons que la balance bénéfice/risque pèse davantage pour l'anticipation par le thérapeute d'un choix éclairé plutôt qu'un choix qui pourrait mettre le patient en difficulté et entraver la poursuite de la thérapie. En conséquence, cet argument n'est pas suffisant pour justifier cette pratique.

Au cours des séances TAC que nous avons pratiquées, nous avons pu remarquer que laisser libre choix aux patients présentant certains Schémas et MIO¹⁶ pouvait s'avérer contreproductif pour la thérapie.

Dans le cadre de la TAC, la dimension Trait du patient est également susceptible d'entrer en jeu avec celle du cheval. Si le thérapeute, conscient des caractéristiques singulières du patient, peut faire l'effort de s'ajuster à lui, il n'en serait pas toujours de même pour tous les chevaux de thérapie. La confiance, une dimension pourtant centrale en psychothérapie, pourrait être mise à mal lorsque patient et cheval ont de la difficulté à entrer en relation, où lorsque leur fonctionnement émotionnel mène trop souvent à une co-dysrégulation. Cette dernière peut provenir d'un fonctionnement trop similaire, qui amplifie les difficultés du patient, ou d'un fonctionnement trop divergent, auquel cas le patient peut se retrouver en conflit avec l'animal.

Hypothèse n°3 :

Un fonctionnement émotionnel (primaire) trop similaire ou trop divergent pourrait créer des situations de co-dysrégulation plus fréquente entre patient et cheval. Par exemple : un cheval et un patient présentant une hyperactivation du système de peur FEAR et une faible capacité d'auto-régulation.

¹⁶ Modèles Internes Opérants

Stratégie thérapeutique proposée n°3:

Le thérapeute connaît le tempérament et les capacités d'auto-régulation de ses chevaux de thérapie. Il met en place une relation sécurisée avec chacun d'entre eux et favorise l'établissement d'un environnement stable et sécurisé pour les chevaux et les patients.

Le thérapeute porte une attention accrue sur l'activation autonome du patient et les manifestations émotionnelles. Sur la base de ses ressentis, il oriente le choix d'un autre cheval, s'il juge qu'une interaction co-dysrégulée mettrait en péril l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Au cours de cette recherche et de nos observations cliniques, nous avons pu remarquer que des MIO négatifs formés sur soi et les autres, ainsi que la présence de certains Schémas prédisposaient les patients à choisir un cheval plus qu'un autre au cours de la thérapie. Nous avons vu dans le chapitre 4 que par la médiation du processus de dissociation, les patients présentant des Schémas du domaine Séparation et Rejet sont plus susceptibles que d'autres d'entrer dans un processus de revictimisation et de revivre en quelque sorte des histoires d'abus et de négligence dans leur vie adulte.

Hypothèse n°4 :

A partir de ce processus, nous faisons l'hypothèse que certains chevaux seraient susceptibles, de par leur tempérament mais aussi certains aspects physiques, d'« attirer » à eux certains patients plutôt que d'autres, en fonction de projections inconscientes de ces derniers.

Certains patients se mettent continuellement en danger dans leur vie, et par conséquent, vont « choisir » un cheval, qui de par sa morphologie et son tempérament, va les mettre en difficulté. Dans ce cas, la sécurité sera également plus difficile à maintenir pour le thérapeute. Ou encore, des patients ayant vécu des carences affectives et ayant tendance à s'isoler vont préférentiellement se diriger vers un cheval peu réceptif aux démonstrations affectives des humains. Lorsque le patient va tenter de caresser le cheval, ce dernier n'aura que peu de réactions, voire se montrera agacé ou évitant. Le schéma de *Manque Affectif* du patient se trouvera alors renforcé. D'autre part, nous avons aussi constaté que des patients choisissent sans cesse des chevaux qui les renforcent dans un fonctionnement passif. Les séances se déroulent alors selon l'expression comme « un long fleuve tranquille », et ne laissent pas la place pour les défis à relever avec le thérapeute.

Stratégies thérapeutiques proposées n° 4 :

Pour rendre les séances efficaces, le thérapeute pourrait au préalable, s'assurer de connaître certains traits ou caractéristiques psychologiques qui pourraient avoir une influence sur le choix du cheval par un patient, comme les Schémas Précoces Inadaptés ou encore le style d'attachement.

Le thérapeute a aussi pour tâche d'adapter l'exercice proposé en fonction du choix du cheval, en anticipant certaines difficultés ou facilités. Ainsi en fonction du patient, pour un certain type d'exercice et d'objectif, le thérapeute pourrait suggérer un autre cheval.

Cela ne signifie pas que le thérapeute doive interdire au patient de réaliser la séance avec un cheval, si ce dernier le souhaite vraiment. Cependant, il restera à charge au thérapeute d'adapter les mises en situation, en connaissance de cause afin que ces dernières promeuvent un mieux-être chez le patient, et non pas un sentiment d'insécurité. Le choix du cheval doit donc s'effectuer non seulement en fonction du fonctionnement des systèmes émotionnels de base du patient et du cheval mais aussi en fonction de leur seuil d'activation respectif.

Le tableau 10.1 présente différentes stratégies mises en œuvre par le thérapeute pour tenir compte de la composante alliance Trait selon (Zilcha-Mano, 2017). Le patient présente un profil dépressif-résigné.

Tableau 10.1 Stratégies thérapeutique spécifiques à la TAC avec un patient présentant un profil « dépressif-résigné »

Exemple 1 Profil dépressif- résigné	Objectif 1 : Stabilité et Sécurité	Objectif 2 : Gérer l'activation de PANIC, stimuler SEEKING
<p>Le patient peut ressentir des émotions douloureuses à l'idée d'être rejeté par l'autre, d'être seul et abandonné.</p> <p>Nous associons l'hyperactivation de système séparation et détresse PANIC au domaine « Séparation-rejet » des Schémas de Young.</p> <p>Très souvent, le système d'exploration SEEKING est hypoactivé, le patient ressent peu d'émotions positives, peu de motivation et se restreint dans ses déplacements. Il présente un évitement de son expérience interne. Les Schémas associés peuvent appartenir au domaine Manque d'autonomie et Surveillance inhibition.</p>	<p><u>Stratégie thérapeutique 1 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Lorette, une jument proche de l'homme, qui apprécie le contact.</p> <p><u>Stratégie thérapeutique 2 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Poney M, un poney qui apprécie le contact, mais qui est plus joueur. Les moments affectifs seront alors remplacés par des moments de jeu qui demandent un plus grand réajustement émotionnel au patient.</p>	<p><u>Stratégie thérapeutique 1 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Jasmin, un poney qui apprécie le contact avec l'homme et qui manifeste son mécontentement à l'idée d'être éloigné. Le patient va apprendre à délimiter son espace sans se sentir rejeté du poney. On inverse donc les rôles, c'est au patient de lutter contre les stratégies qu'il a lui-même pour habitude d'utiliser dans la relation à l'autre.</p> <p><u>Stratégie thérapeutique 2 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Guernica, une jument qui présente peu de démonstrations affectives envers l'homme et peut éviter le contact tactile. L'idée sera de préparer le patient aux réactions de la jument et de lui montrer qu'il est possible de nouer un lien sans entrer en « fusion » avec l'autre.</p>
<p><u>Profil de cheval à éviter dans un premier temps :</u> un cheval actif, avec du caractère qui va vite être agacé du manque de directive du patient.</p>		

Le tableau 10.2 présente un patient ayant un système PANIC hyperactif, avec le système RAGE hypoactif. Ce patient présente un profil anxieux avec des stratégies de soumission.

Tableau 10.2 Stratégies thérapeutique spécifiques à la TAC avec un patient présentant un profil « anxieux-dépendant »

Exemple 1 Profil anxieux-dépendant	Objectif 1 : Stabilité et Sécurité	Objectif 2 : Gérer l'activation de RAGE tout en gardant PANIC apaisé
<p>Le patients est dépendant de la régulation interactive, sans parvenir à s'apaiser dans la relation. Nous associons l'hyperactivation de PANIC au domaine « Séparation-rejet » des Schémas de Young. RAGE hypoactivé est souvent lié à une attitude de soumission et d'abnégation. Exprimer ses envies c'est prendre le risque d'être rejeté et abandonné. On peut aussi voir des stratégies de recherche d'approbation et de reconnaissance.</p>	<p><u>Stratégie thérapeutique 1 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Piaf, un cheval âgé qui apprécie le contact avec l'homme, très respectueux des limites.</p> <p><u>Stratégie thérapeutique 2 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Lorette, une jument facile à diriger respectant les limites et appréciant les démonstrations affectives.</p>	<p><u>Stratégie thérapeutique 1 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Vent d'Est, un cheval qui a du caractère et qui a besoin de recevoir des directives claires.</p> <p><u>Stratégie thérapeutique 2 :</u> Le thérapeute propose au patient de travailler avec Gribouille. Sur un exercice où le poney doit être récompensé, il peut rapidement être envahissant au niveau de l'espace personnel. Cependant, par sa morphologie, avec un défi gradué, la tâche ne semblera pas insurmontable pour le patient.</p>
<p><u>Profil de cheval à éviter dans un premier temps :</u> un cheval ayant du mal à respecter les limites interpersonnelles pouvant mettre en insécurité le patient qui sera vite submergé par le cheval dans son espace personnel.</p>		

Finalement, l'évaluation par le thérapeute du degré d'adéquation entre le tempérament du cheval et le profil psychologique du patient va lui permettre d'opter pour différentes stratégies. En fonction de différents paramètres contextuels, il pourrait juger le choix du patient inadéquat, en termes de sécurité ou de marge de progression et lui proposer un autre cheval, ou bien adapter le niveau du défi à relever pour le patient. Plus le patient développe de capacités à se réguler et plus les défis à relever pourront se complexifier, laissant au patient le libre-choix du cheval. Il s'agit donc pour le thérapeute de proposer des défis appropriés aux patients avec des actions graduelles à mener pour parvenir à l'objectif final fixé avec le patient. En effet, Janet (1925) précisait déjà que le degré de difficulté de l'action devrait toujours se situer de façon à favoriser la réussite et à évoquer la plus haute capacité intégrative possible, tout en évitant le découragement ou l'échec. Aussi, le thérapeute a pour tâche de toujours chercher à augmenter le sentiment d'auto-efficacité du patient (Bandura, 2010).

Les exemples présentés ci-dessus illustrent l'importance pour le thérapeute de bien connaître les chevaux avec qui il collabore durant la thérapie. Même s'il a connaissance de traits de tempérament généraux, il doit aussi être attentif à l'état d'humeur du cheval sur le moment. Lorsqu'un cheval manifeste clairement son refus de participer aux échanges, il doit toujours être respecté afin que l'animal ne soit pas contraint dans la relation. Nous sommes convaincus que contraindre un cheval à interagir augmente considérablement les risques d'insécurité pour le patient, réduit l'impact bénéfique de la TAC et engendre un inconfort chez cheval, qui pourrait ensuite être à l'origine d'un évitement massif de ce dernier pour la TAC. D'autre part, le thérapeute souhaitant effectuer une remédiation cognitive à propos de Schémas, doit lui-même être très attentif aux informations qu'il véhicule et laisse transparaître. Par exemple, un thérapeute ne serait pas congruent s'il expliquait à son patient la notion de consentement et de limites, tout ne respectant pas lui-même celles du cheval, et en encourageant le patient à suivre son exemple. Cela produirait une expérience dissonante, où le discours promeut le respect des limites mais les actions effectuées par le corps les transgressent. Trop de patients vivraient là une expérience de revictimisation, un concept auquel le thérapeute spécialisé en psychotraumatologie doit être particulièrement attentif.

4.4. Travailler l'alliance à partir de la composante « Etat »

A présent, nous allons présenter des exemples de modélisation d'interaction triadiques patient-cheval-thérapeute avec le MIIHA, pour améliorer la composante « État » de l'alliance thérapeutique.

4.4.1. Tirer parti de la co-régulation et co-dysrégulation entre patient et cheval

Le cas de figure de co-régulation entre patient et cheval est sans doute celui le plus plaisant à observer pour le thérapeute et le plus simple à produire des effets bénéfiques. La dyade prend plaisir à interagir et évolue ensemble de manière adaptée. Les ajustements émotionnels et relationnels s'opèrent de façon flexible et dynamique moment après moment. La co-régulation patient-cheval est ainsi la consécration à laquelle le thérapeute souhaite faire parvenir le patient.

Dans une situation simple d'interaction entre le cheval et le patient, la co-régulation est associée à un sentiment de bien-être et à une bonne autorégulation. Le patient se situe à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance. A l'inverse, dans le cas d'une co-dysrégulation, on peut théoriser un vécu d'affects négatifs dans la relation, en général vécue par les deux parties, avec parfois une sortie de la fenêtre de tolérance en hyper ou en hypo-activation.

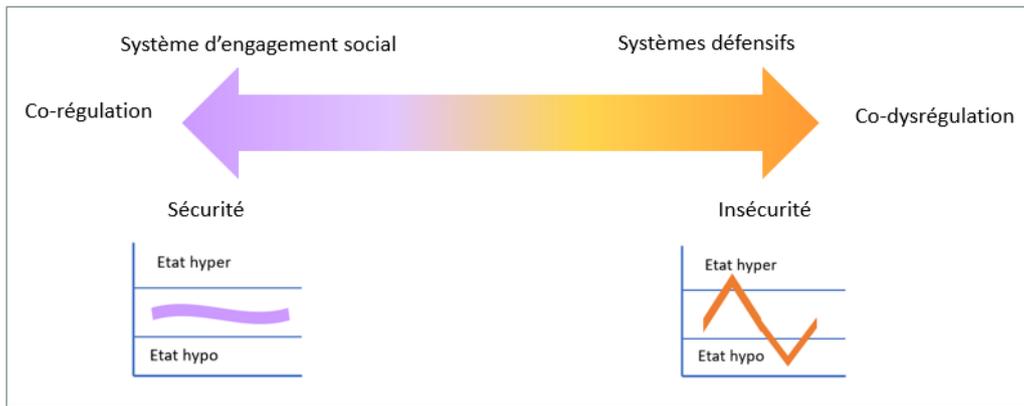
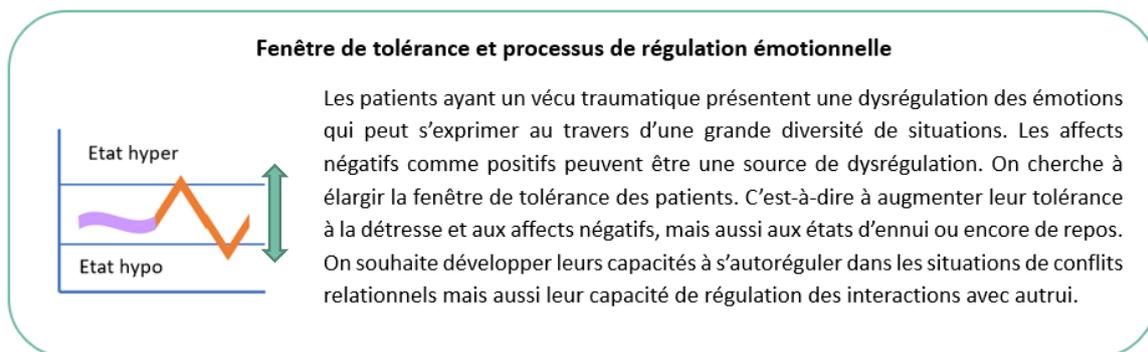


Figure 10.11 Illustration des concepts de co-régulation et de co-dysrégulation émotionnelles mis en lien avec la fenêtre de tolérance

Cependant, le processus de co-régulation n'est pas à comprendre comme un idéal à atteindre et à conserver et la co-dysrégulation comme un état nocif à éviter à tout prix. L'intérêt de la thérapie réside justement dans le développement de capacités à tolérer les affects négatifs qui surviennent en contexte social et des stratégies pour gérer les difficultés relationnelles. On développe également la capacité du patient à se réajuster dans la relation de façon à vivre des instants de co-régulation interactive.



Grâce à la présence du cheval, le thérapeute va déployer des stratégies pour tirer parti des situations de co-régulation mais aussi de co-dysrégulation. Le processus de co-dysrégulation étant inévitable, d'autant plus dans une relation inter-espèces, il est important de savoir l'identifier et d'opérer des stratégies visant à rapidement réguler la dyade patient-cheval.

4.4.2. Tirer parti de la présence du cheval pour améliorer et réguler la dyade patient-thérapeute

Exemple d'une situation de co-dysrégulation patient-thérapeute régulée par l'interaction patient-cheval

Lorsque l'émotion du patient est trop vive, lorsqu'il est débordé et incapable de se réguler, jusqu'à parfois se dissocier, on observe des fluctuations du contact et des ruptures d'alliance dans la relation thérapeutique. En particulier, chez les patients présentant des troubles d'attachement ou un trauma complexe, l'alliance thérapeutique peut être difficile à instaurer et à conserver. Steele et al. (2001) expliquent que chez ces patients, il existe une « phobie du contact » ou une phobie de la thérapie et du

thérapeute. L'objectif central des premières séances de thérapie sera donc souvent centré sur la résolution de l'évitement phobique de la relation thérapeutique. Nous considérons que le cheval, dans ces situations particulières, peut jouer un rôle de régulateur interactif et faciliter l'alliance thérapeutique ainsi que l'engagement du patient dans la thérapie. En étant impliqué avec le thérapeute, le cheval participerait au processus d'autorégulation des états négatifs exprimés par le patient. Cheval et thérapeute reçoivent et contiennent ces émotions dysrégulées, ensuite, le thérapeute a pour tâche de les traiter pour en faire un retour au patient sous une forme plus bénigne, tout en veillant à ce que le bien-être du cheval soit conservé. Enfin, la construction d'un récit et la mise en mots des éprouvés physiques et sensoriels dans un environnement émotionnellement sécurisant favorise l'intégration psychologique et neurobiologique des états négatifs du patient (Schore, 2001b).

Prenons l'exemple d'un **thérapeute qui propose au patient de centrer son attention sur sa respiration** (figure 10.12).

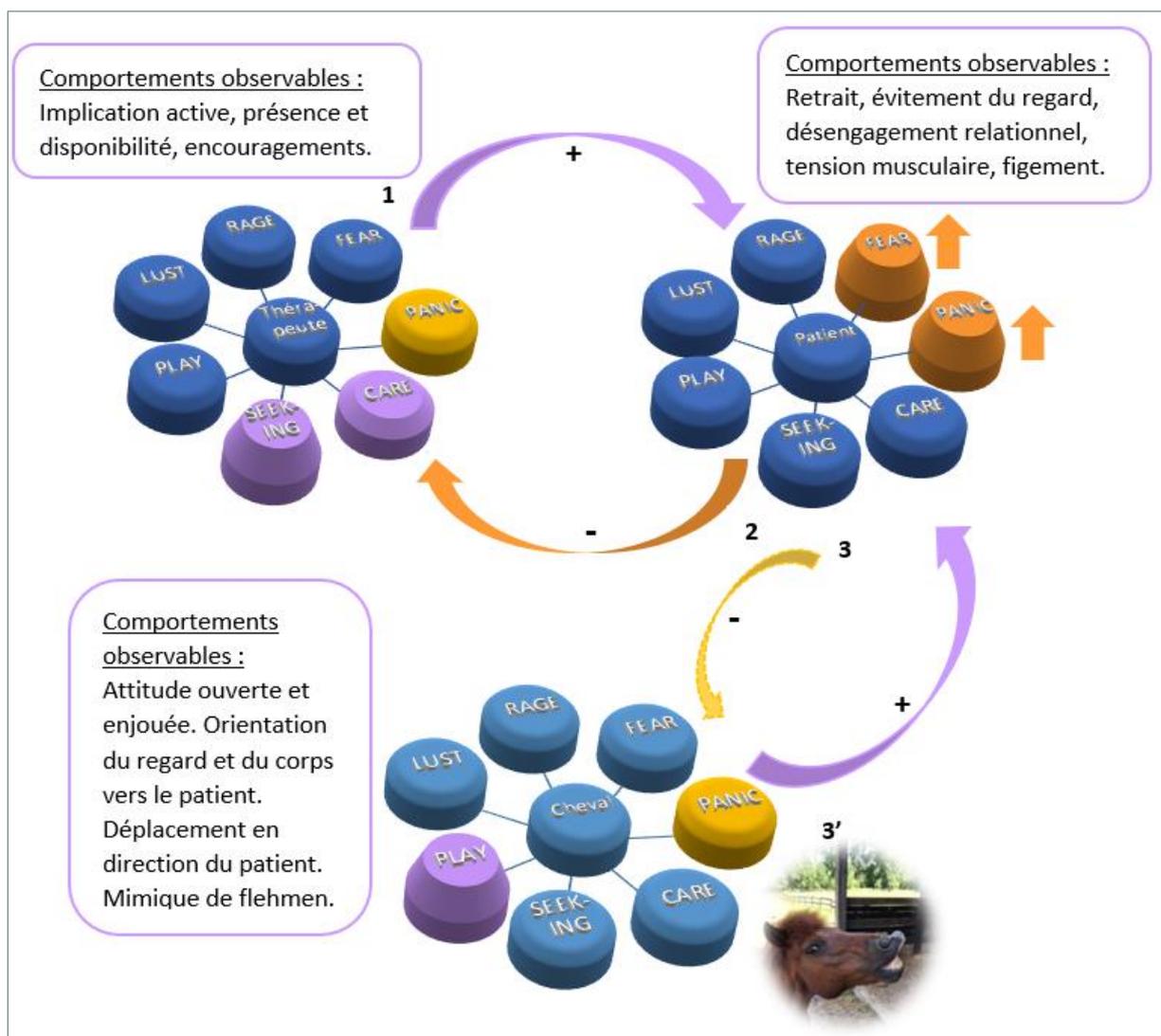


Figure 10.12 Modélisation triadique : situation de co-dysrégulation émotionnelle patient-thérapeute suscitée par un exercice proposé, et de régulation interactive du cheval vers le patient

(1) Le système SEEKING est actif chez le thérapeute, parce qu'il veut apprendre quelque chose de nouveau au patient. La valence de l'interaction est positive (1- flèche violette, valence positive).

(2) Mais on voit qu'ici le patient réagit de façon négative, il est nerveux à l'idée de pratiquer cet exercice, son système de peur FEAR s'active, il explique que ça l'opprime dans la poitrine lorsqu'il essaye. Le système d'attachement PANIC est activé, on peut faire l'hypothèse que ce type d'exercice, mal vécu par le patient, déstabilise la relation avec le thérapeute (2- flèche orange, valence négative).

Le thérapeute perçoit le retour négatif du patient (PANIC représenté en jaune pour illustrer le processus d'empathie). Il s'agit d'affects négatifs vécus par le patient. Un thérapeute qui insisterait pour que le patient réalise l'exercice pourrait endommager l'alliance thérapeutique déjà établie.

Lorsque les systèmes défensifs comme FEAR, RAGE ou PANIC sont activés, ils empêchent les autres systèmes comme PLAY, CARE ou SEEKING de fonctionner. La personne aura donc du mal à rester engagée dans la relation et à apprendre quelque chose de nouveau. L'objectif du thérapeute va donc être de trouver un moyen pour que le patient s'apaise, par le biais de la régulation interactive.

Dans notre exemple, le poney Jasmin va spontanément se montrer joueur avec le patient (3), son système PLAY est activé. On peut faire l'hypothèse, qu'il a perçu les affects négatifs du patient par le biais d'un processus d'empathie (PANIC représenté en jaune) (3- flèche orange en pointillé, valence négative) et il répond à la tension qu'il ressent en jouant, comme s'il voulait détendre l'atmosphère (3'- flèche violette, valence positive). Il s'agit donc d'une réponse empathique et positive du cheval envers le patient.

En particulier, nous avons observé que Jasmin semble avoir associé le fait de faire la mimique du flehmen à celui de recevoir de l'attention et d'induire des émotions positives chez les patients. Il propose régulièrement ce comportement dans ce contexte, alors que nous ne l'avons pas observé lorsqu'il interagit dans le parc avec d'autres chevaux. Il serait intéressant d'étudier le comportement du cheval dans l'interaction avec l'homme et notamment d'observer si les chevaux sont effectivement capables de dévier la fonction première de certains comportements pour engendrer une réaction chez l'homme. Dans cette hypothèse, le cheval serait donc capable de se servir de son répertoire moteur lors des interactions avec l'homme, différemment qu'il ne le fait avec les individus de sa propre espèce. On peut supposer ici une intention dans l'action.

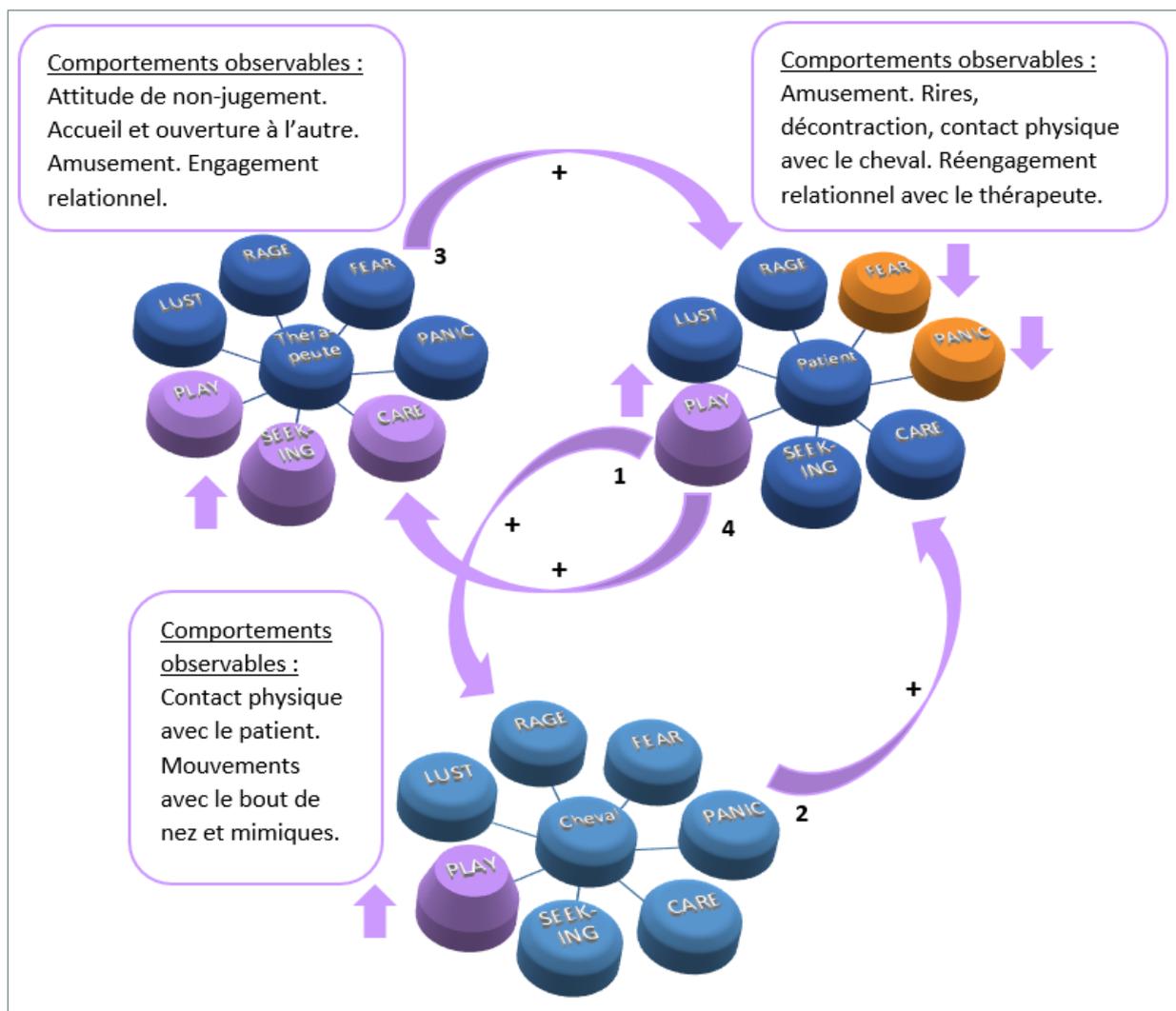


Figure 10.13 Modélisation triadique de régulation interactive cheval-patient, permettant à la dyade patient-thérapeute de se réguler et de revenir à une co-régulation

Dans la suite de l'interaction (cf. figure 10.13), le patient trouve le cheval amusant (1) et cela apaise son système défensif FEAR. Il est en lien avec le cheval (PANIC s'apaise) (1- flèche violette, valence positive). (2) Le retour positif du patient incite Jasmin à poursuivre l'interaction de jeu, on observe alors une co-régulation émotionnelle de la dyade cheval-patient (2- flèche violette, valence positive). (3) Le thérapeute décide de se saisir de cette interaction positive.

Stratégie thérapeutique employée : le thérapeute a conscience que l'exercice qu'il a proposé au patient a été mal vécu par ce dernier. Il souhaite agir pour conserver son alliance avec le patient. Témoin d'une interaction positive avec le cheval, le thérapeute se saisit de l'opportunité pour faire progresser le patient et réajuste sa proposition initiale en faisant alliance avec la dyade cheval-patient.

Il propose au patient de respirer de façon ludique, en même temps que le poney, en observant les naseaux de Jasmin se gonfler et se dégonfler (3- flèche violette, valence positive).

(4) Le patient accepte de faire cette expérience de sentir qu'il respire, se montre curieux de découvrir ces nouvelles sensations (SEEKING activé). Le thérapeute propose au patient de réaliser l'exercice d'un peu plus près. Le patient trouve cela amusant, son système PLAY reste activé durant l'exercice de respiration (4- flèche violette, valence positive).

Dans cette situation, le cheval participe à la régulation interactive des affects du patient, il aide à apaiser les systèmes défensifs et contribue donc directement aux résultats thérapeutiques, par sa présence, sa personnalité, ses initiatives et ses réponses.

4.4.3. Tirer parti de la co-dysrégulation entre le patient et le cheval en TAC

Exemple d'une situation de co-dysrégulation patient-cheval régulée par l'action du thérapeute

Pour illustrer le processus de triangulation en TAC et l'intérêt du cheval en thérapie, nous prendrons l'exemple des difficultés de régulation émotionnelle, qui sont reconnues comme étant un processus psychologique dysfonctionnel impliqué dans une variété de troubles psychologiques (Kring & Sloan, 2009). En psychothérapie, on utilise différentes stratégies et techniques qui ont pour objet d'apprendre au patient à réguler ses émotions. Pour permettre au patient l'apprentissage de capacités à se réguler, le thérapeute doit jouer un rôle de contenant et de régulateur émotionnel. En TAC, ce processus peut prendre une forme un peu différente dont le thérapeute peut tirer profit. Voici un exemple appliqué d'un thérapeute qui propose au patient de marcher à pied avec le cheval tenu en longe. Ce dernier n'avance pas malgré les sollicitations du patient. Dans la figure 10.14 est présentée l'interaction des systèmes émotionnels du patient, du thérapeute et du cheval.

(1) Le patient commence à ressentir une tension en lui, de la colère (système émotionnel RAGE activé) (1- flèche orange, valence négative). Le cheval perçoit la colère du patient (par la posture, la gestuelle et l'expression du patient).

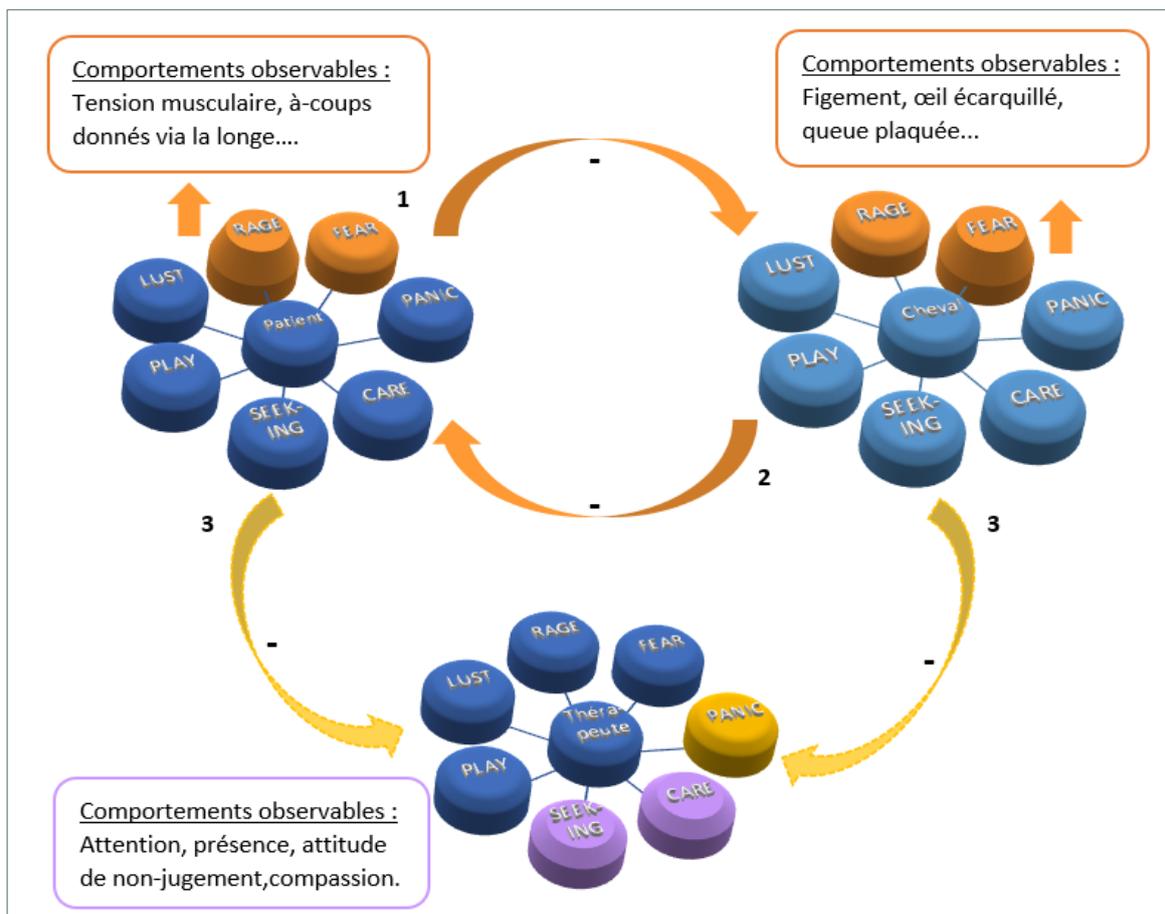


Figure 10.14 Modélisation d'une situation de co-dysrégulation entre patient et cheval, observée et perçue par le thérapeute

(2) L'activation de RAGE chez le patient induit l'activation du système émotionnel FEAR (peur) chez le cheval, se traduisant par une attitude de retrait et d'évitement (2- flèche orange, valence négative). Il se crée alors une co-dysrégulation émotionnelle entre le cheval et le patient, le figement de peur du cheval renforçant la frustration du patient (flèches orange). Les signes « - » indiquent la valence négative de l'interaction. Le système RAGE du cheval est à l'état de préparation à l'action, le cheval pourrait finir par répondre plus agressivement si l'inconfort et la contrainte s'accroissent. Le système FEAR du patient est également pré-activé. En effet, étant donné la situation de contiguïté physique avec le cheval, une réaction plus vive ou marquée de ce dernier pourrait rapidement effrayer le patient.

(3) Le thérapeute ressent à la fois les éprouvés du patient et du cheval (flèches jaunes) par un processus d'empathie (PANIC en jaune représente un processus d'empathie). Il perçoit la valence négative de l'interaction et également le niveau de dysrégulation des deux individus (3- flèches orange en pointillés, valence négative). Il peut alors opter pour différentes stratégies afin d'aider le patient à progresser. Les systèmes de prendre soin CARE et d'exploration SEEKING commencent déjà à s'activer chez le thérapeute qui imagine des solutions à proposer pour accompagner la dyade dans le dépassement de leurs difficultés.

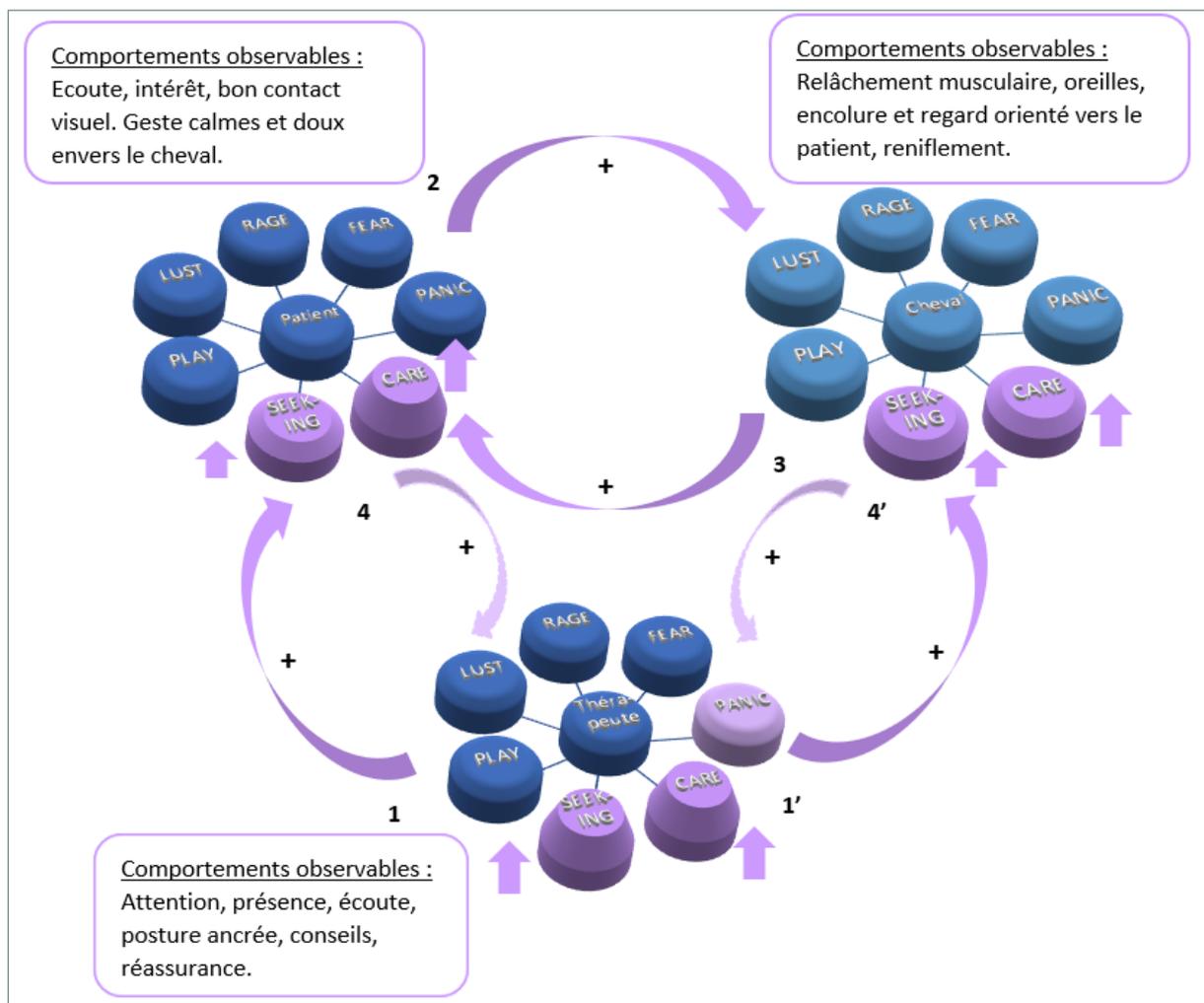


Figure 10.15 Modélisation d'une situation de régulation interactive opérée par le thérapeute pour réguler simultanément patient et cheval et rétablir une bonne co-régulation de la dyade

Dans la suite de l'interaction, figure 10.15, (1) Le thérapeute guide (CARE et SEEKING actifs) le patient dans l'acquisition des compétences de régulation émotionnelle, en lui proposant d'observer avec curiosité ce qu'il ressent (1- flèche violette, valence positive).

Il va également soutenir le patient dans le rétablissement d'une interaction positive avec le cheval en stimulant le système émotionnel CARE du patient. Cette action doit permettre de préserver le bien-être équin, en proposant au patient des actions qui encouragent l'établissement de liens positifs entre l'homme et le cheval (ex. : relâcher la tension de la longe, faire une caresse au cheval, lui offrir une friandise). Ces gestes affectueux aideront également le patient à progresser dans le développement de compétences interpersonnelles et d'empathie.

(2) Le patient apprécie recevoir l'aide du thérapeute, ses systèmes défensifs s'apaisent. Il est à l'écoute du thérapeute et cherche à comprendre ce qu'il se passe dans l'interaction avec le cheval (SEEKING actif), il se dirige vers le cheval, le caresse et lui offre un bout de carotte (2- flèche violette, valence positive). Cette action stimule son système CARE.

(3) Les systèmes défensifs du cheval s'apaisent, les gestes calmes et affectueux du patient stimulent son système CARE. Le cheval n'est plus dans l'évitement de la relation, il apprécie de recevoir une friandise (SEEKING actif) (3- flèche violette, valence positive).

(4) Le thérapeute perçoit que la dyade patient-cheval est régulée par la valence positive réciproque de leurs interactions et le réengagement relationnel tant du patient que du cheval (4/4'- flèches violettes en pointillées, valence positive perçue). Seulement à ce moment, le thérapeute pourra montrer à nouveau au patient comment déplacer le cheval. S'il ne prend pas le temps de réguler le patient et le cheval, cette entreprise pourrait renforcer la co-dysrégulation de la dyade, mettant en échec le patient et le cheval dans une situation d'inconfort répétée.

« En tant que régulateur psychobiologique, le thérapeute tente toujours de soutenir la curiosité du patient et de mieux découvrir les tendances physiques liées à l'hyper ou à l'hypo-activation, et de développer des ressources somatiques »

(Ogden et al., 2006).

Cet exemple montre l'intérêt du cheval pour la régulation d'affects négatifs. En premier lieu, la colère du patient va s'exprimer dans une interaction réelle et le fait que le cheval ne réponde pas par le biais du langage verbal permet de réguler l'affect au niveau émotionnel et du corps. La régulation de la colère va s'opérer à l'aide du développement de ressources somatiques, qui s'avèrent bien souvent plus rapides et efficaces pour apaiser cet affect qu'un long discours.

En second lieu, ce qui apparaît fondamental est que dans le cadre d'une prise en charge classique où le thérapeute n'utilise pas la médiation animale, c'est bien dans la relation thérapeutique que le patient exprime sa colère, autrement dit envers le thérapeute. La difficulté revient au fait que face à un patient qui est instable émotionnellement, il peut être difficile pour un thérapeute d'être à la fois celui qui reçoit la colère et celui qui doit renvoyer ce qui se produit dans la relation au patient. On peut également observer des remises en scènes relationnelles. Ces dernières correspondent à des interactions relationnelles, inconscientes et somatiques dans lesquelles tant le patient que le thérapeute projettent sur l'autre des expériences non résolues du passé (Steele et al., 2018). Lorsque l'une des personnes composant la dyade adopte un rôle, l'autre est implicitement poussée à agir dans le rôle correspondant.

Par exemple, le patient dans le rôle de la victime impuissante qui cherche le thérapeute sauveur pour l'aider et le protéger. On observe alors des difficultés relationnelles dans la relation thérapeutique, voire des ruptures d'alliance thérapeutique. Dans notre exemple, c'est le cheval qui va recevoir cette colère, et par conséquent, adopter le rôle correspondant au niveau émotionnel et somatique. Au niveau projectif, le patient peut rejouer un rôle de Parent contrôlant et punitif face au cheval effrayé.

Le thérapeute peut donc tirer beaucoup d'informations en observant la façon d'agir du patient envers le cheval en examinant sa plus ou moins grande difficulté à se réajuster pour s'autoréguler et réguler le cheval. La posture d'observateur va permettre au thérapeute d'agir : (1) avec un plus grand recul que s'il était lui-même partie prenante de l'interaction, (2) en obtenant plus facilement l'adhésion du patient.

Nous avons pu observer que le patient a souvent à cœur de rétablir rapidement une bonne relation avec l'animal. Les réactions physiques du cheval amènent également une prise de conscience rapide chez le patient des conséquences de ses actions et comportements. Comme le cheval se réadapte à chaque instant, le contraste peut parfois être flagrant entre une attitude effrayée et évitante avec le patient et une attitude apaisée et d'approche du cheval envers le thérapeute.

Néanmoins, comme il peut être usant pour un thérapeute de recevoir des affects dérégulés, nous suggérons que cela puisse également être le cas pour un cheval. De ce fait, nous proposons qu'il soit du devoir du thérapeute d'imaginer des aménagements, des actions à mettre en œuvre qui permettent :

- 1- de ne pas dépasser le seuil de tolérance du cheval, ce qui signifie avoir la capacité de reconnaître rapidement les signes de mal-être et d'inconfort chez le cheval,
- 2- que l'affect dérégulé soit le plus rapidement possible pris en charge par le thérapeute,
- 3- de s'assurer que le cheval est à nouveau dans un état émotionnel stable et positif à l'issue.

Si l'on perçoit un évitement du cheval qui se maintient la séance suivante et que le patient ne présente pas encore assez de ressources pour modifier son comportement et se réajuster, il peut être opportun d'effectuer la séance avec un autre cheval, qui par ses traits de tempérament, son expérience et ses capacités d'auto-régulation réagira différemment. Si le patient présente davantage de ressources, un travail spécifique peut être réalisé dans le but de rétablir la relation du cheval au patient.

4.5. Bien-être des chevaux en TAC

Durant les séances de TAC, nous avons mis beaucoup d'actions en œuvre dans l'optique de respecter les besoins fondamentaux des chevaux. Nous avons veillé à respecter le déplacement des équidés et leur rythme de vie. Si les chevaux étaient tous à l'écurie pour dormir, nous avons opté pour une séance de méditation formelle dans le parc. Lors des mises en situation avec les chevaux, nous sommes restés à l'endroit où se trouvaient déjà les chevaux. Nous avons également adapté le format des séances aux incapacités des chevaux (nombre d'entre eux étant âgés et présentant des maladies somatiques chroniques) et aux conditions météorologiques qui pouvaient parfois avoir un fort impact sur le moral et le comportement des chevaux. Nous avons également eu à cœur le respect des affinités des chevaux et respecté le souhait pour certaines dyades ou triades de rester ensemble. Par conséquent, nous avons pris le parti de réaliser les séances avec l'ensemble du groupe de chevaux en liberté. Cela ne nous a pas empêchés de réaliser des exercices à pied avec un cheval tenu en longe et licol. Cependant, même tenu

par le patient, nous avons veillé à ce que le cheval puisse exprimer ses besoins et ses refus de pratiquer un exercice ou de se diriger dans une direction.

4.5.1. Identifier les comportements-défi en TAC

Nous définissons un comportement défensif du cheval de thérapie par le terme de comportement-défi. Ce terme englobe tout comportement d'un cheval, se posant comme un véritable défi à l'organisation des séances de thérapie ou à l'intégration du cheval dans le groupe de chevaux. Dans le cadre d'une interaction inter-espèces, il s'agit la plupart du temps de comportements réactifs, agressifs et/ou d'un évitement massif (réponse flight, fight, freeze). La situation-défi quant à elle, correspond aux modalités contextuelles favorisant la survenue du comportement-défi.

Illustration de la résolution du comportement-défi de Jocaste

Jocaste est une jument âgée de 21 ans au début des séances du programme TAC. Elle présente une polyarthrite de naissance, elle n'a donc jamais été montée ou travaillée spécifiquement à pied. Cette maladie chronique ne l'empêche pas de se déplacer et la plupart du temps, elle ne présente pas de signes douloureux. Cependant, elle présente de fortes limitations dans l'amplitude de certains mouvements. Elle a eu deux poulains avec qui elle s'est montrée très protectrice et a présenté des signes très marqués de détresse au moment des sevrages, malgré l'usage d'une méthode progressive. Jocaste a un tempérament grégaire, c'est une jument qui a l'habitude de veiller sur chaque membre du troupeau. Lorsqu'un cheval hennit au loin, il est fréquent de la voir partir au galop pour le rejoindre et le raccompagner à réintégrer le reste du groupe. Elle est au CSSRA depuis longtemps et a tissé des liens d'affiliation forts avec Guernica et Vent d'Est. Il a été rapporté que durant ses premières expériences avec l'homme, Jocaste avait pris pour habitude de répondre à la contrainte par des comportements impulsifs et explosifs. Lorsqu'elle est tenue en longe, elle peut d'un instant à l'autre quitter son humeur placide et exploser en l'air pour se défaire de la contrainte de l'homme et partir au galop. Lors du travail de préparation, nous avons donc réalisé plusieurs mises en situation afin de tester la réactivité de Jocaste à la contrainte et de délimiter les contextes où pouvait survenir ce comportement. Jocaste n'a présenté aucun comportement défensif, hormis dans une situation particulière que nous nommerons situation-défi : Jocaste résiste et se défait de la contrainte lorsqu'elle se sent trop éloignée d'un congénère et ressent le besoin d'aller vers lui. Nous avons donc théorisé le comportement-défi présenté par une hyperactivation du système PANIC et une activation du système RAGE dans ce contexte, ayant pour visée de se défaire d'une contrainte pour permettre aux actions suscitées par le système PANIC de se réaliser.

1) Tenir compte des difficultés physique et somatique du cheval et de ses expériences passées

Avec les patients, nous avons également constaté que Jocaste avait une plus forte propension à montrer un inconfort et une résistance lorsqu'une pression continue était exercée par le licol. Cela se traduisait souvent par son refus d'avancer, le patient continuait alors d'exercer une pression sur sa tête mais cela ne fonctionnait pas, engendrant une frustration pour le patient et de l'inconfort pour Jocaste. Nous avons conclu que par sa maladie invalidante, il pouvait lui être difficile de suivre de façon souple et flexible le meneur à partir d'informations données par le biais d'un licol. Nous avons donc mis en place des codes à distance par le biais d'un stick, sans contact direct. Nous avons ensuite enseigné au patient ces codes spécifiques. Cette contrainte a donc obligé les patients à faire preuve d'une plus grande anticipation dans leur demande et de faire preuve d'une grande bienveillance envers la jument, afin de ne pas la mettre dans une situation qui ne lui permettrait pas d'avancer aisément.

2) Apaisement des systèmes PANIC et RAGE

Le comportement de grégarité de Jocaste s'est couramment présenté. Pour pallier ce problème, nous avons mis en place différentes stratégies. La première a consisté à relâcher Jocaste de l'exercice en cours afin que Jocaste puisse aller chercher le cheval concerné, il était ensuite possible de poursuivre l'exercice à son retour. Cependant, nous avons observé qu'elle pouvait rester anxieuse à l'idée de ne pas pouvoir se déplacer librement pour organiser le déplacement des autres chevaux. Pour répondre à ce besoin, nous avons mis en place des exercices à pied, qui consistaient pour le patient à se laisser guider par Jocaste, de sorte qu'elle puisse mener le patient vers ce qui était important pour elle. Peu à peu, nous nous sommes aperçus que cela donnait l'occasion aux patients de réaliser un travail fin d'ajustement émotionnel. Une certaine réciprocité a doucement émergé dans les échanges, suivie d'une plus grande confiance dans les interactions. Les patients ont progressivement pu mener Jocaste vers leurs points d'intérêts. Progressivement, Jocaste a montré moins de signes d'anxiété et a participé de façon plus volontaire aux exercices. Nous avons également amélioré sa motivation en introduisant des récompenses alimentaires. Enfin, nous avons souhaité augmenter le niveau de confiance de Jocaste en la présence du thérapeute et des patients. Le thérapeute guettait le type de situation qui pouvait générer une tension chez Jocaste et la résoudre pour elle, ou demander à un patient de la résoudre pour elle, de sorte qu'elle s'aperçoive que ce qui a de l'importance pour elle n'est jamais ignoré et que les humains présents souhaitaient eux aussi y porter de l'attention. Nous avons par exemple Piaf un cheval âgé de 36 ans, aveugle de naissance d'un œil et on soupçonnait que le deuxième œil ne soit plus très fonctionnel, de même que son ouïe. Il arrivait fréquemment à Piaf de partir brouter avec les autres chevaux mais de ne pas réussir à les rejoindre lorsque ceux-ci avaient avancé. Jocaste ou Vent d'Est allaient fréquemment rechercher Piaf pour l'aider à rejoindre le groupe. Durant les séances de TAC, lorsque nous avons été témoin que Piaf s'éloignait, nous avons demandé à un patient de l'aider à rejoindre le groupe avant que la distance ne soit trop importante. Si Piaf ne voulait pas revenir à ce moment, le patient pouvait rester avec lui. Lorsqu'un patient restait auprès de Piaf, Jocaste n'émettait plus de vocalises, était plus calme et ne manifestait plus de résistance à faire les exercices à pied (mouvements amples, bon contact visuel avec le patient, accepte les friandises). Finalement, nous avons observé que les patients trouvaient le comportement de Jocaste juste, et estimaient qu'elle faisait preuve d'une grande attention aux chevaux dans le besoin. Des patients qui percevaient au départ une jument récalcitrante et lunatique ont changé leur point de vue.

4.5.2. Les différents niveaux d'interactions

Jocaste nous a donné l'occasion de travailler sur la gestion du système de détresse de séparation PANIC en groupe. Chaque patient pouvait émettre des hypothèses sur ce qui pouvait activer PANIC chez Jocaste et proposer une stratégie de régulation. Le groupe entier a donc participé à la régulation interactive. Aussi il est possible que le processus de triangulation décrit ne soit pas suffisant. En effet, nous pensons sérieusement que certaines interactions en TAC auraient pu être théorisées avec l'ensemble du groupe de patients, du thérapeute et du groupe de chevaux. Pour théoriser ce type d'interactions, on comprend aisément qu'une aide à partir de logiciels informatiques et de calculs mathématiques soit nécessaire. Le travail relationnel avec Jocaste, nous a beaucoup appris. Cependant, nous aurions pu détailler le travail spécifique qui a été mené avec chacun des chevaux de thérapie mais également un travail de régulation interactive du groupe de chevaux dans son ensemble. Ce travail a notamment été réalisé lorsque nous avons intégré de nouveaux chevaux au groupe existant, à savoir Gribouille, Lorette puis Jasmin. La figure 10.16 présente des exemples d'interactions observées dans le groupe de chevaux avec les patients et le thérapeute.

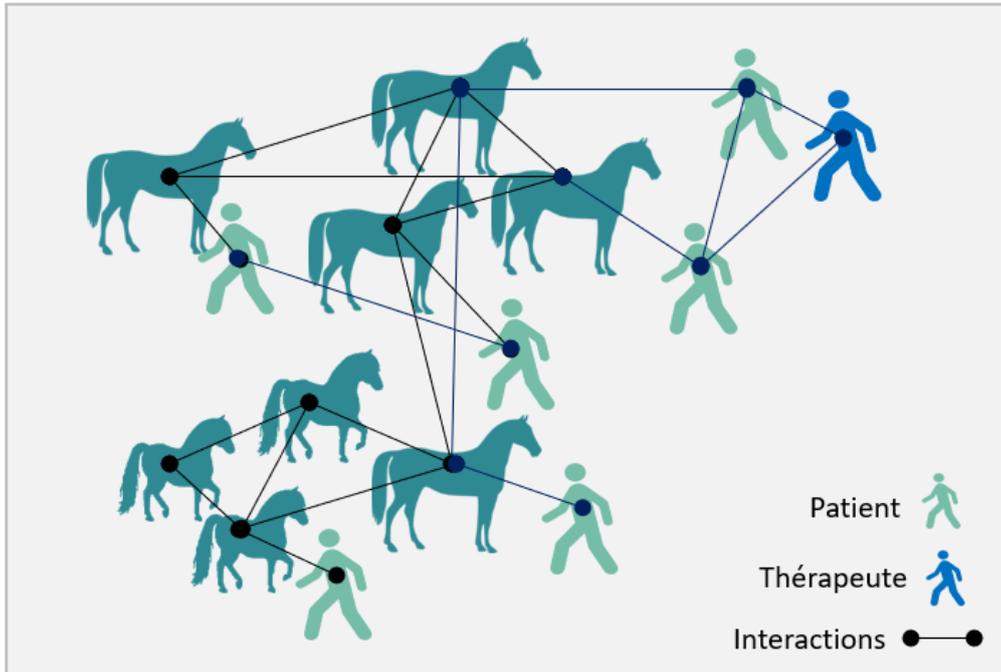
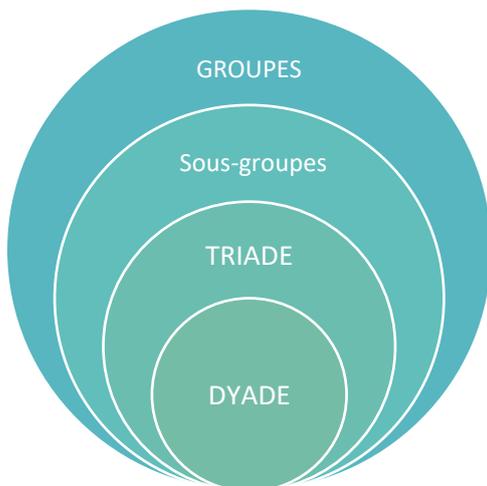


Figure 10.16 Représentations des différentes interactions observées entre les chevaux, les patients et le thérapeute en TAC

Dès lors que l'on travaille avec l'ensemble des chevaux et un groupe de patients, la triade patient-cheval-thérapeute ne serait qu'une unité parmi d'autres de l'alliance globale en TAC (cf. figure 10.17).



Groupes : comprends les interactions entre l'ensemble du groupe humain et l'ensemble du groupe de chevaux.

Sous-groupes : comprends des interactions entre plusieurs humains et plusieurs chevaux.

Triade : comprends des interactions entre trois individus, le plus souvent, un patient, un cheval et un thérapeute.

Dyade : comprends des interactions entre deux individus, un thérapeute et le patient, ou un patient et un cheval, ou le thérapeute et un cheval.

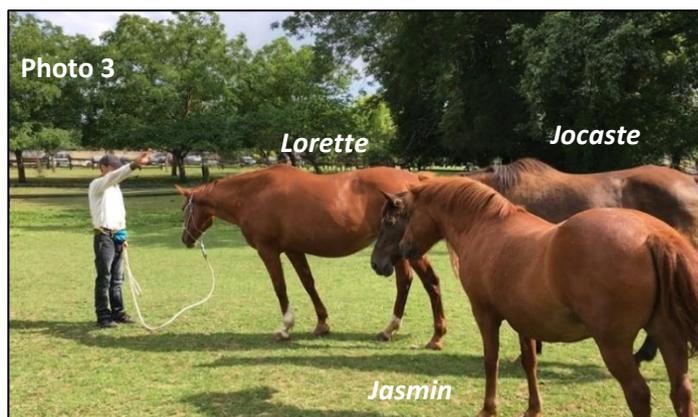
Figure 10.17 Représentations des niveaux d'interactions observables, ayant un caractère potentiellement thérapeutique en TAC.

Permettre aux chevaux d'exprimer leur comportement a donné lieu à des situations spontanées qui n'avaient pas été envisagées au départ, et nous pensons qu'elles ont maximisé les bénéfices thérapeutiques. Dans les séances TAC, le cadre thérapeutique n'a pas été restreint aux interactions triadique « patient-cheval-thérapeute », mais s'est étendu sur différents niveaux : incluant différentes dyade « patient-cheval », dyade « patient-thérapeute », dyade « thérapeute-cheval », mais aussi triades « patient-cheval-cheval », « patient-patient-cheval » etc. L'alliance thérapeutique globale a donc dépassé la triade « patient-cheval-thérapeute » pour s'étendre aux interactions de groupes (groupe humain et groupe de chevaux). Les photos présentées ci-après en montrent quelques exemples.

Sur la **photo 1** on voit que le patient a choisi de travailler avec Vent d'Est, un cheval qui a une forte influence sur les activités du troupeau. Jocaste et Guernica sont deux juments qui apprécient rester avec Vent d'Est, ensemble ils forment une triade. Contraindre les juments à rester loin de Vent d'Est et du patient n'a pas d'intérêt, en plus de provoquer un stress et une frustration chez les chevaux, qu'ils associeront à notre présence. Les chevaux se connaissent depuis de nombreuses années, il s'agit d'un petit groupe lié par de fortes affinités, aussi les risques en termes de sécurité sont minimes pour le patient. Le patient a exprimé avoir eu le sentiment qu'il orientait les trois chevaux en même temps. Il s'en est senti valorisé. Pour lui, le fait que les chevaux le suivent sans être attachés, et que Vent d'Est le suive tranquillement, lui a prouvé qu'il ne contraignait pas les chevaux à sa présence. Il a eu le sentiment de vivre un instant relationnel vrai avec les chevaux. La situation l'a beaucoup amusé, ainsi que le reste du groupe. L'impact positif s'est donc étendu aux chevaux et au groupe de patients.



Sur la **photo 2**, on voit un autre patient réaliser un exercice d'attention et demander à Lorette de reculer. Le travail de chaque dyade n'est en rien perturbé par le reste du groupe de chevaux en liberté. Le patient s'est trouvé amusé d'être observé par d'autres chevaux, et s'est senti valorisé que Lorette continue de lui donner son attention. Il était fréquent que les chevaux viennent observer les exercices réalisés (**photo 3**), voire même qu'ils participent à l'exercice sans y être invités. On voit ici que Jocaste qui suivait préalablement Vent d'Est décide finalement de venir observer ce que font le patient et Lorette, suivis de Jasmin. Sur la **photo 4**, on voit au premier plan Gribouille qui réalise l'exercice de rester en dehors de l'espace du patient, mais à côté de lui, figure Poney M, qui est en liberté, et qui n'est pas censé réaliser l'exercice avec eux...



V. Discussion

Afin d'améliorer la pratique et l'évaluation des interventions de médiation équine tout en garantissant le bien-être des chevaux, il est nécessaire de progresser dans la compréhension des processus à l'œuvre dans la TAC. La modélisation des interactions triadiques « cheval-patient-thérapeute » à partir des systèmes émotionnels primaires (Panksepp, 2011) offre un nouvel éclairage pour la compréhension du processus de triangulation en TAC. Les fondements du MIIHA (développés à partir des neurosciences, de la psychologie et de l'éthologie) se basent sur des processus émotionnels communs à l'homme et au cheval, constituant une base théorique solide pour l'étude des interactions homme-cheval durant l'intervention. Le MIIHA permet de : (1) spécifier les stratégies utilisées par le thérapeute, lorsqu'il met à profit la relation au cheval dans un objectif de soin ; (2) mieux appréhender le rôle du cheval durant l'intervention ; (3) étudier et définir le comportement équin en TAC. Ainsi l'application du MIIHA a pour objectif de promouvoir de meilleurs résultats thérapeutiques au travers de relations mutuellement bénéfiques entre l'homme et le cheval favorisant également leur bien-être respectif.

Dans ce chapitre, nous avons défendu l'idée que l'alliance thérapeutique triadique (ATT) lors d'une psychothérapie avec un animal peut être décomposée en différentes sous-alliances dyadiques qui interagissent entre elles et s'influencent réciproquement. Une meilleure appréhension des spécificités de l'ATT et des sous-alliances qui la composent pourrait être utile aux professionnels. Des recherches empiriques seraient nécessaires pour mettre à l'épreuve les formulations proposées ici et mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans une thérapie avec l'animal.

La conceptualisation de l'ATT en sous-systèmes dyadiques permet de dissocier ce qui relève de la collaboration inter-espèces homme-cheval, des systèmes émotionnels communs, et de la relation thérapeutique à proprement parler. Mais ce concept tel que nous l'envisageons va au-delà de la coexistence de ces trois relations. Il se focalise sur leurs interactions, c'est-à-dire sur leurs influences réciproques, et vise à en dégager les principales dimensions. Il reste à explorer davantage le rôle et la contribution respective de chacune des sous-alliances dyadiques dans l'émergence de l'ATT globale. Autrement dit, quels sont les « ingrédients » qui rendent la triade thérapeutique fonctionnelle ou dysfonctionnelle ? Il serait utile d'établir empiriquement quelles sont les dimensions essentielles de chacune des sous-alliances et de tester l'implication de ces dimensions dans le développement des différents types d'alliances fonctionnelles ou dysfonctionnelles et sur l'efficacité de la prise en charge. L'application du MIIHA au cadre de la TAC nous a permis de proposer une première hypothèse, à savoir qu'en identifiant certaines caractéristiques psychologiques clés du patient, il devenait possible d'anticiper dans une certaine mesure les difficultés que ce dernier allait rencontrer lors des interactions avec des chevaux présentant un certain type de tempérament dans un contexte donné.

A partir de travaux multidisciplinaires, il nous paraîtrait intéressant d'étudier pourquoi un patient se dirige davantage vers un cheval plutôt qu'un autre et en fonction de quels processus. Ces connaissances pourraient grandement nous permettre de progresser, tant au niveau de la compréhension des processus à l'œuvre durant les séances de thérapie avec le cheval, que les stratégies thérapeutiques que le thérapeute pourrait déployer pour potentialiser la présence du cheval à des fins thérapeutiques.

Autre question incontournable, celle du pattern temporel d'établissement de ces différentes alliances, suggérée au point 4.3. On fait l'hypothèse qu'avec des patients présentant des difficultés à entrer en relation avec le thérapeute (un composante Trait d'alliance élevée, selon Mallinckrodt, 2010; Mikulincer & Shaver, 2007), l'alliance patient-thérapeute serait susceptible de se développer moins rapidement que l'alliance patient-cheval. Cela peut être mis en lien avec les travaux de Despland et al. (2000) montrant que l'alliance se développe d'abord dans sa dimension de lien affectif immédiat et ensuite seulement

dans la dimension de collaboration/adhérence au traitement. Le contact tactile sécuritaire avec l'animal pourrait être une variable venant modérer cette hypothèse. En effet, nous avons pu observer qu'il se produisait l'inverse pour les patients qui présentaient une forte appréhension à approcher les chevaux au cours des premières séances. Tandis que chez les patients qui présentent un fort attrait pour l'animal et une phobie du lien thérapeutique, les alliances dyadiques impliquant le cheval précèderaient l'alliance entre thérapeute et patient, qui serait conditionnée par celles-ci. Ce type de recherche demande une réflexion méthodologique approfondie, une formation et un temps de recueil et d'analyse des données très importants, ainsi qu'une collaboration multidisciplinaire. Il apparaît cependant indispensable à l'amélioration de nos pratiques de soins en thérapie assistée par le cheval et par l'animal de manière plus générale. Cette question est cruciale car elle touche à la compréhension de nos pratiques, sans cette compréhension nous ne pouvons espérer progresser davantage à la fois sur l'efficacité des soins proposés mais également sur leur évaluation.

De façon générale, et en particulier dans la thérapie assistée par l'animal, un des défis qui s'impose aux cliniciens consiste à développer des modèles d'intervention guidés par des principes fondés empiriquement. Les stratégies que nous avons présentées au cours de ce chapitre n'ont rien d'exceptionnel. Et nous avons toutes les raisons de croire que bon nombre de thérapeutes font ce travail de manière automatique et instinctive ou plus réflexive. Cependant, il nous semble tout à fait primordial d'être en mesure de décrire précisément, tant au niveau théorique que pratique, les stratégies thérapeutiques adoptées, notamment lorsque ces dernières dépendent de la présence du cheval en thérapie. Plus nous serons précis sur son application et les concepts théoriques qui la sous-tendent, meilleure sera notre compréhension des processus concourant à la réussite de nos interventions et plus l'importance du cheval dans le cadre thérapeutique pourra être justifiée sur la base de principes fondés empiriquement. Cette étude approfondie pourrait donc contribuer à la reconnaissance de la thérapie avec le cheval, en développant des connaissances qui permettraient d'obtenir des résultats plus fiables et reproductibles dans nos recherches. Ces avancées devraient permettre à la thérapie avec le cheval de s'étendre encore davantage et de promouvoir sa pratique au sein d'un large public. Enfin, elles pourraient accroître notre compréhension du processus de triangulation présent aussi bien dans le domaine de la thérapie avec le cheval (« Thérapeute-Cheval-Patient ») que dans le domaine de la pédagogie (« Enseignant-Cheval-Cavalier »). Ces nouvelles connaissances seraient donc susceptibles de s'élargir au domaine plus vaste du monde équestre et seraient également applicables au domaine de la médiation animale dans son ensemble.

Une perspective encore plus large de l'application de ce modèle serait son application à la compréhension des interactions humaines, notamment pour le développement d'un cadre conceptuel permettant de théoriser la richesse de la communication émotionnelle dont font preuve les personnes n'ayant pas accès au langage verbal et symbolique. Beaucoup de modèles en psychologie sont construits à partir de processus complexes impliquant un haut niveau de raisonnement chez les individus concernés. Dans le champ du handicap, nous manquons de modèles simples et applicables qui permettent de rendre compte des processus émotionnels présents au cours des interactions entre la personne en situation de handicap et le personnel éducateur ou soignant. Disposer d'un tel modèle pourrait sans doute permettre une meilleure compréhension de situations problématiques du quotidien et progresser dans l'accompagnement de ces personnes.

C'est pourquoi nous pensons que l'étude des interactions homme-animal s'avère un champ d'études extrêmement riche dont les découvertes et la portée des résultats devraient concourir à des avancées dans bien d'autres domaines. Les recherches dans ce champ invitent au partage et aux collaborations pluridisciplinaires, incontestablement enrichissantes et fructueuses pour chacune des disciplines impliquées.

11. Vers une approche One Health – One Welfare ?

La Thérapie Assistée par le cheval, est un champ thérapeutique prometteur qui laisse une grande liberté et créativité au thérapeute dans la réalisation de ses interventions mais qui reste encore à définir et à délimiter pour réellement se développer. D'un côté ce manque théorique et la difficulté à évaluer nos interventions peuvent parfois jouer en sa défaveur, et de l'autre, ses frontières floues invitent au voyage interdisciplinaire et à la découverte de nouveaux paysages théoriques, où tout paraît encore réalisable.

La thérapie assistée par le cheval est par définition une thérapie du vivant, des interactions, qui se confronte à l'altérité. L'altérité de l'animal, tout d'abord, qu'il nous faut apprivoiser pour en faire un compagnon de route, véritable partenaire sur lequel s'appuyer, pour accompagner les patients vers un mieux-être. L'altérité du public concerné, vaste et diversifié, de l'enfant à la personne âgée, des personnes porteuses de handicaps aux personnes venant chercher une réponse à des questions existentielles. L'altérité enfin des différents professionnels pratiquant la thérapie et les activités assistées par les animaux. Ils sont si nombreux qu'il serait vain de tous les répertorier ici. Citons tout de même, les psychologues, psychiatres, médecins, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs spécialisés, mais aussi enseignants sportifs, éducateurs canins, coaches... Dans la recherche, des professionnels de tout horizon s'intéressent à la thérapie assistée par l'animal : des éthologues, vétérinaires, neuroscientifiques, physiologistes, sociologues, philosophes, psychologues, psychiatres, mathématiciens, impossible encore de tous les citer.

Quelles conclusions en tirer ? Certains seront peut-être tentés de dire qu'il s'agit là d'un domaine fourre-tout fait de pseudos-théories. Nous voyons pourtant de beaux projets internationaux se dessiner, certains menant des recherches pour la proposition d'une terminologie internationale unifiée, d'autres associant des chercheurs au travers de collaborations internationales, pour démontrer l'efficacité de la TAC à partir d'une réflexion et d'une méthodologie multimodale. Nous préférons penser que la confrontation à l'autre, à l'altérité de l'animal, du public, des professionnels est une chance immense et fait de ce domaine un réceptacle à la complexité des rencontres, de la compréhension de l'autre pouvant amener à un remaniement unificateur théorique et pratique. La thérapie assistée par le cheval, parce qu'elle implique des interactions inter-espèces, amène nécessairement avec elle un regard multidisciplinaire.

Tout au long de ce manuscrit, nous espérons que le lecteur a pu s'imprégner de ce vaste univers, dont la complexité fait sa richesse. Pour l'appréhender, nous avons fait le choix d'aller vers l'étude des processus émotionnels primaires, communs à tous les mammifères et oiseaux, mais peut-être plus largement encore à l'ensemble du règne animal, pour certains d'entre eux. A l'heure actuelle, des chercheurs étudient le système d'exploration SEEKING et les systèmes défensifs FEAR et RAGE (Lischinsky & Lin, 2020), chez les poissons (Fernö et al., 2020; Temizer et al., 2015) et les invertébrés comme les abeilles (Bateson et al., 2011), les bourdons (Perry et al., 2016) et les mouches (Anderson, 2016; Zacarias et al., 2018). Ainsi, nous pensons que nous ne sommes qu'au début d'un changement dans notre façon de percevoir le règne animal et la place que l'homme y tient. Et nous pensons que les chercheurs ont un rôle central à y jouer.

Notre proposition de cadre conceptuel pour la recherche et la pratique de la thérapie assistée par l'animal s'inscrit dans une perspective résolument One Health – One Welfare, où la santé et le bien-être de l'homme sont perçus comme fondamentalement liés à ceux de l'animal. En ce sens, nous suggérons que les progrès dans ce champ disciplinaire soient porteurs de découvertes importantes, avec le

développement de cadres théoriques qui soient commun à l'étude de l'homme et de l'animal, formant en quelque sorte, un pont entre les sciences animales et humaines qui permettraient d'accroître l'efficacité des processus thérapeutiques à l'étude. Hediger et al. (2019) proposent des recommandations théoriques en faveur d'une conception d'étude « One Health » nécessaire en thérapie assistée par l'animal pour s'assurer qu'il n'y ait pas de concession faite sur la santé des animaux au profit de celle des humains. La perspective « One Health » propose plutôt d'entrevoir la santé animale comme une valeur ajoutée, avec l'idée d'un bénéfice synergique, pouvant être atteint tant chez l'homme que l'animal durant les interventions. Bien que ce courant de pensée puisse paraître utopiste à certains égards, il invite tout du moins à envisager différemment le statut de l'animal dans les interventions thérapeutiques et à investir pleinement la question du bien-être animal. D'après Pinillos (2021), dans une approche One Welfare, il est indispensable que les praticiens humains et animaux travaillent en collaboration, prennent en compte les impacts positifs et négatifs des interactions entre le bien-être animal et le bien-être humain dans de multiples contextes.

Lorsque nous utilisons des animaux pour la nourriture, le travail ou la compagnie, nous pourrions considérer que chacun d'entre eux est une vie unique et non reproductible ».
(Tarazona et al., 2019)

A plus large échelle, il est fondamental de prendre en compte le bien-être animal pour prendre des décisions sur les conséquences globales de nos relations avec les animaux domestiques, non seulement concernant l'impact direct de leur manipulation, mais aussi l'effet sur l'environnement, la propagation des maladies et la disponibilité des ressources naturelles. La question du bien-être animal est souvent mise de côté au profit de celle de l'homme. Pourtant, contrairement à cette idée préconçue, le bien-être animal est relié à notre culture et à la société. Les liens entre la maltraitance animale et humaine et la violence interpersonnelle ont été documentés par un certain nombre d'études de manière générale (Arluke et al., 1999; Tiplady et al., 2012) ou ciblée sur des secteurs de population particuliers tels que les enfants (Becker & French, 2004), les jeunes (Ascione, 2001) ou les familles (DeGue & DiLillo, 2009; Roguski, 2012). Ainsi, une société qui, de manière implicite, tolère la maltraitance animale est susceptible de tolérer diverses formes de maltraitements humains. La prise de parole des femmes comme en témoigne le mouvement social #MeToo permet de faire savoir que les violences sexuelles sont plus courantes que ce qui est souvent supposé. Les informations sur les liens entre reconnaissance de l'autre et bien-être sont encore actuellement diverses et dispersées, ce qui rend difficile une sensibilisation globale à ces questions.

Un domaine de recherche « One Health – One Welfare » regrouperait des chercheurs et des praticiens de différentes disciplines mis en relation et participerait par un travail collectif, à améliorer simultanément le bien-être animal et humain en intégrant des aspects relatifs à la préservation de l'environnement. En utilisant une approche commune, ceux qui travaillent à l'amélioration du bien-être animal et du bien-être humain seront ainsi en mesure de mettre en évidence et de faire converger les liens entre ces deux notions à travers différentes disciplines. Ainsi, nous pensons qu'un tel courant serait bénéfique à chacune des disciplines qui s'intéressent à un versant d'un phénomène, appartenant à un ensemble plus global. En encourageant une réflexion commune, le dialogue interdisciplinaire, nous devrions potentialiser les découvertes et résultats de chaque discipline pour la production scientifique.

Pinillos et al. (2015) développent actuellement le nouveau concept de « One Welfare » qui serait conçu comme une plateforme pour encourager la collaboration interdisciplinaire afin d'améliorer le bien-être

humain et animal. Ce concept s'étendrait également à l'approche « One Health » utilisée pour la santé humaine et la santé animale. Cette plateforme pourrait concerner plusieurs secteurs et contribuer à :

- améliorer la productivité dans le secteur agricole grâce à une meilleure compréhension de la valorisation de normes élevées de bien-être ;
- mettre en évidence les avantages directs et indirects de la protection animale pour le bien-être humain ;
- sensibiliser aux liens directs et indirects entre le bien-être humain et l'adoption de systèmes d'élevage respectueux de l'environnement ;
- améliorer et évaluer l'agriculture et d'autres industries ;
- augmenter la résilience et la sécurité des communautés rurales dans de nombreux pays.

Le concept "One Welfare" englobe donc un éventail multidisciplinaire de domaines dans lesquels différentes professions et disciplines peuvent travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs et améliorer la santé humaine et animale. Pinillos (2018), auteure de l'ouvrage « One Welfare A Framework to Improve Animal Welfare and Human Well-being » propose que cette entreprise soit un élément qui permettra de développer de nombreux projets et programmes de bien-être - et d'en lancer de nouveaux - pour la promotion d'un meilleur bien-être animal, humain et planétaire.

La prise en compte du bien-être humain et animal ne peut être séparée de l'évaluation des conséquences des décisions humaines sur le monde naturel (Tarazona et al., 2020). Nous devons essayer de tenir compte de chaque être vivant, de chaque communauté, population et écosystème, faute de quoi la vie humaine et les autres vies pourraient être mises en danger. Un exemple critique actuel -le virus SRAS-CoV-2 à l'origine du COVID-19 démontre l'urgence de ce débat. L'approche One Health – One Welfare se positionne en reconnaissant que les risques de transmission des zoonoses

peuvent être réduits en préservant les habitats ou en soignant les animaux dans un environnement approprié et durable, en assurant un élevage approprié, la santé et le bien-être des animaux. De nombreux experts ont déjà anticipé le fait que la phase post-pandémique pourrait entraîner une révision majeure des systèmes alimentaires en mettant l'accent sur la résilience (Shahidi, 2020). Ainsi, plutôt que de chercher simplement à gérer les risques que posent les animaux pour les humains, l'approche « One Welfare » cherche à améliorer le bien-être de toutes les formes de vie.

De façon générale, les personnes repensent leurs liens avec les animaux que nous utilisons pour nous habiller, nous nourrir, travailler, nous tenir compagnie, nous divertir et faire de la recherche. C'est pourquoi les concepts « One Health », « One Welfare » et « One Biology » sont examinés dans le cadre de la conduite d'un changement mondial. Cette approche véhicule donc une valeur forte, celle de placer les humains au sein de la nature plutôt qu'à l'écart de celle-ci.

Le concept « One Health – One Welfare » invite à s'engager dans des projets de recherche avec une dimension éthique à long terme. Toute équipe de recherche qui s'intéresse aux notions de santé et de bien-être - humain ou animal - pourrait s'inscrire dans une démarche holistique, en réfléchissant à la façon dont leur production de connaissances pourrait apporter un complément dans une approche globale de la santé et du bien-être de tous.

*« En tant que vétérinaire, je suis habituée à ce que les membres de la profession médicale discutent des animaux en tant que "risques" pour les humains, mais rarement de l'inverse. Il me semble important que l'on puisse reconnaître que "ce qui est bon pour les non-humains et pour la terre est pratiquement toujours dans le meilleur intérêt des humains, étant donné la profonde interconnexion entre les deux. »
(Fawcett, 2020).*



"Le chemin se construit en marchant."

Antonio Machado

Références

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1-33.
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology, 48*(3), 251.
- Alexandrov, Y. I., & Sams, M. E. (2005). Emotion and consciousness : Ends of a continuum. *Cognitive brain research, 25*(2), 387-405.
- AL-Jiboori, S. D. A. (2008). Childhood trauma and sociodemographic of patients with dissociative disorders. *The Medical Journal of Tikrit University, 1*(141).
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2004). *La recherche-action, e-thèque, col. Méthodes quantitatives et qualitatives*.
- Allen, J. G., & Coyne, L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience : The Dissociative Experiences Scale and the MMPI-2. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1996). Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the Brief Symptom Inventory. *The Journal of nervous and mental disease, 184*(10), 639-641.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive psychiatry, 38*(6), 327-334.
- American Psychiatric Association, A. P., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Anderson, D. J. (2016). Circuit modules linking internal states and social behaviour in flies and mice. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(11), 692.
- Anderson, D. J., & Adolphs, R. (2014). A framework for studying emotions across species. *Cell, 157*(1), 187-200.
- Anestis, M. D., Anestis, J. C., Zawilinski, L. L., Hopkins, T. A., & Lilienfeld, S. O. (2014). Equine-Related Treatments For Mental Disorders Lack Empirical Support: A Systematic Review of Empirical Investigations. *Journal of Clinical Psychology, 70*(12), 1115-1132. <https://doi.org/10.1002/jclp.22113>
- Arkow, P. (1986). « *Pet therapy* » : *A study and resource guide for the use of companion animals in selected therapies*.
- Arluke, A., Levin, J., Luke, C., & Ascione, F. (1999). The relationship of animal abuse to violence and other forms of antisocial behavior. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(9), 963-975.

- Arnon, S., Fisher, P. W., Pickover, A., Lowell, A., Turner, J. B., Hilburn, A., Jacob-McVey, J., Malajian, B. E., Farber, D. G., & Hamilton, J. F. (2020). Equine-Assisted Therapy for Veterans with PTSD : Manual Development and Preliminary Findings. *Military medicine, 185*(5-6), e557-e564.
- Ascione, F. (2001). *Animal abuse and youth violence*. Juvenile Justice Bulletin.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS one, 11*(10), e0161645.
- Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : Intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation, 3*(4), 245-256. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
- Averill, J. R. (1980). A constructivist view of emotion. In *Theories of emotion* (p. 305-339). Elsevier.
- Aviezer, H., Hassin, R. R., Ryan, J., Grady, C., Susskind, J., Anderson, A., Moscovitch, M., & Bentin, S. (2008). Angry, disgusted, or afraid? Studies on the malleability of emotion perception. *Psychological science, 19*(7), 724-732.
- Baba, C., Kawai, M., & Takimoto-Inose, A. (2019). Are Horses (*Equus caballus*) Sensitive to Human Emotional Cues? *Animals, 9*(9), 630.
- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 169*(8), 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.018>
- Bachelart, M. (2017). L'approche intégrative en psychothérapie. *Psychotherapies, Vol. 37*(3), 171-181.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance : A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 323.
- Bachi, K. (2012). Equine-facilitated psychotherapy : The gap between practice and knowledge. *Society & Animals, 20*(4), 364-380.
- Bachi, K. (2013). Application of attachment theory to equine-facilitated psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*(3), 187-196.
- Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *The Journal of nervous and mental disease, 194*(9), 690-696.
- Back, S. E., Foa, E. B., & Killeen, T. K. (2014). *Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE) : Therapist guide*. Treatments That Work.

- Back, S. E., Jackson, J. L., Sonne, S., & Brady, K. T. (2005). Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder : Differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset. *Journal of Substance Abuse Treatment, 29*(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.03.002>
- Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Santa Ana, E., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure : A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive behaviors, 90*, 369-377.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report : The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.
- Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A., & Debray, Q. (2008). Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation (chez des patients alcoolodépendants et des patients déprimés). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 18*(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.004>
- Baker, D. G., Heppner, P., Afari, N., Nunnink, S., Kilmer, M., Simmons, A., Harder, L., & Bosse, B. (2009). Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among US veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Military medicine, 174*(8), 733-778.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated : An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review, 111*(1), 33.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation : Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 842.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders : Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors, 23*(6), 883-891. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)

- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8)
- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., & Caldentey, M. A. (2015). Promoting psychosocial adaptation of youths in residential care through animal-assisted psychotherapy. *Child Abuse & Neglect*, 50, 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.004>
- Bandura, A. (2010). Self-Efficacy. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (p. 1-3). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836>
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoös*, 18(4), 396-408.
- Baragli, P., Gazzano, A., Martelli, F., & Sighieri, C. (2009). How Do Horses Appraise Humans' Actions? A Brief Note over a Practical Way to Assess Stimulus Perception. *Journal of Equine Veterinary Science*, 29(10), 739-742. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2009.08.006>
- Baragli, P., Padalino, B., & Telatin, A. (2015). The role of associative and non-associative learning in the training of horses and implications for the welfare (a review). *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 1. https://doi.org/10.4415/ANN_15_01_08
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on psychological science*, 1(1), 28-58.
- Bateson, M., Desire, S., Gartside, S. E., & Wright, G. A. (2011). Agitated honeybees exhibit pessimistic cognitive biases. *Current biology*, 21(12), 1070-1073.
- Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F., & Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.10.009>
- Becker, F., & French, L. (2004). Making the links: Child abuse, animal cruelty and domestic violence. *Child abuse review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 13(6), 399-414.
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in psychology*, 3, 234.

- Benyamina, A. (2014). *Addictions et comorbidités*. Dunod.
- Benyamina, A. (2018). Pathologie duelle, actualités et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(8), 742-745. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.016>
- Benyamina, A., Reynaud, M., & Aubin, H.-J. (2013). *Alcool et troubles mentaux : De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Elsevier Health Sciences.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder : A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention-deficit hyperactivity disorder : Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Psychological medicine*, 42(4), 875.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The journal of nervous and mental disease*. 727-735.
- Berrewaerts, J., Pallincourt, R., Wildemeersch, G., Desseilles, M., & Kempeneers, P. (2019). Schémas précoces inadaptés, tempérament et caractère chez des patients présentant une dépendance aux substances psychoactives. *Bulletin de psychologie, Numéro562(4)*, 243. <https://doi.org/10.3917/bupsy.562.0243>
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded theory : A practical guide*. Sage.
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., & Riggs, D. S. (2019). The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder : Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475-483.
- Bivens, A., Leinart, D., Klontz, B., & Klontz, T. (2007). The effectiveness of equine-assisted experiential therapy : Results of an open clinical trial. *Society & Animals*, 15(3), 257-267.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.
- Blanco, L., Sió, A., Hogg, B., Esteve, R., Radua, J., Solanes, A., Gardoki-Souto, I., Sauras, R., Farré, A., & Castillo, C. (2020). Traumatic Events in Dual Disorders : Prevalence and Clinical Characteristics. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2553.

- Bleiberg, J., Prout, M., Debiak, D., Lefkowitz, C., & Paharia, I. (2005). Animal-assisted prolonged exposure : A treatment for survivors of sexual assault suffering posttraumatic stress disorder. *Society & Animals, 13*(4), 275-296.
- Blood, L., & Cornwall, A. (1996). Childhood sexual victimization as a factor in the treatment of substance misusing adolescents. *Substance use & misuse, 31*(8), 1015-1039.
- Boissy, A., Manteuffel, G., Jensen, M. B., Moe, R. O., Spruijt, B., Keeling, L. J., Winckler, C., Forkman, B., Dimitrov, I., & Langbein, J. (2007). Assessment of positive emotions in animals to improve their welfare. *Physiology & behavior, 92*(3), 375-397.
- Boon, M. S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique : Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. De Boeck supérieur.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *The American Journal of Psychiatry*.
- Borstel, U. K., Visser, E. K., & Hall, C. (2017). Indicators of stress in equitation. *Applied Animal Behaviour Science, 190*, 43-56.
- Bortolon, C., Seillé, J., & Raffard, S. (2017). Exploration of trauma, dissociation, maladaptive schemas and auditory hallucinations in a French sample. *Cognitive neuropsychiatry, 22*(6), 468-485.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology : Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical psychology & psychotherapy, 17*(5), 374-385.
- Bourjade, M., Thierry, B., Maumy, M., & Petit, O. (2009). Decision-Making in Przewalski Horses (*Equus ferus przewalskii*) is Driven by the Ecological Contexts of Collective Movements. *Ethology, 115*(4), 321-330. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0310.2009.01614.x>
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2019). *Addictions : Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience: Guide clinique*. De Boeck Supérieur.
- Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In *Mindfulness-based treatment approaches* (p. 141-157). Elsevier.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D.(2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version*. *International Journal of Behavioral Development, 33*, 470-478.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss : Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664.

- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brady, K. T., Back, S. E., & Coffey, S. F. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current directions in psychological science*, 13(5), 206-209.
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals : Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 47-54.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders : The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211-218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse : The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 337-342.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). The Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS). *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package*, 82.
- Brown, P. J. (2000). Outcome in female patients with both substance use and post-traumatic stress disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 127-135.
- Brown, P. J., Recupero, P. R., & Stout, R. (1995). PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive behaviors*, 20(2), 251-254.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance Use disorder-PTSD Comorbidity : Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of substance abuse treatment*, 15(5), 445-448.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765.
- Brunault, P., Lebigre, K., Idrik, F., Mauge, D., Adam, P., El Ayoubi, H., Hingray, C., Barrault, S., Grall-Bronnec, M., & Ballon, N. (2019). Posttraumatic stress disorder is a risk factor for multiple addictions in police officers hospitalized for alcohol. *European addiction research*, 25(4), 198-206.

- Buck, P. W., Bean, N., & Marco, K. de. (2017). Equine-Assisted Psychotherapy : An Emerging Trauma-Informed Intervention. *Advances in Social Work, 18*(1), 387-402. <https://doi.org/10.18060/21310>
- Burgdorf, J., Panksepp, J., Brudzynski, S. M., Kroes, R., & Moskal, J. R. (2005). Breeding for 50-kHz positive affective vocalization in rats. *Behavior genetics, 35*(1), 67-72.
- Burgdorf, J., Zhang, X., Nicholson, K. L., Balster, R. L., Leander, J. D., Stanton, P. K., Gross, A. L., Kroes, R. A., & Moskal, J. R. (2013). GLYX-13, a NMDA Receptor Glycine-Site Functional Partial Agonist, Induces Antidepressant-Like Effects Without Ketamine-Like Side Effects. *Neuropsychopharmacology, 38*(5), 729-742. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.246>
- Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). *Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy : Does it really make a difference?*
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. *Handbook of emotion regulation, 2*, 542-559.
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, 15-31.
- Carignan, I., Beaudry, M.-C., & Larose, F. (Éds.). (2016). *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature*. Éditions de l'Université de Sherbrooke. <https://doi.org/10.17118/11143/8815>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1992). Manual for the dissociative experiences scale. *Unpublished manuscript, Department of Psychology, Beloit College, Beloit, WI*.
- Carlsson, C. (2016). A Narrative Review of Qualitative and Quantitative Research in Equine-assisted Social Work or Therapy—Addressing Gaps and Contradictory Results. *Animalia An Anthrozoology Journal, February 14*.
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Repairing alliance ruptures in cognitive therapy : A preliminary investigation of an integrative therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 4-20.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2007). Grounded theory. *The Blackwell encyclopedia of sociology*.
- Christensen, J. W., Søndergaard, E., Thodberg, K., & Halekoh, U. (2011). Effects of repeated regrouping on horse behaviour and injuries. *Applied Animal Behaviour Science, 133*(3-4), 199-206.
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research : A design framework for novice researchers. *SAGE open medicine, 7*, 2050312118822927.

- Coffey, S. F., Saladin, M. E., Drobes, D. J., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (2002). Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence, 65*(2), 115-127.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Stasiewicz, P. R., Henslee, A. M., Baillie, L. E., & Landy, N. (2010). Craving and physiological reactivity to trauma and alcohol cues in posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Experimental and clinical psychopharmacology, 18*(4), 340.
- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence : Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 425.
- Cogan, T. (1800). *A philosophical treatise on the passions*. S. Hazard.
- Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric services, 57*(1), 100-106.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States : Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry, 64*(5), 566-576.
- Coons, P. M. (1998). THE DISSOCIATIVE DISORDERS : Rarely Considered and Underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America, 21*(3), 637-648. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70028-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70028-9)
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 23*(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions : Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 41*(4), 412.
- Cozzi, A., Sighieri, C., Gazzano, A., Nicol, C. J., & Baragli, P. (2010). Post-conflict friendly reunion in a permanent group of horses (*Equus caballus*). *Behavioural Processes, 85*(2), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2010.07.007>
- Cusack, K. J., Herring, A. H., & Steadman, H. J. (2013). PTSD as a mediator between lifetime sexual abuse and substance use among jail diversion participants. *Psychiatric services, 64*(8), 776-781.
- Cutler, R. B., & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health, 5*(1), 1-11.

- Dalsbø, T. K., Hammerstrøm, K. T., Vist, G. E., Gjermo, H., Smedslund, G., Steiro, A., & Høie, B. (2010). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*.
- Damasio, A. R. (2000). A second chance for emotion. *Cognitive neuroscience of emotion*, 12-23.
- Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French version of the Dissociative Experiences Scale in a rape-victim population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 44*(3), 271-275.
- Davidson, J. R. (2001). Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder. *Jama, 286*(5), 584-588.
- De Santis, M., Contalbrigo, L., Borgi, M., Cirulli, F., Luzi, F., Redaelli, V., Stefani, A., Toson, M., Odore, R., & Vercelli, C. (2017). Equine Assisted Interventions (EAIs): Methodological considerations for stress assessment in horses. *Veterinary sciences, 4*(3), 44.
- De Waal, F. B. (2011). What is an animal emotion? *Annals of the New York Academy of Sciences, 1224*(1), 191-206.
- DeGue, S., & DiLillo, D. (2009). Is animal cruelty a “red flag” for family violence? Investigating co-occurring violence toward children, partners, and pets. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(6), 1036-1056.
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P.-J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). Les schémas précoces dysfonctionnels: Étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *L'Encéphale, 30*(3), 255-258.
- Dellucci, H. (2016). Chapitre 5. La stabilisation: La pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie. In *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 52-76). Dunod. <https://www.cairn.info/psychotherapie-de-la-dissociation-et-du-trauma--9782100754106-page-52.htm>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 981-989. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). *The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care*.
- Descartes, R. (1996). *The passions of the soul*. AC and are to be sold.
- Désiré, L., Boissy, A., & Veissier, I. (2002). Emotions in farm animals: A new approach to animal welfare in applied ethology. *Behavioural Processes, 60*(2), 165-180. [https://doi.org/10.1016/S0376-6357\(02\)00081-5](https://doi.org/10.1016/S0376-6357(02)00081-5)
- Despland, J. N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique: Un concept empirique. *Rev Med Suisse, 4*, 20758.

- Detournay, F., Hopchet, M., Steele, K., Boon, S., Goffinet, S., Lorent, T., van der Hart, O., & Batjoens, R. (2018). *Traiter la dissociation d'origine traumatique : Approche pratique et intégrative*. De Boeck Supérieur.
- Di Florio, A., Craddock, N., & Van den Bree, M. (2014). Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *European Psychiatry, 29*(3), 117-124.
- Dietz, T. J., Davis, D., & Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse, 21*(6), 665-683.
- D'Ingeo, S., Quaranta, A., Siniscalchi, M., Stomp, M., Coste, C., Bagnard, C., Hausberger, M., & Cousillas, H. (2019). Horses associate individual human voices with the valence of past interactions : A behavioural and electrophysiological study. *Scientific Reports, 9*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47960-5>
- Donovan, B., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). "Transcend" initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 757-772.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., Havemann-Reinecke, U., & TRAUMAB-Study Group. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence : A multi-center study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 32*(3), 481-488. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
- Earles, J. L., Vernon, L. L., & Yetz, J. P. (2015). Equine-assisted therapy for anxiety and posttraumatic stress symptoms. *Journal of traumatic stress, 28*(2), 149-152.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process : A clinical review. *Clinical psychology review, 31*(2), 203-212.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 192-205.
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the human face 2nd ed.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. *Handbook of cognition and emotion, 98*(45-60), 16.
- Ellickson-Larew, S., Stasik-O'Brien, S. M., Stanton, K., & Watson, D. (2020). Dissociation as a multidimensional transdiagnostic symptom. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 7*(2), 126-150. <https://doi.org/10.1037/cns0000218>
- Enoch, M.-A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology, 214*(1), 17-31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>

- Éraldi-Gackière, D., & Boudoukha, A. H. (2010). Alcool-dépendance et trouble de stress post-traumatique. *Epidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement. Alcoologie et addictologie*, 32(4), 307-317.
- Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A., Sannibale, C., Hopwood, S., Merz, S., & Rosenfeld, J. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Mental Health and Substance Use*, 4(4), 314-326.
- Feldman, R. (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Hormones and behavior*, 61(3), 380-391.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fernö, A., Folkedal, O., Nilsson, J., & Kristiansen, T. S. (2020). Inside the Fish Brain : Cognition, Learning and Consciousness. In T. S. Kristiansen, A. Fernö, M. A. Pavlidis, & H. van de Vis (Éds.), *The Welfare of Fish* (p. 149-183). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41675-1_7
- Fidelle, G., De Kergunic, T. S., & Auxemery, Y. (2009). Addictions et trauma : Données épidémiologiques et cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 9(1), 45-54.
- Filan, S. L., & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia : A review of the literature. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*.
- Fine, A. H. (2010). *Handbook on animal-assisted therapy : Theoretical foundations and guidelines for practice*. academic press.
- Fishman, D. B. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate : Proposal for a new, electronic" Journal of Pragmatic Case Studies.". *Prevention & Treatment*, 3(1), 8a.
- Fitzpatrick, S., Saraiya, T., Lopez-Castro, T., Ruglass, L. M., & Hien, D. (2020). The impact of trauma characteristics on post-traumatic stress disorder and substance use disorder outcomes across integrated and substance use treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 113, 107976. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.012>

- Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent treatment of substance use and PTSD. *Current psychiatry reports, 18*(8), 1-9.
- Foa, E. B., Yusko, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D., O'Brien, C. P., Imms, P., Riggs, D. S., & Volpicelli, J. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD : A randomized clinical trial. *Jama, 310*(5), 488-495.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development, 62*(5), 891-905.
- Ford, J. D., & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research & Theory, 16*(2), 193-203.
- Friedl, M., Draijer, N., & De Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients : The impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(6), 423-428.
- Gainer, D. M., Crawford, T. N., Fischer, K. B., & Wright, M. D. (2021). The relationship between dissociative symptoms and the medications used in the treatment of opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 121*, 108195. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108195>
- Gallagher, S. (2008). Inference or interaction : Social cognition without precursors. *Philosophical Explorations, 11*(3), 163-174. <https://doi.org/10.1080/13869790802239227>
- Gallese, V., Rochat, M., Cossu, G., & Sinigaglia, C. (2009). Motor cognition and its role in the phylogeny and ontogeny of action understanding. *Developmental psychology, 45*(1), 103.
- Gana, K., Gallé-Tessonneau, M., & Broc, G. (2019). Le protocole individuel en psychologie : Tutoriel à l'usage des psychologues praticiens. *Pratiques Psychologiques, 25*(2), 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.002>
- Gatti, F., Walderhaug, E., Kern-Godal, A., Lysell, J., & Arnevik, E. A. (2020). Complementary horse-assisted therapy for substance use disorders : A randomized controlled trial. *Addiction science & clinical practice, 15*(1), 1-11.
- Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E., & Baker, B. D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 22*(4), 408-424.

- Germain, S. M., Wilkie, K. D., Milbourne, V. M. K., & Theule, J. (2018). Animal-assisted Psychotherapy and Trauma : A Meta-analysis. *Anthrozoös*, 31(2), 141-164. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1434044>
- Gielen, N., Havermans, R., Tekelenburg, M., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder : It is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 17734. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder : A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 22821.
- Glaser Barney, G., & Strauss Anselm, L. (1967). The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research. *New York, Adline de Gruyter*.
- Goldman, D., Oroszi, G., & Ducci, F. (2005). The genetics of addictions : Uncovering the genes. *Nature Reviews Genetics*, 6(7), 521-532. <https://doi.org/10.1038/nrg1635>
- González-Ramírez, M. T., Ortiz-Jiménez, X. A., & Landero-Hernández, R. (2013). Cognitive-behavioral therapy and animal-assisted therapy : Stress management for adults. *Alternative and Complementary Therapies*, 19(5), 270-275.
- Goodwin, D., McGreevy, P., Waran, N., & McLean, A. (2009). How equitation science can elucidate and refine horsemanship techniques. *The Veterinary Journal*, 181(1), 5-11.
- Gormley, A., & Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : Point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. *Drogues, santé et société*, 11(2), 72. <https://doi.org/10.7202/1021244ar>
- Granon, S., Faure, A., Chauveau, F., Cressant, A., & Ey, E. (2018). Why should my mouse call me? Acoustic communication in mouse models of social disorders: ultrasonic vocalizations as an index of emotional and motivational states. In *Handbook of Behavioral Neuroscience* (Vol. 25, p. 423-431). Elsevier.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*, 3, 85-90.
- Grebot, E., & Dardard, J. (2010). Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis de jeunes adultes. *Psychologie française*, 55(4), 373-387.

- Grèzes, J., & Dezacache, G. (2012). Communication émotionnelle : Mécanismes cognitifs et cérébraux. *Cognition sociale et neuropsychologie*, 31-45.
- Grigorian, H. L., Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2020). Mindfulness and Early Maladaptive Schemas Among Men in Treatment for Substance Use Disorder. *MINDFULNESS*.
- Group, W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Grundmann, J., Lincoln, T. M., Lüdecke, D., Bong, S., Schulte, B., Verthein, U., & Schäfer, I. (2018). Traumatic Experiences, Revictimization and Posttraumatic Stress Disorder in German Inpatients Treated for Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, 53(4), 677-685. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1361997>
- Hakanson, M., Möller, M., Lindström, I., & Mattsson, B. (2009). The horse as the healer—A study of riding in patients with back pain. *Journal of bodywork and movement therapies*, 13(1), 43-52.
- Hall, C., Randle, H., Pearson, G., Preshaw, L., & Waran, N. (2018). Assessing equine emotional state. *Applied Animal Behaviour Science*, 205, 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.applanim.2018.03.006>
- Hall, E. T. (1978). *La Dimension cachée* (1966, édition anglaise; 1971, édition française), traduit de l'anglais par A. Petita, Paris, Éditions du Seuil, coll.«Points».
- Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Dagan, K., Greenfeld, H., Rubinstein, C., & Ben-Ezra, M. (2011). A preliminary study of group intervention along with basic canine training among traumatized teenagers : A 3-month longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1975-1980.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13(12), 673.
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Hausberger, M., Stomp, M., Sankey, C., Brajon, S., Lunel, C., & Henry, S. (2019). Mutual interactions between cognition and welfare : The horse as an animal model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 540-559. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.08.022>

- Hausberger, M., Fureix, C., Bourjade, M., Wessel-Robert, S., & Richard-Yris, M.-A. (2012). On the significance of adult play : What does social play tell us about adult horse welfare? *Naturwissenschaften*, *99*(4), 291-302.
- Hausberger, M., Roche, H., Henry, S., & Visser, E. K. (2008). A review of the human–horse relationship. *Applied animal behaviour science*, *109*(1), 1-24.
- Hautekeete, M., Ameerudden, R., Éraldi-Gackière, D., Baert, R., & Rusinek, S. (2006). L'évolution des schémas inadapés durant et après une cure TCC chez des patients alcooliques qui rechutent ou ne rechutent pas : Contribution à la théorie des schémas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *16*(1), 16-26. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(06\)70192-6](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(06)70192-6)
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *136*(3), 803-811.
- Hawke, L., & Provencher, M. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire : Confirmatory Factor Analysis and Validation in Clinical and Nonclinical Samples. *CANADIAN JOURNAL OF BEHAVIOURAL SCIENCE-REVUE CANADIENNE DES SCIENCES DU COMPORTEMENT*, *44*(1), 40-49.
- Hawn, S. E., Bountress, K. E., Sheerin, C. M., Dick, D. M., & Amstadter, A. B. (2020). Trauma-related drinking to cope : A novel approach to the self-medication model. *Psychology of Addictive Behaviors*, *34*(3), 465-476. <https://doi.org/10.1037/adb0000552>
- Hawson, L. A., McLean, A. N., & McGreevy, P. D. (2010). The roles of equine ethology and applied learning theory in horse-related human injuries. *Journal of Veterinary behavior*, *5*(6), 324-338.
- Hediger, K., Thommen, S., Wagner, C., Gaab, J., & Hund-Georgiadis, M. (2019). Effects of animal-assisted therapy on social behaviour in patients with acquired brain injury : A randomised controlled trial. *Scientific Reports*, *9*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42280-0>
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : Une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(3), 37-61.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological psychiatry*, *54*(12), 1389-1398.
- Held, S. D. E., & Špinka, M. (2011). Animal play and animal welfare. *Animal Behaviour*, *81*(5), 891-899. <https://doi.org/10.1016/j.anbehav.2011.01.007>

- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2020). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder : A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*.
- Hiebert-Murphy, D., & Woytkiw, L. (2000). A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions : The Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*(4), 387-394.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American journal of Psychiatry*, *161*(8), 1426-1432.
- Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N., Hu, M.-C., Miele, G. M., Cohen, L. R., Brigham, G. S., Capstick, C., Kulaga, A., & Robinson, J. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *American Journal of Psychiatry*, *167*(1), 95-101.
- Hien, D. A., Lopez-Castro, T., Papini, S., Gorman, B., & Ruglass, L. M. (2017). Emotion Dysregulation Moderates the Effect of Cognitive Behavior Therapy with Prolonged Exposure for Co-Occurring PTSD and Substance Use Disorders. *Journal of anxiety disorders*, *52*, 53-61.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.003>
- Hien, D. A., Nunes, E., Levin, F. R., & Fraser, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*(1), 31-37.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00088-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00088-4)
- Hinde, R. A., & Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships*. Academic press.
- Hines, L. M. (2003). Historical perspectives on the human-animal bond. *American Behavioral Scientist*, *47*(1), 7-15.
- Hintze, S., Murphy, E., Bachmann, I., Wemelsfelder, F., & Würbel, H. (2017). Qualitative Behaviour Assessment of horses exposed to short-term emotional treatments. *Applied Animal Behaviour Science*, *196*, 44-51.
<https://doi.org/10.1016/j.applanim.2017.06.012>
- Hodgins, D. C., El-Guebaly, N., & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of consulting and clinical psychology*, *63*(3), 400.
- Hosey, G., & Melfi, V. (2014). Human-animal interactions, relationships and bonds : A review and analysis of the literature. *International Journal of Comparative Psychology*, *27*(1).
<https://escholarship.org/uc/item/6955n8kd>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hugon, M.-A., & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, recherches action : Le cas de l'éducation: synthèse des contributions et des débats du Colloque organisé par l'Institut national de recherche pédagogique,(INRP), Paris, les 22, 23 et 24 oct. 1986.* De Boeck,.
- Izard, C. E. (1982). Measuring emotions in human development. *Measuring emotions in infants and children*, 1, 3-18.
- Izquierdo, I., Cammarota, M., Vianna, M. R., & Bevilaqua, L. R. (2004). The inhibition of acquired fear. *Neurotoxicity research*, 6(3), 175-188.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder : A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. G. Allen & Unwin.
- Jarnecke, A. M., Allan, N. P., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2019). Substance use disorders and PTSD : Examining substance use, PTSD symptoms, and dropout following imaginal exposure. *Addictive behaviors*, 90, 35-39.
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) : Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological assessment*, 21(4), 506.
- Johnson, R. A., Johnson, P. J., Megarani, D. V., Patel, S. D., Yaglom, H. D., Osterlind, S., Grindler, K., Vogelweid, C. M., Parker, T. M., Pascua, C. K., & Crowder, S. M. (2017). Horses Working in Therapeutic Riding Programs : Cortisol, Adrenocorticotropic Hormone, Glucose, and Behavior Stress Indicators. *Journal of Equine Veterinary Science*, 57, 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2017.05.006>
- Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., & Brownley, K. A. (2013). *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)*.
- Jouison-Laffitte, E. (2009). La recherche action : Oubliée de la recherche dans le domaine de l'entrepreneuriat. *Revue de l'Entrepreneuriat*, Vol. 8(1), 1-35.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.

- Kaiser, L., Heleski, C. R., Siegford, J., & Smith, K. A. (2006). Stress-related behaviors among horses used in a therapeutic riding program. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 228(1), 39-45. <https://doi.org/10.2460/javma.228.1.39>
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Karila, L. (2018). « Une cure de sevrage à l'hôpital est suffisante. ». *Idees recues, 2e éd.*, 137-144.
- Karol, J. (2007). Applying a traditional individual psychotherapy model to equine-facilitated psychotherapy (EFP) : Theory and method. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(1), 77-90.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale : Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of counseling psychology*, 59(2), 262.
- Kédia, M. (2009). La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(4), 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.013>
- Kédia, M., Sabouraud-Séguin, A., & Cairn.info. (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie En 49 notions*. Dunod. <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fli-aide-memoire-de-psychotraumatologie--9782100593330.htm>
- Keeling, L. J., Jonare, L., & Lanneborn, L. (2009). Investigating horse-human interactions : The effect of a nervous human. *The Veterinary Journal*, 181(1), 70-71. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2009.03.013>
- Kemp, K., Signal, T., Botros, H., Taylor, N., & Prentice, K. (2014). Equine Facilitated Therapy with Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused : A Program Evaluation Study. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3), 558-566. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9718-1>
- Kendall, E., Maujean, A., Pepping, C. A., Downes, M., Lakhani, A., Byrne, J., & Macfarlane, K. (2015). A systematic review of the efficacy of equine-assisted interventions on psychological outcomes. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17(1), 57-79.
- Kendall, E., Maujean, A., Pepping, C. A., & Wright, J. J. (2014). Hypotheses about the Psychological Benefits of Horses. *EXPLORE*, 10(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.001>
- Kern-Godal, A., Arnevik, E. A., Walderhaug, E., & Ravndal, E. (2015). Substance use disorder treatment retention and completion : A prospective study of horse-assisted therapy (HAT) for young adults. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13722-015-0043-4>

- Kern-Godal, A., Brenna, I. H., Kogstad, N., Arnevik, E. A., & Ravndal, E. (2016). Contribution of the patient–horse relationship to substance use disorder treatment : Patients’ experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *11*(1), 31636. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31636>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(1), 17.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- Kieson, E., & Abramson, C. I. (2017). Equines as Tools Vs Partners : A Critical Look at the Uses and Beliefs Surrounding Horses in Equine Therapies and Argument for Mechanical Horses. *J Vet Sci Anim Husbandry*, *5*(1), 105.
- Kieson, E. (2018). The Importance of Comparative Psychology in Equine-Assisted Activities and Therapies. *International Journal of Comparative Psychology*, *31*.
- Killeen, T., Hien, D., Campbell, A., Brown, C., Hansen, C., Jiang, H., Kristman-Valente, A., Neuenfeldt, C., Rocz-de la Luz, N., & Sampson, R. (2008). Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, *35*(3), 304-311.
- Kimerling, R., Trafton, J. A., & Nguyen, B. (2006). Validation of a brief screen for Post-Traumatic Stress Disorder with substance use disorder patients. *Addictive Behaviors*, *31*(11), 2074-2079. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.02.008>
- Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard review of psychiatry*, *13*(4), 206-217.
- Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically grounded clinical interventions-Clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*(1), 1-14.
- Kirby, M. & others. (2010). Gestalt equine psychotherapy. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, *6*(2), 60.
- Kline, A. C., Panza, K. E., Harlé, K. M., Angkaw, A. C., Trim, R. S., Back, S. E., & Norman, S. B. (2021). Within-treatment clinical markers of dropout risk in integrated treatments for comorbid PTSD and alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *221*, 108592. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108592>

- Knutson, B., Burgdorf, J., & Panksepp, J. (1998). Anticipation of play elicits high-frequency ultrasonic vocalizations in young rats. *Journal of Comparative Psychology, 112*(1), 65.
- Knutson, B., Burgdorf, J., & Panksepp, J. (2002). Ultrasonic vocalizations as indices of affective states in rats. *Psychological bulletin, 128*(6), 961.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature, 435*(7042), 673-676.
- Kotsou, I., & Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation : Les thérapies de la troisième vague*.
- Kramer, U., De Roten, Y., & Despland, J.-N. (2005). Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques psychologiques, 11*(4), 359-370.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology : A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kruger, K. A., & Serpell, J. A. (2010). Animal-assisted interventions in mental health : Definitions and theoretical foundations. In *Handbook on animal-assisted therapy* (p. 33-48). Elsevier.
- Kubiak, S. P. (2004). The Effects of PTSD on Treatment Adherence, Drug Relapse, and Criminal Recidivism in a Sample of Incarcerated Men and Women. *Research on Social Work Practice, 14*(6), 424-433. <https://doi.org/10.1177/1049731504265837>
- Kuppens, P., Ceulemans, E., Timmerman, M. E., Diener, E., & Kim-Prieto, C. H. U. (2006). Universal intracultural and intercultural dimensions of the recalled frequency of emotional experience. *Journal of cross-cultural psychology, 37*(5), 491-515.
- Lambert, M. J. (1986). Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*.
- Lanata, A., Nardelli, M., Valenza, G., Baragli, P., D'Aniello, B., Alterisio, A., Scandurra, A., Semin, G. R., & Scilingo, E. P. (2018). A case for the interspecies transfer of emotions : A preliminary investigation on how humans odors modify reactions of the autonomic nervous system in horses. *2018 40th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 522-525*.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2002). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics : Towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive psychiatry*.
- Lanius, R. A., Boyd, J. E., McKinnon, M. C., Nicholson, A. A., Frewen, P., Vermetten, E., Jetly, R., & Spiegel, D. (2018). A Review of the Neurobiological Basis of Trauma-Related Dissociation and Its Relation to

- Cannabinoid- and Opioid-Mediated Stress Response : A Transdiagnostic, Translational Approach. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 118. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0983-y>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *Am J Psychiatry*, 8.
- Lansade, L., Bonneau, C., Parias, C., & Biau, S. (2019). Horse's emotional state and rider safety during grooming practices, a field study. *Applied Animal Behaviour Science*, 217, 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.applanim.2019.04.017>
- Lascaux, M., & Morel, A. (2019). Chapitre 31. Transdisciplinarité et traitements intégrés. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 421-433). Dunod. <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-page-421.htm>
- Lecigne, M., & Tapia, G. (2018). The mediating role of early maladaptive schemas on relations between post-traumatic stress disorder symptom severity and illicit substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 23(6), 634-639. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1489005>
- Leconstant, C., & Spitz, E. (2020). *La régulation émotionnelle en prévention de la rechute Intervention assistée par le cheval basée sur la pleine conscience.*
- Lemaire, F., & Lecolier, D. (2013). Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques. *Alcoologie et addictologie*, 35(4), 325-333.
- Lentini, J. A., & Knox, M. S. (2015). Equine-Facilitated Psychotherapy With Children and Adolescents : An Update and Literature Review. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10(3), 278-305. <https://doi.org/10.1080/15401383.2015.1023916>
- Leonard, D., Brann, S., & Tiller, J. (2005). Dissociative Disorders : Pathways to Diagnosis, Clinician Attitudes and Their Impact. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 940-946. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01700.x>
- Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : Résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'encéphale*, 31(2), 182-194.
- Lerch, N., Cirulli, F., Rochais, C., Lesimple, C., Guilbaud, E., Farina, L., Borgi, M., Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2020). Des chevaux de médiation moins interactifs, un constat. *Equi-meeting médiation 2020: " Activités équestres et différences, difficultés sociales et violences"*.

- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science*. American Psychological Association.
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative inquiry*, 1(3), 275-289.
- Lischinsky, J. E., & Lin, D. (2020). Neural mechanisms of aggression across species. *Nature neuroscience*, 23(11), 1317-1328.
- Lischke, A., Pahnke, R., Mau-Moeller, A., Behrens, M., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., Hamm, A. O., & Weippert, M. (2018). Inter-individual differences in heart rate variability are associated with inter-individual differences in empathy and alexithymia. *Frontiers in psychology*, 9, 229.
- Liu, M. (1997). *Fondements et pratiques de la recherche-action*. Editions L'Harmattan.
- Liu, R.-J., Duman, C., Kato, T., Hare, B., Lopresto, D., Bang, E., Burgdorf, J., Moskal, J., Taylor, J., Aghajanian, G., & Duman, R. S. (2017). GLYX-13 Produces Rapid Antidepressant Responses with Key Synaptic and Behavioral Effects Distinct from Ketamine. *Neuropsychopharmacology*, 42(6), 1231-1242. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.202>
- Lotzin, A., Buth, S., Sehner, S., Hiller, P., Martens, M.-S., Pawils, S., Metzner, F., Read, J., Härter, M., & Schäfer, I. (2018). "Learning how to ask": Effectiveness of a training for trauma inquiry and response in substance use disorder healthcare professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 229.
- Lotzin, A., Haupt, L., Schönfels, J. von, Wingenfeld, K., & Schäfer, I. (2016). Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and Their Associations with Addiction-Related Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(3), 543-552. <https://doi.org/10.1111/acer.12990>
- Low, P., Panksepp, J., Reiss, D., Edelman, D., Van Swinderen, B., Low, P., & Koch, C. (2012). Cambridge Declaration on Consciousness in Non-Human Animals. *Francis crick memorial conference on consciousness in human and non-human animals*. University of Cambridge, Cambridge.
- Lozano, B. E., Allan, N. P., Gros, D. F., Jones, J., & Back, S. E. (2021). Treatment Goals and Alcohol Use Outcomes in Veterans With Comorbid Alcohol Dependence and Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal on Addictions*, 30(2), 131-137. <https://doi.org/10.1111/ajad.13131>

- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy : The core conflictual relationship theme. In *Communicative structures and psychic structures* (p. 367-395). Springer.
- Lucet, C., & Olié, J. P. (2020). Conduites addictives : Faits cliniques. *Bulletin De L'Academie Nationale De Medecine*, 204(6), 551-560. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.04.005>
- Lukasiewicz, M. (2006). Le «double diagnostic» en addictologie : État des lieux et prise en charge. *Traité d'addictologie*, 95-102.
- Lysenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders : A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution : Role in paleocerebral functions*. Springer Science & Business Media.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment : Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children*, 165-185.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders : A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191.
- Manstead, A. S., & Fischer, A. H. (2002). Beyond the universality-specificity dichotomy. *Cognition & Emotion*, 16(1), 1-9.
- Marie-Cardine, M., & Chambon, O. (2003). Les bases de la psychothérapie. *Approche intégrative et éclectique*. 2e éd. Paris: Dunod.
- Marie-Cardine, Michel, & Chambon, O. (1999). Psychotherapy in depression. *La Revue du praticien*, 49(7), 739-743.
- Marie-Cardine, Michel, Chambon, O., & Meyer, R. (1994). *Psychothérapies : L'approche intégrative et éclectique*. Editions SOMATOTHERAPIES.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse : A cognitive-behavioral analysis. *Alcoholism*, 271-314.

- Martins, S. S., & Gorelick, D. A. (2011). Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. *Drug and alcohol dependence, 119*(1-2), 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.010>
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*(4), 549-564. <https://doi.org/10.1348/147608305X41371>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 167-195.
- McBride, S. D., & Mills, D. S. (2012). Psychological factors affecting equine performance. *BMC veterinary research, 8*(1), 1-11.
- McBride, S. D., Parker, M. O., Roberts, K., & Hemmings, A. (2017). Applied neurophysiology of the horse; implications for training, husbandry and welfare. *Applied animal behaviour science, 190*, 90-101.
- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders : Advances in Assessment and Treatment. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association, 19*(3). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>
- McCullough, L., Risley-Curtiss, C., & Rorke, J. (2015). Equine facilitated psychotherapy : A pilot study of effect on posttraumatic stress symptoms in maltreated youth. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14*(2), 158-173.
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Alterman, A. I., Xie, H., & Meier, A. (2011). A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of dual diagnosis, 7*(4), 207-227.
- McKinney, C., Mueller, M. K., & Frank, N. (2015). Effects of Therapeutic Riding on Measures of Stress in Horses. *Journal of Equine Veterinary Science, 35*(11), 922-928. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2015.08.015>
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : Illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives, 15*, 435-452.
- Mendl, M., Burman, O. H., & Paul, E. S. (2010). An integrative and functional framework for the study of animal emotion and mood. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 277*(1696), 2895-2904.
- Mergler, M., Driessen, M., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Weirich, S., Schläfke, D., Wedekind, D., Havemann-Reinecke, U., & Renner, W. (2017). Relationships between a dissociative subtype of PTSD

- and clinical characteristics in patients with substance use disorders. *Journal of psychoactive drugs*, 49(3), 225-232.
- Merkies, K., McKechnie, M. J., & Zakrajsek, E. (2018). Behavioural and physiological responses of therapy horses to mentally traumatized humans. *Applied animal behaviour science*, 205, 61-67.
- Merkies, K., Sievers, A., Zakrajsek, E., MacGregor, H., Bergeron, R., & von Borstel, U. K. (2014). Preliminary results suggest an influence of psychological and physiological stress in humans on horse heart rate and behavior. *Journal of Veterinary Behavior*, 9(5), 242-247. <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2014.06.003>
- Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des psychologues*, n° 303(10), 68-71.
- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92.
- Metcalf, O., Varker, T., Forbes, D., Phelps, A., Dell, L., DiBattista, A., Ralph, N., & O'Donnell, M. (2016). Efficacy of fifteen emerging interventions for the treatment of posttraumatic stress disorder : A systematic review. *Journal of traumatic stress*, 29(1), 88-92.
- Meyer, R., & Carru, C. (2010). *Le manifeste de la psychothérapie intégrative : La créativité de certaines de thérapies, la convergence de cinq grands courants, le thérapeute, en éthique et en science*. Editions Dangles.
- Meyza, K. Z., Bartal, I. B.-A., Monfils, M. H., Panksepp, J. B., & Knapska, E. (2017). The roots of empathy : Through the lens of rodent models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 76(Pt B), 216-234. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.10.028>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological inquiry*, 18(3), 139-156.
- Miljkovitch-Heredia, R. (1998). Les modèles internes opérants : Revue de la question. In *Le bébé et les interactions précoces* (p. 39-78). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-bebe-et-les-interactions-precoces--9782130492580-page-39.htm>
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS) : Prevalence and correlates. *Drug and alcohol dependence*, 77(3), 243-249.
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Dunod.
- Morel, A., & Coueron, J.-P. (2019). *Aide-mémoire-Addictologie : En 47 notions*. Dunod.

- Morel, A., Meliava, N., & Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 399-419). Dunod.
<https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-page-399.htm>
- Mottet, G. (1992). Autour des mots. *Recherche & formation*, 11(1), 139-153.
- Moustafa, A. A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., Stramecki, F., Valikhani, A., Frydecka, D., & Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction : An integrative review. *Current Psychology*, 40(2), 579-584.
<https://doi.org/10.1007/s12144-018-9973-9>
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.
- Muela, A., Balluerka, N., Amiano, N., Caldentey, M. A., & Aliri, J. (2017). Animal-assisted psychotherapy for young people with behavioural problems in residential care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), O1485-O1494. <https://doi.org/10.1002/cpp.2112>
- Mueller, M. K., & McCullough, L. (2017). Effects of Equine-Facilitated Psychotherapy on Post-Traumatic Stress Symptoms in Youth. *Journal of Child and Family Studies*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0648-6>
- Nadeau, L. (2000). Le comportementalisme et la psychanalyse : Les antagonismes et les avenues de solutions. *Alcoologie et addictologie*, 22(4), 287-294.
- Najavits, L. M. (2002a). « Seeking Safety » Therapy for Trauma and Substance Abuse. *Corrections Today*, 64(6), 136-141.
- Najavits, L. M. (2002b). Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79-85.
- Najavits, L. M. (2003). *Seeking safety : A new psychotherapy for posttraumatic stress disorder and substance use disorder*.
- Najavits, L. M. (2004). Assessment of trauma, PTSD, and substance use disorder : A practical guide. *Assessing psychological trauma and PTSD*, 2, 466-491.
- Najavits, L. M. (2006). Seeking safety. *Cognitive behavioral therapies for trauma*, VM Follette and JI Ruzek, Editors, 228-257.
- Najavits, L. M. (2015). The problem of dropout from “gold standard” PTSD therapies. *F1000Prime Reports*, 7. <https://doi.org/10.12703/P7-43>

- Najavits, L. M., Clark, H. W., DiClemente, C. C., Potenza, M. N., Shaffer, H. J., Sorensen, J. L., Tull, M. T., Zweben, A., & Zweben, J. E. (2020). PTSD/Substance Use Disorder Comorbidity : Treatment Options and Public Health Needs. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(4), 544-558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>
- Najavits, L. M., & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations : A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of clinical psychology*, 69(5), 433-479.
- Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A., & Read, J. P. (2017). Substance use disorder and trauma. In S. N. Gold (Éd.), *APA handbook of trauma psychology : Foundations in knowledge (Vol. 1)*. (p. 195-213). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-012>
- Najavits, L. M., Runkel, R., Neuner, C., Frank, A. F., Thase, M. E., Crits-Christoph, P., & Blaine, J. (2003). Rates and symptoms of PTSD among cocaine-dependent patients. *Journal of studies on alcohol*, 64(5), 601-606.
- Najavits, L. M., Sullivan, T. P., Schmitz, M., Weiss, R. D., & Lee, C. S. (2004). Treatment utilization by women with PTSD and substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 13(3), 215-224.
- Najavits, L. M., & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse : An empirical study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 115-126.
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders : A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry research*, 186(2-3), 159-164.
- Naste, T. M., Price, M., Karol, J., Martin, L., Murphy, K., Miguel, J., & Spinazzola, J. (2018). Equine Facilitated Therapy for Complex Trauma (EFT-CT). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 289-303. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0187-3>
- Nazarian, D., Kimerling, R., & Frayne, S. M. (2012). Posttraumatic stress disorder, substance use disorders, and medical comorbidity among returning U.S. veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 220-225. <https://doi.org/10.1002/jts.21690>
- Nef, F., Philippot, P., Verhofstadt, L., & others. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : Une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17, 2012.
- Nevins, R., Finch, S., Hickling, E. J., & Barnett, S. D. (2013). The Saratoga WarHorse project : A case study of the treatment of psychological distress in a veteran of Operation Iraqi Freedom. *Advances in Mind-Body Medicine*, 27(4), 22-25.

- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment, 17*(2), 197-205.
- Nijenhuis, E. R. (2014). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *Psichiatria e Psicoterapia, 33*(1).
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy : A meta-analysis. *Anthrozoös, 20*(3), 225-238.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 589-609.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work : Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1998). *Psychothérapie intégrative*. Paris: Desclée de Brower.
- Norman, S. B., Myers, U. S., Wilkins, K. C., Goldsmith, A. A., Hristova, V., Huang, Z., McCullough, K. C., & Robinson, S. K. (2012). Review of Biological Mechanisms and Pharmacological Treatments of Comorbid PTSD and Substance Use Disorder. *Neuropharmacology, 62*(2), 542-551. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.04.032>
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence, 90*(1), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
- Norscia, I., & Palagi, E. (2011). When play is a family business : Adult play, hierarchy, and possible stress reduction in common marmosets. *Primates, 52*(2), 101-104. <https://doi.org/10.1007/s10329-010-0228-0>
- Northoff, G. (2012). From emotions to consciousness—a neuro-phenomenal and neuro-relational approach. *Frontiers in psychology, 3*, 303.
- Northoff, G., Heinzl, A., De Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage, 31*(1), 440-457.
- Northoff, G., Schneider, F., Rotte, M., Matthiae, C., Tempelmann, C., Wiebking, C., Bermpohl, F., Heinzl, A., Danos, P., & Heinze, H.-J. (2009). Differential parametric modulation of self-relatedness and emotions in different brain regions. *Human brain mapping, 30*(2), 369-382.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders : Update on the science and practice. *Behavior Therapy, 47*(6), 854-868.

- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- O'haire, M. E., Guérin, N. A., & Kirkham, A. C. (2015). Animal-assisted intervention for trauma : A systematic literature review. *Frontiers in psychology*, *6*, 1121.
- Oraki, M. (2019). The effectiveness of the schema therapy on depression and relapse in heroin-dependent individuals. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, *2*(1), 9-18.
- Orley, J., & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment : International perspectives*. Springer.
- Ouimette, P. C., Kimerling, R., Shaw, J., & Moos, R. H. (2000). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *18*(3), 7-17.
- Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M., & Brown, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive Behaviors*, *32*(8), 1719-1727. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.020>
- Ouimette, P., Goodwin, E., & Brown, P. J. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, *31*(8), 1415-1423. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.11.010>
- Paillé, P. (1996). Échantillonnage théorique. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, 54-55.
- Pallincourt, R., Kempeneers, P., Lex, O., & Parent, M. (2009). Hôpital de jour : Outil de substitution dans l'alcool-dépendance. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*, *11*, 78-84.
- Panksepp, J. (2011). Empathy and the Laws of Affect. *Science*, *334*(6061), 1358-1359. <https://doi.org/10.1126/science.1216480>
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, *5*(3), 407-422. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00012759>
- Panksepp, J. (1986). Chapter 4—THE ANATOMY OF EMOTIONS. In R. Plutchik & H. Kellerman (Éds.), *Biological Foundations of Emotion* (p. 91-124). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-558703-7.50010-3>
- Panksepp, J. (2003). Damasio's error? *Consciousness and Emotion*, *4*(1), 111-134.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience : The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.

- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness : Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30-80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.10.004>
- Panksepp, J. (2007). Neurologizing the psychology of affects : How appraisal-based constructivism and basic emotion theory can coexist. *Perspectives on psychological science*, 2(3), 281-296.
- Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind : Evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(4), 533.
- Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains : Do animals have affective lives? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1791-1804. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.08.003>
- Panksepp, J., Bean, N. J., Bishop, P., Vilberg, T., & Sahley, T. L. (1980). Opioid blockade and social comfort in chicks. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 13(5), 673-683. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(80\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0091-3057(80)90011-8)
- Panksepp, J., Knutson, B., & Pruitt, D. L. (1998). Toward a neuroscience of emotion. In *What develops in emotional development?* (p. 53-84). Springer.
- Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2013). Toward a cross-species understanding of empathy. *Trends in Neurosciences*, 36(8), 489-496. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.04.009>
- Panksepp, J., & Watt, D. (2011). Why does depression hurt? Ancestral primary-process separation-distress (PANIC/GRIEF) and diminished brain reward (SEEKING) processes in the genesis of depressive affect. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 5-13.
- Panza, K. E., Kline, A. C., Norman, G. J., Pitts, M., & Norman, S. B. (2021). Subgroups of comorbid PTSD and AUD in U.S. military veterans predict differential responsiveness to two integrated treatments : A latent class analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.061>
- Parelli, P., Kadash, K., & Parelli, K. (2003). Natural horse-man-ship : Six keys of a natural horse-human relationship. *Western Horseman, illustrated edition*.
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect : A method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse? *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(1), 7-30.
- Pascal, B. (2018). *La thérapie des schémas : Principes et outils pratiques*. Elsevier Health Sciences.

- Paul, E. S., Harding, E. J., & Mendl, M. (2005). Measuring emotional processes in animals : The utility of a cognitive approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(3), 469-491.
- Pauw, J. (2000). Therapeutic horseback riding studies : Problems experienced by researchers. *Physiotherapy*, 86(10), 523-527.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework : Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 449-459.
- Peck, K. R., Coffey, S. F., McGuire, A. P., Voluse, A. C., & Connolly, K. M. (2018). A cognitive processing therapy-based treatment program for veterans diagnosed with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorder : The relationship between trauma-related cognitions and outcomes of a 6-week treatment program. *Journal of anxiety disorders*, 59, 34-41.
- Pendry, P., Smith, A. N., & Roeter, S. M. (2014). Randomized trial examines effects of equine facilitated learning on adolescents' basal cortisol levels. *Human-Animal Interaction Bulletin*, 2(1), 80-95.
- Perry, C. J., Baciadonna, L., & Chittka, L. (2016). Unexpected rewards induce dopamine-dependent positive emotion-like state changes in bumblebees. *Science*, 353(6307), 1529-1531.
- Philippe, C. (2014). *Intervention de l'animal dans le cadre de la prise en charge des enfants avec TED par les structures médico-sociales en France métropolitaine : État des lieux et propositions* [PhD Thesis].
- Philippot, P. (2011). Émotion et psychothérapie (2e éd). *Belgique: Mardaga*.(1re éd. 2007).
- Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., & Dethier, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 25(3), 106-116.
- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : Pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, n° 175(1), 7-14.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse Childhood Events and Lifetime Alcohol Dependence. *American Journal of Public Health*, 99(2), 258-263.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.139006>
- Pinillos, R. G., Appleby, M. C., Scott-Park, F., & Smith, C. W. (2015). One welfare. *The Veterinary Record*, 177(24), 629.
- Pinillos, R. G. (2018). *One welfare : A framework to improve animal welfare and human well-being*. CABI.
- Pinillos, R. G. (2021). One welfare impacts of COVID-19—A summary of key highlights within the one welfare framework. *Applied Animal Behaviour Science*, 236, 105262.

- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 30*(5), 571-584.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Porges, S. W. (1995). Cardiac vagal tone : A physiological index of stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 19*(2), 225-233. [https://doi.org/10.1016/0149-7634\(94\)00066-A](https://doi.org/10.1016/0149-7634(94)00066-A)
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology, 42*(2), 123-146. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00162-3)
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory : Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior, 79*(3), 503-513.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology, 74*(2), 116-143.
- Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory : The transformative power of feeling safe*. WW Norton & Co.
- Pringuey, D., Cherikh, F., Lunacek, S., Giordana, B., Fakra, E., Belzeaux, R., Adida, M., & Azorin, J.-M. (2014). Troubles affectifs et comorbidités éthyliques. *L'Encéphale, 40*, S3-S7.
- Proescholdt, M. G., Müller, S. E., Vogel, M., Lang, U., Wiesbeck, G. A., Breit, W., Linde, A., Walter, M., & Odenwald, M. (2018). Early screening for posttraumatic stress disorder in inpatient detoxification and motivation treatment : Results and consequences. *European addiction research, 24*, 128-136.
- Proops, L., Grounds, K., Smith, A. V., & McComb, K. (2018a). Animals Remember Previous Facial Expressions that Specific Humans Have Exhibited. *Current Biology, 28*(9), 1428-1432.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.03.035>
- Proops, L., Grounds, K., Smith, A. V., & McComb, K. (2018b). Animals Remember Previous Facial Expressions that Specific Humans Have Exhibited. *Current Biology, 28*(9), 1428-1432.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.03.035>
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L., & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 248.
- Ralevski, E., Southwick, S., & Petrakis, I. (2020). Trauma- and Stress-Induced Craving for Alcohol in Individuals Without PTSD. *Alcohol and Alcoholism, 55*(1), 37-43. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz092>

- Read, J. P., Brown, P. J., & Kahler, C. W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders : Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1665-1672. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.061>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Reimert, I., Fong, S., Rodenburg, T. B., & Bolhuis, J. E. (2017). Emotional states and emotional contagion in pigs after exposure to a positive and negative treatment. *Applied Animal Behaviour Science*, 193, 37-42.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., den Boer, J. A., Vos, H. P. J., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder : A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223(3), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2014.05.005>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients : Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and alcohol dependence*, 77(3), 251-258.
- Riggs, D. S., Rukstalis, M., Volpicelli, J. R., Kalmanson, D., & Foa, E. B. (2003). Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence : Potential pitfalls to PTSD treatment. *Addictive Behaviors*, 14.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J. A., Jacobs, C. H., & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.
- Roberts, M. (2000). *Join-up : Horse sense for people*. HarperCollins.
- Roberts, N. P., Back, S. E., Mueser, K. T., & Murray, L. (2020). Treatment considerations for PTSD comorbidities. *Chapter in effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 417-450.

- Roberts, N. P. (2021). Development of expert recommendations for the treatment of PTSD with comorbid substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(sup1), 1866419. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866419>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder : A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *38*, 25-38.
- Roelofs, J., Lee, C. W., Ruijten, T., & Lobbstaël, J. (2011). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*(04), 471-479.
- Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1976). Active listening. *Chicago: Industrial Relations Center of*.
- Roguski, M. (2012). Pets as pawns : The co-existence of animal cruelty and family violence. *Auckland: Royal New Zealand Society for the Prevention of Cruelty to Animals*. Retrieved on December, 22, 2019.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence : Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research*, *34*(3), 207-215.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(1), 97-109.
- Sabiniewicz, A., Tarnowska, K., Świątek, R., Sorokowski, P., & Laska, M. (2020). Olfactory-based interspecific recognition of human emotions : Horses (*Equus ferus caballus*) can recognize fear and happiness body odour from humans (*Homo sapiens*). *Applied Animal Behaviour Science*, *230*, 105072. <https://doi.org/10.1016/j.applanim.2020.105072>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures : Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(2), 233-243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Saladin, M. E., Drobles, D. J., Coffey, S. F., Dansky, B. S., Brady, K. T., & Kilpatrick, D. G. (2003). PTSD symptom severity as a predictor of cue-elicited drug craving in victims of violent crime. *Addictive Behaviors*, *28*(9), 1611-1629.

- Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions : Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 3.
- Sander, D., & Scherer, K. R. (2014). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.
- Sannibale, C., Teesson, M., Creamer, M., Sitharthan, T., Bryant, R. A., Sutherland, K., Taylor, K., Bostock-Matusko, D., Visser, A., & Peek-O'Leary, M. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*, 108(8), 1397-1410.
- Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C., & Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients : Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 539-545. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.013>
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress : Etiology and Treatment. *Zeitschrift Für Psychologie / Journal of Psychology*, 218(2), 109-127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Schore, A. N. (2001a). Contributions from the decade of the brain to infant mental health : An overview. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 1-6.
- Schore, A. N. (2001b). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory : The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Schumm, J. A., & Gore, W. L. (2016). Simultaneous treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(1), 28-36.
- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood : Mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 984-992.
- Scopa, C., Contalbrigo, L., Greco, A., Lanatà, A., Scilingo, E. P., & Baragli, P. (2019). Emotional transfer in human-horse interaction : New perspectives on equine assisted interventions. *Animals*, 9(12), 1030.
- Selby, A., & Smith-Osborne, A. (2013). A systematic review of effectiveness of complementary and adjunct therapies and interventions involving equines. *Health Psychology*, 32(4), 418.

- Shahidi, F. (2020). Does COVID-19 affect food safety and security? *Journal of Food Bioactives*, 9.
- Shapiro, F. E. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach : Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. American Psychological Association.
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking : Within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 366.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 21-28.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind : Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Signal, T., Taylor, N., Botros, H., Prentice, K., & Lazarus, K. (2013). Whispering to horses : Childhood sexual abuse, depression and the efficacy of equine facilitated therapy. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 5(1), 24.
- Silver, K. E., & Levant, R. F. (2019). An appraisal of the American Psychological Association's Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychotherapy*, 56(3), 347-358. <https://doi.org/10.1037/pst0000230>
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment : A 15-year longitudinal study: Early maladaptive schemas and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x>
- Simoneau, H., & Guay, S. (2008). Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, santé et société*, 7(2), 125-160.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders : A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.
- Smith, A. V., Proops, L., Grounds, K., Wathan, J., Scott, S. K., & McComb, K. (2018). Domestic horses (*Equus caballus*) discriminate between negative and positive human nonverbal vocalisations. *Scientific Reports*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-30777-z>
- Somer, E. (2003). Prediction of Abstinence from Heroin Addiction by Childhood Trauma, Dissociation, and Extent of Psychosocial Treatment. *Addiction Research & Theory*, 11(5), 339-348. <https://doi.org/10.1080/1606635031000141102>

- Souter, M. A., & Miller, M. D. (2007). Do animal-assisted activities effectively treat depression? A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(2), 167-180.
- Spinka, M., Newberry, R. C., & Bekoff, M. (2001). Mammalian play : Training for the unexpected. *The Quarterly review of biology*, 76(2), 141-168.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steindl, S. R., Young, R. M., Creamer, M., & Crompton, D. (2003). Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(1), 27-34.
- Stern, C., & Chur-hansen, A. (2019). An umbrella review of the evidence for equine-assisted interventions. *Australian Journal of Psychology*, 71(4), 361-374. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12246>
- Stewart, S. H., Ouimette, P., & Brown, P. J. (2002). *Gender and the comorbidity of PTSD with substance use disorders*.
- Strieker, G. (1994). Reflections on psychotherapy integration. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 3-12.
- Strotzka, H. (1978). Psychotherapy : Present state and developmental trends (author's transl). *Wiener klinische Wochenschrift*, 90(2), 37-43.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 540-547. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01847.x>
- Tapia, G., Marquebieille, C., Delile, J.-M., Othily, E., & Perez-Dandieu, B. (2017). Symptômes dissociatifs et conduites à risques dans un cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT) comorbide d'un trouble lié à l'usage de substances (TUS). *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 217-226. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.07.001>
- Tarazona, A. M., Ceballos, M. C., & Broom, D. M. (2020). Human relationships with domestic and other animals : One health, one welfare, one biology. *Animals*, 10(1), 43.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Chapitre 3. Le traumatisme complexe. *Psycho Sup*, 57-75.

- Tcherkassof, A. (2016). Les théories perceptives de l'émotion en psychologie. *L'Atelier du Centre de recherches historiques. Revue électronique du CRH*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/acrh.7338>
- Tcherkassof, A., & Frijda, N. H. (2014). Les émotions : Une conception relationnelle. *L'Année psychologique*, Vol. 114(3), 501-535.
- Temizer, I., Donovan, J. C., Baier, H., & Semmelhack, J. L. (2015). A visual pathway for looming-evoked escape in larval zebrafish. *Current Biology*, 25(14), 1823-1834.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). Claude Bernard and the heart–brain connection : Further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(2), 81-88.
- Tiplady, C. M., Walsh, D. B., & Phillips, C. J. (2012). Intimate partner violence and companion animal welfare. *Australian veterinary journal*, 90(1-2), 48-53.
- Tison, P., Legrand, E., Douilliez, C., & Devynck, F. (2017). Facteurs expliquant les ré-alcoolisations ponctuelles auprès de patients pendant la post-cure. *Alcoologie et Addictologie*, 39(1), 5-14.
- Tomkins, S. S. (1980). Affect as amplification : Some modifications in theory. In *Theories of emotion* (p. 141-164). Elsevier.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H., & Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences : A systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 42(1), 65-77.
- Trösch, M., Cuzol, F., Parias, C., Calandreau, L., Nowak, R., & Lansade, L. (2019). Horses Categorize Human Emotions Cross-Modally Based on Facial Expression and Non-Verbal Vocalizations. *Animals*, 9(11), 862.
- Trösch, M., Pellon, S., Cuzol, F., Parias, C., Nowak, R., Calandreau, L., & Lansade, L. (2020). Horses feel emotions when they watch positive and negative horse–human interactions in a video and transpose what they saw to real life. *Animal Cognition*, 1-11.
- Trotter, K. S. (2012). *Harnessing the power of equine assisted counseling : Adding animal assisted therapy to your practice*. Taylor & Francis.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Coffey, S. F., Weiss, N. H., & McDermott, M. J. (2013). Examining the interactive effect of posttraumatic stress disorder, distress tolerance, and gender on residential substance use disorder treatment retention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 763.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 26(1), 1.
- Tulving, E. (2002). *Chronesthesia : Conscious awareness of subjective time*.

- Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded theory methods for mental health practitioners. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*, 131-146.
- Tyler, S. J. (1972). The behaviour and social organization of the New Forest ponies. *Animal Behaviour Monographs*, 5, 87-196.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders : A differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199-204.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck supérieur.
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 7.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress : The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 202-214.
- Vandekerckhove, M., & Panksepp, J. (2011). A neurocognitive theory of higher mental emergence : From anoetic affective experiences to noetic knowledge and autonotic awareness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 2017-2025. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.001>
- VanDierendonck, M. C., & Spruijt, B. M. (2012). Coping in groups of domestic horses–Review from a social and neurobiological perspective. *Applied animal behaviour science*, 138(3-4), 194-202.
- Van Elderen, T., Maes, S., Komproe, I., & van der Kamp, L. (1997). The development of an anger expression and control scale. *British Journal of Health Psychology*, 2(3), 269-281.
- VanFleet, R., & Faa-Thompson, T. (2017). *Animal assisted play therapy*. Professional Resource Press Sarasota, FL.

- Varela, F. J., Thomson, E., & Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit : Sciences cognitives et expérience humaine*. Editions du Seuil.
- Veissier, I., Aubert, A., & Boissy, A. (2012). Animal welfare : A result of animal background and perception of its environment. *Animal Frontiers*, 2(3), 7-15.
- Veissier, I., Beaumont, C., & Lévy, F. (2007). Les recherches sur le bien-être animal : Buts, méthodologie et finalité. *INRAE Productions Animales*, 20(1), 3-10.
- Vincent, A., & Farkas, K. J. (2017). Application of attachment theory to equine-facilitated therapy. *Society Register*, 1(1), 7-22.
- Visentini, G. (2020). Quinze ans après le rapport de l'Inserm. L'efficacité de la psychanalyse ré-évaluée. *L'Évolution Psychiatrique*.
- Waiblinger, S., Boivin, X., Pedersen, V., Tosi, M.-V., Janczak, A. M., Visser, E. K., & Jones, R. B. (2006). Assessing the human–animal relationship in farmed species : A critical review. *Applied animal behaviour science*, 101(3-4), 185-242.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types : A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300-321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity : Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy*, 27(3), 160-175.
- Watkins, K. E., Burnam, A., Kung, F.-Y., & Paddock, S. (2001). A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52(8), 1062-1068.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)[Interview]. Retrieved from the National Center for PTSD website: www.ptsd.va.gov.
- Webb, C. E., Woodford, P., & Huchard, E. (2019). Animal Ethics and Behavioral Science : An Overdue Discussion. *BioScience*, 69(10), 778-788.
- Weiss, N. H., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2021). Alcohol to down-regulate negative and positive emotions : Extending our understanding of the functional role of alcohol in relation to posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 115, 106777. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106777>

- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2013). The Relative and Unique Contributions of Emotion Dysregulation and Impulsivity to Posttraumatic Stress Disorder among Substance Dependent Inpatients. *Drug and alcohol dependence, 128*(1-2), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017>
- Wemelsfelder, F., Hunter, E. A., Mendl, M. T., & Lawrence, A. B. (2000). The spontaneous qualitative assessment of behavioural expressions in pigs: First explorations of a novel methodology for integrative animal welfare measurement. *Applied Animal Behaviour Science, 67*(3), 193-215.
- Wesley, M. C., Minatrea, N. B., & Watson, J. C. (2009). Animal-Assisted Therapy in the Treatment of Substance Dependence. *Anthrozoös, 22*(2), 137-148. <https://doi.org/10.2752/175303709X434167>
- Whatley, A. R. (2017). *Examining the Heart-Rate Variability of Horses in Equine-Assisted Therapy*.
- Whittlesey-Jerome, W. K. (2014). Adding equine-assisted psychotherapy to conventional treatments: A pilot study exploring ways to increase adult female self-efficacy among victims of interpersonal violence. *The Practitioner Scholar: Journal of Counseling and Professional Psychology, 3*(1).
- Widen, S. C., & Russell, J. A. (2010). The “disgust face” conveys anger to children. *Emotion, 10*(4), 455.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist, 59*(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Witkiewitz, K., Morris, J., & Tucker, J. A. (s. d.). Commentary on Hensler et al.: The public health case for promoting and valuing drinking reductions in the treatment of alcohol use disorder. *Addiction, n/a*(n/a). <https://doi.org/10.1111/add.15429>
- Witkiewitz, K., & Tucker, J. A. (2020). Abstinence Not Required: Expanding the Definition of Recovery from Alcohol Use Disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research, 44*(1), 36-40. <https://doi.org/10.1111/acer.14235>
- Wood, L., Giles-Corti, B., & Bulsara, M. (2005). The pet connection: Pets as a conduit for social capital? *Social science & medicine, 61*(6), 1159-1173.
- Xia, T., Hu, H., Seritan, A. L., & Eisendrath, S. (2019). The many roads to mindfulness: A review of nonmindfulness-based interventions that increase mindfulness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 25*(9), 874-889.
- Yorke, J., Nugent, W., Strand, E., Bolen, R., New, J., & Davis, C. (2013). Equine-assisted therapy and its impact on cortisol levels of children and horses: A pilot study and meta-analysis. *Early Child Development and Care, 183*(7), 874-894. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.693486>

- Young, E. J., & Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire, short form (YSQ-SF)*. Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange. Inc.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). La Thérapie des schémas, traduction de l'anglais par Bernard Pascal, préface par Jean Cottraux. Louvain, De Boeck.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(1), 11.
- Yount, R., Ritchie, E. C., Laurent, M. S., Chumley, P., & Olmert, M. D. (2013). The role of service dog training in the treatment of combat-related PTSD. *Psychiatric Annals*, 43(6), 292-295.
- Zacarias, R., Namiki, S., Card, G. M., Vasconcelos, M. L., & Moita, M. A. (2018). Speed dependent descending control of freezing behavior in *Drosophila melanogaster*. *Nature communications*, 9(1), 1-11.
- Zannier, F. (2010). *Éclectisme et intégration en psychothérapie : Intérêts et enjeux d'une profession*. Editions L'Harmattan.
- Zayas, V., & Sakman, E. (2020). Human Attachment and Affiliation. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment : Insights from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52(2), 177-196.
- Zellner, M. R., Watt, D. F., Solms, M., & Panksepp, J. (2011). Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems : Why depression feels so bad and what addicts really want. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 2000-2008.
- Zerubavel, N., Messman-Moore, T. L., DiLillo, D., & Gratz, K. L. (2018). Childhood Sexual Abuse and Fear of Abandonment Moderate the Relation of Intimate Partner Violence to Severity of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1), 9-24. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289491>
- Zhu, X., Suarez-Jimenez, B., Zilcha-Mano, S., Lazarov, A., Arnon, S., Lowell, A. L., Bergman, M., Ryba, M., Hamilton, A. J., & Hamilton, J. F. (2021). Neural changes following equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder : A longitudinal multimodal imaging study. *Human brain mapping*.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, *72*(4), 311.
- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011a). An attachment perspective on human–pet relationships : Conceptualization and assessment of pet attachment orientations. *Journal of Research in Personality*, *45*(4), 345-357.
- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011b). Pet in the therapy room : An attachment perspective on animal-assisted therapy. *Attachment & human development*, *13*(6), 541-561.

Sommaire des tableaux et figures

FIGURES

PARTIE I

Chapitre 1

Figure 1.1 Les différentes approches intégratives selon Bachelart et al. (2011)13

Chapitre 2

Figure 2.1 Adaptation du modèle transdiagnostique en psychopathologie d'après Nolen-Hoeksema et Watkins, 201121

Figure 2.2 Le modèle de la détermination des troubles psychopathologiques de Kindermann et Tai (2007) complété par Nerf, Philippot et Verhofstadt (2012) adapté à cette étude24

Chapitre 4

Figure 4.1 Les styles d'adaptation dysfonctionnels fondés sur les trois réactions défensives de l'organisme, selon S. Porges48

Figure 4.2 Renforcement des schémas et du trouble addictif par le comportement49

Figure 4.3 Activation du Mode Enfant Vulnérable (Pascal, 2015, p.87)51

Figure 4.4 Continuum de sévérité de dissociation52

Figure 4.5 Moyennes des Schémas Précoces inadaptés à l'entrée en séjour (T1)55

Figure 4.6 Conceptualisation du rôle des SPI dans le développement et le maintien de la psychopathologie, à partir de l'heuristique proposée par Nolen-Hoeksema et Watkins (2011)57

Figure 4.7 SPI actifs à T1 en fonction de la durée de séjour60

Figure 4.8 Le modèle de la rechute de Witkiewitz et Marlatt (2004) complété par l'intégration des SPI (Charlène Leconstant)61

PARTIE II

Chapitre 5

Figure 5.1 Schéma illustrant la collection des données et les procédures d'analyses.....69

Chapitre 6

Figure 6.1 Schéma des structures cérébrales incluant les trois niveaux de contrôle dans le traitement des émotions du cerveau, avec les voies de contrôle circulaire ascendantes et descendantes, en lien avec les niveaux de conscience	83
Figure 6.2 Modélisation du processus de contagion émotionnelle inter-espèces. L'homme transmet sa peur à l'animal (1) et perçoit en retour la peur de l'animal (2)	89
Figure 6.3 Modélisation du processus de co-dysrégulation émotionnelle inter-espèces. La peur de l'animal (1) engendre une réponse de peur et de colère chez l'homme qui renforce la peur initiale de l'animal (2)	90
Figure 6.4 Processus de régulation émotionnelle interactive : (1) l'animal manifeste un état de panique à être séparé de ses congénères et est effrayé. (2) En réponse, l'homme manifeste de l'empathie à l'animal et le rassure	91
Figure 6.5 Modélisation de l'établissement d'une relation d'attachement entre un propriétaire et son animal de compagnie	92

Chapitre 7

Figure 7.1 Modélisation des systèmes défensifs d'Emilie	114
Figure 7.2 Modélisation de l'activation des systèmes émotionnels prosociaux d'Emilie au cours de la thérapie	115

Chapitre 8

Figure 8.1 La corrélation entre les 3 zones d'activation de la fenêtre de tolérance décrite par Odgen, Minton et Pain (2015) et la hiérarchie polyvagale de Porges	126
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Chapitre 9

Figure 9.1 Evolution des SPI activés du domaine A Séparation-Rejet au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU	184
Figure 9.2 Evolution des SPI activés du domaine D « Orientation vers les autres » au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU	186
Figure 9.3 Evolution des SPI activés du domaine E Surveilance et inhibition au cours du séjour de post-cure chez le groupe TAC et le groupe SU	187

Chapitre 10

Figure 10.1 Les modes d'expression des émotions	201
Figure 10.2 Le processus de triangulation en TAC inclut des interactions triadiques patient-cheval- thérapeute et dyadiques entre patient-thérapeute, patient-cheval et thérapeute-cheval	205
Figure 10.3 Utilisation de façon constructive du système RAGE dans la relation à l'autre	207
Figure 10.4 Hyperactivation du système RAGE dans la relation à l'autre	208
Figure 10.5 Hyperactivation du système FEAR dans la relation à l'autre	208
Figure 10.6 Hypoactivation du système RAGE dans la relation à l'autre	209
Figure 10.7 Interactions dyadique patient-cheval, le patient régule la peur du cheval	210
Figure 10.8 Processus de mise en mot du thérapeute des éléments sensori-moteurs perçus chez le patient dans l'interaction avec le cheval	210
Figure 10.9 Hypothèse d'une construction de croyances distinctes entre l'humain et l'animal	211
Figure 10.10 Utilisation par le thérapeute de l'interaction dyadique (thérapeute-cheval) dans le but de réguler de façon indirecte les systèmes défensifs du patient	213
Figure 10.11 Illustration des concepts de co-régulation et de co-dysrégulation émotionnelles mis en lien avec la fenêtre de tolérance	218
Figure 10.12 Modélisation triadique : situation de co-dysrégulation émotionnelle patient-thérapeute suscitée par un exercice proposé, et de régulation interaction du cheval vers le patient	219
Figure 10.13 Modélisation triadique de régulation interactive cheval-patient, permettant à la dyade patient-thérapeute de se réguler et de revenir à une co-régulation	221
Figure 10.14 Modélisation d'une situation de co-dysrégulation entre patient et cheval, observée et perçue par le thérapeute	222
Figure 10.15 Modélisation d'une situation de régulation interactive opérée par le thérapeute pour réguler simultanément patient et cheval et rétablir une bonne co-régulation de la dyade	223

Figure 10.16 Représentations des différentes interactions observées entre les chevaux, les patients et le thérapeute en TAC	.....228
Figure 10.17 Représentations des niveaux d'interactions observables, ayant un caractère potentiellement thérapeutique en TAC	.....228

TABLEAUX

Chapitre 2

Tableau 2.1. Ratios de prévalence sur la vie entière de troubles psychiatriques chez des sujets souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool et de drogues, comparés aux sujets indemnes à partir de l'étude NESARC.	.....18
Tableau 2.2 Comparaison entre les moyennes obtenues par notre échantillon et les moyennes de références de la SCL-90 pour la population générale	.....23

Chapitre 3

Tableau 3.1 Caractéristiques de la population ; n =effectif, m = moyenne, σ : écart-type	.....35
Tableau 3.2 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des événements traumatiques avant l'âge de 18 ans (ETI) en fonction de la durée de séjour des patients	.....36
Tableau 3.3 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des symptômes de stress post-traumatique (PCL-5) en fonction de la durée de séjour des patients	.....37
Tableau 3.4 Comparaison des scores rapportés à l'échelle des expériences dissociatives (DES) en fonction de la durée de séjour des patients	.....38

Chapitre 4

Tableau 4.1 Brève description des cinq domaines de schémas et des 18 schémas précoces inadaptés (SPI) (Renner et al., 2012)	.....46
Tableau 4.2 Moyennes des scores en pourcentage d'activation des Schémas Précoces Inadaptés selon Young (YSQ-S3) (N = 208)	.....54
Tableau 4.3 Comparatif des résultats de notre étude avec ceux de 5 autres études réalisées auprès de patients présentant des troubles de l'usage de substances	.....56

Tableau 4.4 Scores moyens au YSQ-S3 (n valide = 208)	.....58
 Chapitre 5	
Tableau 5.1 Les différentes étapes de la méthodologie de la théorisation ancrée	.....68
Tableau 5.2 Descriptif des étapes suivies rapporté dans le schéma	.....70
Tableau 5.3 Critères de validité en recherche-action, comparée à ceux de la recherche quantitative (Carignan et al., 2016)	.....72
 Chapitre 7	
Tableau 7.1 Récapitulatif de l'évolution d'Emilie au cours d'un séjour de 13 semaines en CSSRA	.....117
 Chapitre 9	
Tableau 9.1 Descriptif des patients retirés de l'étude	.....159
Tableau 9.2 Récapitulatif des patients n'ayant pas rendu leur questionnaire n°2	.....160
Tableau 9.3 Synthèse de qualités psychométriques des échelles de mesures utilisées	.....163
Tableau 9.4 Détails du programme de Thérapie Assistée par le Cheval basée sur l'approche sensorimotrice	.....166
Tableau 9.5 Comparaison de moyennes de symptômes de stress post-traumatique des deux groupes TAC et SU	.....169
Tableau 9.6 Comparaison de moyennes de symptômes dissociatifs des deux groupes TAC et SU	.....170
Tableau 9.7 Comparaison de moyennes des difficultés de régulation émotionnelle des deux groupes TAC et SU	.....172
Tableau 9.8 Comparaison de moyennes de la gestion et du contrôle de la colère des deux groupes TAC et SU	.....173
Tableau 9.9 Comparaison de moyennes de la capacité de pleine conscience des deux groupes TAC et SU	.....174
Tableau 9.10 Comparaison de moyennes de bien-être psychologique des deux groupes TAC et SU	.....174
Tableau 9.11 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Séparation-Rejet » des deux groupes TAC et SU	.....174

	.....178
Tableau 9.12 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Manque d'autonomie » des deux groupes TAC et SU	.....179
Tableau 9.13 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Manque de limites » des deux groupes TAC et SU	.....180
Tableau 9.14 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Survigilance et inhibition » des deux groupes TAC et SU	.....181
Tableau 9.15 Comparaison de moyennes des Schémas précoces Inadaptés de la dimension « Orientation vers les autres » des deux groupes TAC et SU	.....182
Tableau 9.16 Comparaison de moyennes du Score global de Schémas précoces Inadaptés des deux groupes TAC et SU des schémas précoces inadaptés	.....183
Tableau 9.17 Score de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Séparation-Rejet » des deux groupes TAC et SU	.....184
Tableau 9.18 Score de Schémas précoces Inadaptés activés des dimensions « Manque d'autonomie » et « Manque de limites » des deux groupes TAC et SU	.....185
Tableau 9.19 Score de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Orientation vers les autres » des deux groupes TAC et SU	.....185
Tableau 9.20 Score de Schémas précoces Inadaptés activés de la dimension « Survigilance et inhibition » des deux groupes TAC et SU	.....186
Tableau 9.21 Score global de Schémas précoces Inadaptés activés des deux groupes TAC et SU	.....187
 Chapitre 10	
Tableau 10.1 Stratégies thérapeutique spécifiques à la TAC avec un patient présentant un profil « dépressif-résigné »	.....216
Tableau 10.2 Stratégies thérapeutique spécifiques à la TAC avec un patient présentant un profil « anxieux-dépendant »	.....216

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES CHEVAUX DE THERAPIE

ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'AUTORISATION ET D'ENREGISTREMENT VIDEO ET AUDIO
ET DE PHOTOGRAPHIE

ANNEXE 3 : NOTICE D'EXPLICATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE
PARTICIPATION A L'ETUDE

ANNEXE 4 : ECHELLES DE MESURES DE L'ETUDE

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES CHEVAUX DE THERAPIE

Piaf



De
1981 à
2018

Vent d'Est



De
1987 à
2020

Jocaste



Née en
1997

Guernica



Née en
1994

Lorette



Née en
1999

Poney M



Né en
2004

Gribouille



Né en
1994

Jasmin



Né en
1997

Les chevaux de thérapie sont des chevaux retraités qui présentent des pathologies invalidantes et ne sont donc plus montés. Certains d'entre eux sont arrivés au centre pour une « dernière chance », car leur santé se dégradait. Ce fut le cas pour Piaf, un cheval de « club » qui ne s'alimentait plus suffisamment lorsqu'il a été mis en retraite au parc. Il avait eu l'habitude d'être en relation avec des hommes durant toute sa vie. Après deux tentatives vaines, il arriva au CSSRA, et y passa plus de 10 ans. Piaf décéda à l'âge de 37 ans.

Vent d'Est a passé de nombreuses années au CSSRA, ce fut l'un des premiers chevaux de thérapie du centre. Il était atteint de la maladie de cushing et s'est éteint à l'âge de 34 ans.

Jocaste présente une polyarthrite de naissance, et on suspecte un début de maladie de cushing.

Guernica a un pied abimé par une « fourmilière ».

Lorette, jument de Selle Français a de l'arthrose dans le dos.

Poney M a une fourbure et reçoit un traitement pour la douleur dans les moments difficiles.

Gribouille a du diabète et reçoit un traitement.

Jasmin présente un emphysème, que les traitements ne parvenaient plus à stabiliser. Depuis son arrivée, il n'a plus fait de crise. En effet, les chevaux vivent à l'année dehors, leur box est en permanence ouvert, ils vont et viennent à leur guise entre l'espace écurie et parcs. Chaque matin, les chevaux reçoivent les bons soins des patients du centre.

ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'AUTORISATION ET D'ENREGISTREMENT VIDEO ET AUDIO
ET DE PHOTOGRAPHIE

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT VIDEO ET AUDIO ET DE PHOTOGRAPHIE

Par ma signature ci-dessous, j'autorise **Charlène Leconstant** à faire des enregistrements vidéo et/ou audio de mes séances de thérapies, ainsi qu'à utiliser le portrait ou mon image visuellement photographiée et à présenter ces enregistrements et photos dans les contextes suivants (cocher les cases appropriées) :

En sachant que mon nom ne sera en aucun cas divulgué.

Enregistrement audio et/ou vidéo :

OUI NON

 Au cours de conférences, séminaires de formation, congrès à s'adressant à des professionnels de la santé.

 Au cours de supervision s'adressant à des professionnels de la santé.

 Au cours de conférences s'adressant au grand public.

Photos :

OUI NON

 Pour des fins spécifiques d'utilisation et de publications dans des documents imprimés ou électroniques type thèse, article scientifiques, revues, posters, livres.

 Sur un support informatique type power point destiné à être diffusé lors de la soutenance de thèse ; lors de conférences, séminaires ou congrès.

Je consens à l'utilisation des enregistrements audio et/ou vidéo et/ou photographies basées sur le contenu de ce formulaire.

NOM :

DATE :

Signature :

ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Notice d'information *(Groupe Intervention TAC)*

Quelques informations concernant cette recherche :

Charlène Leconstant, psychologue, salariée de l'Université de Lorraine, Laboratoire de psychologie de la santé APEMAC EA 4360, sous la direction du Professeure Elisabeth Spitz.

Dans le cadre de mon doctorat en psychologie, je réalise une recherche qui vise à mieux comprendre les troubles addictifs ainsi qu'à évaluer la pertinence d'utiliser des chevaux en psychothérapie.

Pour répondre à ces objectifs, je vous propose de remplir des questionnaires au début et en fin de votre séjour de post-cure. Si vous éprouvez des difficultés à comprendre certaines questions, ou que certains items vous mettent mal à l'aise, n'hésitez pas à revenir vers moi, afin que je vous apporte mon aide et/ou mon soutien. Lorsque vous avez terminé de remplir votre questionnaire, vous pouvez me le remettre directement, ou en mon absence, le remettre à votre référent qui se chargera de me le transmettre. Dans l'idéal, le premier cahier de questionnaires doit être rempli avant votre première participation aux séances de thérapie avec le cheval. Le second vous sera donné une semaine et demie avant votre départ, c'est-à-dire à la fin de votre avant-dernière séance de thérapie avec le cheval.

Les résultats de cette étude seront anonymisés et exploités dans le but de mieux comprendre l'impact du séjour de post-cure et des séances de thérapie avec le cheval sur votre santé et votre bien-être. Si vous le souhaitez, vos résultats à ces questionnaires pourront vous être transmis à la fin de cette étude.

Les séances de thérapie avec les chevaux se dérouleront une fois par semaine et dureront deux heures durant toute la durée de votre séjour, en groupe de 3 à 6 participants. Durant ces séances, des exercices de méditation de pleine conscience vous seront proposés, ainsi que des exercices à effectuer avec le cheval, comme le marcher en main, communiquer avec lui « en liberté », le caresser ou encore lui faire des massages. A noter, qu'aucun des exercices proposés en séance n'est obligatoire, si à tout moment, vous vous sentiez en difficultés vous pouvez choisir d'arrêter l'exercice et nous trouverons ensemble une tâche qui vous convienne davantage.

Au cours de votre séjour, des entretiens individuels vous seront également proposés afin de définir ensemble des objectifs spécifiques pour la thérapie. Plus précisément, je vous rencontrerai avant le début de la thérapie, une autre fois au milieu de votre séjour, et une dernière fois avant votre départ de post-cure. Ces entretiens seront l'occasion pour vous de me poser toutes les questions que vous pourriez avoir concernant cette recherche, et de revenir sur votre parcours de vie ou vos difficultés, en dehors du groupe de thérapie, mais aussi de pouvoir vous exprimer sur votre ressenti concernant la thérapie avec le cheval qui vous aura été proposée.

Votre participation se fait sur la base du volontariat, ainsi vous êtes en droit de pouvoir vous retirer de la recherche à tout moment, ainsi que de stopper votre participation à la thérapie avec le cheval, si ces séances ne vous convenaient pas. Pour des raisons d'ordre organisationnel, Si vous ne venez pas à plus de 3 séances consécutives de thérapie avec le cheval, en dehors de raisons médicales, je serais dans l'obligation de céder votre place à un autre participant.

Merci pour votre participation !

Notice d'information *(Groupe Soins Usuels)*

Quelques informations concernant cette recherche :

Charlène Leconstant, psychologue, salariée de l'Université de Lorraine, Laboratoire de psychologie de la santé APEMAC EA 4360, sous la direction du Professeure Elisabeth Spitz.

Dans le cadre de mon doctorat en psychologie, je réalise une recherche qui vise à mieux comprendre les troubles addictifs ainsi qu'à évaluer la pertinence d'utiliser des chevaux en psychothérapie.

Pour répondre à ces objectifs, je vous propose de remplir des questionnaires au début et en fin de votre séjour de post-cure. Si vous éprouvez des difficultés à comprendre certaines questions, ou que certains items vous mettent mal à l'aise, n'hésitez pas à revenir vers moi, pour que nous en parlions et que je vous apporte mon aide et/ou mon soutien. Lorsque vous avez terminé de remplir votre questionnaire, vous pouvez me le remettre directement, ou en mon absence, le remettre à votre référent qui se chargera de me le transmettre. Dans l'idéal, le premier cahier de questionnaires doit être rempli avant la fin de votre deuxième semaine de séjour de post-cure. Le second vous sera donné une semaine et demie avant votre départ.

Faisant parti du « groupe témoin » de cette étude, vous ne participerez pas aux séances de thérapie avec le cheval. « Groupe témoin » signifie que vos résultats seront exploités de manière anonyme dans le but de mieux comprendre l'impact du séjour de post-cure sur votre santé et votre bien-être. Si vous le souhaitez, vos résultats à ces questionnaires pourront vous être transmis à la fin de cette étude.

Si vous avez des questions supplémentaires au cours de votre séjour, concernant cette recherche, n'hésitez pas à venir me voir, ou en mon absence faite le savoir à votre référent et je reviendrai vers vous.

Votre participation se fait sur la base du volontariat, ainsi vous êtes en droit de pouvoir vous retirer de la recherche à tout moment.

Merci pour votre participation !

Accord de participation à une étude clinique

Je soussigné(e).....

Adresse :

.....

E-mail :

Téléphone :

Durée estimée de séjour :

Nombre de semaines déjà effectuées :

Consens, après avoir pris connaissance de la notice d'information, à participer à une recherche portant sur l'étude de la psychothérapie avec le cheval réalisée sous la direction du Professeur Elisabeth Spitz (Université de Lorraine, site de Metz).

Comme participant(e), je devrai remplir les cahiers de questionnaires permettant d'évaluer cette recherche, ainsi que me porter volontaire pour la réalisation d'entretiens cliniques.

Ma participation à cette recherche est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet. En signant ce formulaire, je comprends que je demeure entièrement libre de me retirer de la recherche à tout moment, sans besoin de justification et sans conséquence.

Toutes les données qui seront recueillies à mon sujet seront codées de façon à préserver mon anonymat. Ainsi, aucune information nominative (nom, adresse ou numéro de téléphone) n'apparaîtra sur le questionnaire ou le rapport final.

Les données recueillies seront exploitées de manière anonyme, exclusivement par le promoteur de la recherche indiqué sur la notice d'information, pour les besoins de cette présente recherche et pourraient faire l'objet d'analyses pour des projets complémentaires.

La durée de conservation des données « anonymisées » est de 5 années maximum après la fin du projet de recherche.

Conformément aux dispositions du Règlement général sur la protection des données N°2016/679, je dispose de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données me concernant. Pour faire appliquer ces droits, je peux contacter Charlene Leconstant, psychologue-doctorante à cette adresse : charlene.leconstant@univ-lorraine.fr

Pour toute information sur la protection des données personnelles, je peux consulter le site de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à cette adresse : www.cnil.fr ou le délégué à la protection des données de l'université de Lorraine à cette adresse : dpo-contact@univ-lorraine.fr

Je reconnais donc avoir lu ce formulaire et avoir obtenu toutes les informations additionnelles souhaitées. Je consens donc à participer à l'étude.

Fait à Le

Signature de la personne acceptant de participer à cette recherche précédée par la mention « lu et approuvé ».

N° patient :

Date de remise du questionnaire :

Date de rendu du questionnaire :

Cahier de questionnaires n°1

- **Bien-être**
- **SCL-90**
- **DERS**
- **DES**
- **MAAS**
- **ETI-SR-SF**
- **YSQ-S3**
- **PCL-5**
- **SECS**

Merci de bien vouloir remplir ce cahier de questionnaires pour la semaine prochaine / ou / avant la deuxième séance de thérapie avec le cheval et de le remettre une fois rempli à Charlène Leconstant ou en son absence à votre référent.

Bien-être

Instructions : Indiquez ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines...

	-						+
	Jamais	De temps en temps	Moins de la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	La plupart du temps	Tout le temps	
	0	1	2	3	4	5	
1) Vous vous êtes senti(e) bien et de bonne humeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Vous vous êtes senti(e) calme et tranquille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Vous vous êtes senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Vous vous êtes réveillé(e) en vous sentant frais(che) et dispos(ée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Votre vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCL-90

Instructions : Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver. Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase. Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule, des cinq cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.**

Suivant que le symptôme est très important, important, moyen, ou relativement léger, vous mettez une croix à OUI extrêmement, OUI beaucoup, OUI moyennement, OUI un peu. Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à NON, pas du tout.

Répondez à **toutes** les questions sans exception, ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

	Non pas du tout 0	Oui un peu 1	Oui moyennement 2	Oui beaucoup 3	Oui extrêmement 4
1) J'ai des maux de tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je me sens nerveux(se) et/ou je sens comme un tremblement intérieur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) J'ai l'impression d'être critique à l'égard des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) J'ai l'idée que quelqu'un d'autre peut contrôler mes pensées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) J'ai des difficultés à me rappeler des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Je suis ennuyé(e) par ma négligence et mon manque de soin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je suis pris(e) de peur dans les espaces découverts ou dans les rues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je me sens sans énergie ou ralenti(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Je pense en finir avec la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
16) J'entends des voix que les autres n'entendent pas.	<input type="checkbox"/>				
17) J'ai des tremblements.	<input type="checkbox"/>				
18) J'ai l'impression qu'on ne peut pas avoir confiance dans la plupart des gens.	<input type="checkbox"/>				
19) J'ai un mauvais appétit.	<input type="checkbox"/>				
20) Je pleure facilement.	<input type="checkbox"/>				
21) Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé.	<input type="checkbox"/>				
22) J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège.	<input type="checkbox"/>				
23) Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison.	<input type="checkbox"/>				
24) J'ai des explosions de colère que je ne peux pas contrôler.	<input type="checkbox"/>				
25) J'ai peur de sortir seul(e) de chez moi.	<input type="checkbox"/>				
26) Je me reproche des choses.	<input type="checkbox"/>				
27) J'ai des douleurs dans le bas du dos.	<input type="checkbox"/>				
28) Je me sens bloqué(e) devant la moindre chose à faire.	<input type="checkbox"/>				
29) J'ai un sentiment de solitude.	<input type="checkbox"/>				
30) J'ai le cafard.	<input type="checkbox"/>				
31) Des choses me tracassent ou me tourmentent trop.	<input type="checkbox"/>				
32) Je ne m'intéresse à rien.	<input type="checkbox"/>				
33) Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur.	<input type="checkbox"/>				
34) Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e).	<input type="checkbox"/>				
35) J'ai le sentiment que d'autres savent quelles sont mes pensées intimes.	<input type="checkbox"/>				
36) J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas, ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie.	<input type="checkbox"/>				
37) J'ai l'impression que les gens ne sont pas amicaux envers moi ou ne m'aiment pas.	<input type="checkbox"/>				
38) Je suis obligé(e) de faire les choses très lentement pour être certain(e) de bien les faire.	<input type="checkbox"/>				
39) J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe.	<input type="checkbox"/>				
40) J'ai des nausées ou envie de vomir.	<input type="checkbox"/>				

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
41) Je me sens inférieur(e) aux autres.	<input type="checkbox"/>				
42) J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris.	<input type="checkbox"/>				
43) J'ai l'impression d'être observé(e) par les autres et qu'on parle de moi.	<input type="checkbox"/>				
44) J'ai du mal à m'endormir.	<input type="checkbox"/>				
45) Je suis obligé(e) de vérifier et de revérifier ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				
46) J'ai des difficultés à prendre des décisions.	<input type="checkbox"/>				
47) J'ai peur de voyager en autobus, en train ou en métro.	<input type="checkbox"/>				
48) J'ai des difficultés à respirer.	<input type="checkbox"/>				
49) J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid.	<input type="checkbox"/>				
50) Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car ils m'effrayent.	<input type="checkbox"/>				
51) J'ai l'impression que mon esprit se vide.	<input type="checkbox"/>				
52) J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps.	<input type="checkbox"/>				
53) J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.	<input type="checkbox"/>				
54) J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir.	<input type="checkbox"/>				
55) J'ai des difficultés de concentration.	<input type="checkbox"/>				
56) J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps.	<input type="checkbox"/>				
57) J'ai l'impression d'être tendu(e).	<input type="checkbox"/>				
58) J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes.	<input type="checkbox"/>				
59) J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir.	<input type="checkbox"/>				
60) Je mange trop.	<input type="checkbox"/>				
61) Je me sens mal à l'aise quand on me regarde ou qu'on parle de moi.	<input type="checkbox"/>				
62) Il me vient des pensées qui ne sont pas les miennes.	<input type="checkbox"/>				
63) J'ai envie de battre, de blesser ou de faire du mal aux gens.	<input type="checkbox"/>				
64) Je me réveille tôt le matin.	<input type="checkbox"/>				

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
65) Je dois recommencer certains actes tels que compter, nettoyer ou vérifier.	<input type="checkbox"/>				
66) Mon sommeil est agité ou troublé.	<input type="checkbox"/>				
67) J'ai des envies de détruire ou de casser des objets.	<input type="checkbox"/>				
68) J'ai des idées ou des croyances que les autres ne partagent pas.	<input type="checkbox"/>				
69) Je me sens très gêné(e) vis-à-vis des autres.	<input type="checkbox"/>				
70) Je me sens mal à l'aise dans la foule, par exemple dans les magasins ou au cinéma.	<input type="checkbox"/>				
71) Tout représente un effort pour moi.	<input type="checkbox"/>				
72) J'ai des accès de terreur ou de panique.	<input type="checkbox"/>				
73) Je suis mal à l'aise si je dois manger ou boire en public.	<input type="checkbox"/>				
74) Je me dispute fréquemment avec les autres.	<input type="checkbox"/>				
75) Je me sens nerveux(se) quand on me laisse seul(e).	<input type="checkbox"/>				
76) J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				
77) Je me sens seul(e), même quand je suis avec d'autres gens.	<input type="checkbox"/>				
78) Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e).	<input type="checkbox"/>				
79) Je ne me sens bon(ne) à rien.	<input type="checkbox"/>				
80) J'ai l'impression que des choses familières sont étranges ou n'ont pas l'air réelles.	<input type="checkbox"/>				
81) Je crie ou je lance des objets.	<input type="checkbox"/>				
82) J'ai peur de m'évanouir en public.	<input type="checkbox"/>				
83) Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire.	<input type="checkbox"/>				
84) J'ai des pensées liées au sexe qui me préoccupent beaucoup.	<input type="checkbox"/>				
85) Je pense que je devrais être puni(e) pour mes pêchés.	<input type="checkbox"/>				
86) J'ai le sentiment d'être contraint(e) de faire des choses.	<input type="checkbox"/>				
87) Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave.	<input type="checkbox"/>				
88) Je ne me sens jamais proche de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>				
89) Je me sens coupable.	<input type="checkbox"/>				
90) Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit.	<input type="checkbox"/>				

DERS

Instructions : le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale. Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon que celui-ci vous correspond.

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
	1	2	3	4	5
1) Je comprends bien mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
2) Je fais attention à ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>				
3) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables.	<input type="checkbox"/>				
4) Je n'ai aucune idée de la façon dont je me sens.	<input type="checkbox"/>				
5) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
6) Je fais attention à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
7) Je sais exactement comment je me sens.	<input type="checkbox"/>				
8) Je prends garde à ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>				
9) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>				
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion.	<input type="checkbox"/>				
11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même.	<input type="checkbox"/>				
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion.	<input type="checkbox"/>				
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail.	<input type="checkbox"/>				
14) Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable.	<input type="checkbox"/>				
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps.	<input type="checkbox"/>				
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e).	<input type="checkbox"/>				
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants.	<input type="checkbox"/>				
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses.	<input type="checkbox"/>				

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
	1	2	3	4	5
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable.	<input type="checkbox"/>				
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses.	<input type="checkbox"/>				
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion.	<input type="checkbox"/>				
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux.	<input type="checkbox"/>				
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e).	<input type="checkbox"/>				
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements.	<input type="checkbox"/>				
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion.	<input type="checkbox"/>				
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer.	<input type="checkbox"/>				
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement.	<input type="checkbox"/>				
28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.	<input type="checkbox"/>				
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion.	<input type="checkbox"/>				
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal.	<input type="checkbox"/>				
31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire.	<input type="checkbox"/>				
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements.	<input type="checkbox"/>				
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose.	<input type="checkbox"/>				
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment.	<input type="checkbox"/>				
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je me sente mieux.	<input type="checkbox"/>				
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus.	<input type="checkbox"/>				

DES

Instructions : Ce questionnaire comprend deux parties. La première contient quelques questions personnelles d'ordre général. La deuxième partie comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences.

Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues.

Veillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous. Il s'agit d'indiquer la fréquence de l'expérience décrite. Vous faites cela en entourant le pourcentage correspondant.

1) Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%											
Jamais											Tout le temps										

2) Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%											
Jamais											Tout le temps										

3) Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%											
Jamais											Tout le temps										

4) Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%											
Jamais											Tout le temps										

5) Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%											
Jamais											Tout le temps										

6) Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

7) Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

8) On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

9) Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

10) Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

11) Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

12) Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux. *Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela vous arrive.*

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

13) Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

14) Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

15) Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres que les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

16) Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

17) Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elle.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

18) Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

19) Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

20) Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

21) Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

22) Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

23) Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnante, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

24) Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

25) Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

26) Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

27) Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

28) Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

MAAS

Instructions : Voici une série de déclarations portant sur votre expérience quotidienne. A l'aide de l'échelle allant de 1 à 6 et pour chaque question, veuillez cocher la case qui vous paraît la plus appropriée et qui reflète le mieux la fréquence à laquelle vous vivez ces expériences.

	Presque toujours	Très souvent	La moitié du temps	Quelques fois	Très peu souvent	Presque jamais
	1	2	3	4	5	6
1. Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps.	<input type="checkbox"/>					
2. Je casse ou renverse des choses parce que je suis inattentif(ve) ou parce que je pense à autre chose.	<input type="checkbox"/>					
3. J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent.	<input type="checkbox"/>					
4. J'ai tendance à marcher rapidement pour me rendre là où je veux aller, sans prêter attention à ce qui se passe durant le trajet.	<input type="checkbox"/>					
5. J'ai tendance à ne pas remarquer des sensations de tension physique ou d'inconfort jusqu'à ce qu'elles captent vraiment mon attention.	<input type="checkbox"/>					
6. J'oublie le nom d'une personne presque immédiatement après l'avoir entendu pour la première fois.	<input type="checkbox"/>					
7. Il me semble que je fonctionne « en mode automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>					
8. Je fais les choses très rapidement sans y prêter vraiment attention.	<input type="checkbox"/>					
9. Je suis tellement focalisé(e) sur le but que je veux atteindre que je perds de vue ce que je suis en train de faire pour y parvenir.	<input type="checkbox"/>					
10. Je fais des travaux ou des tâches de manière automatique, sans me rendre compte de ce que je suis en train de faire.	<input type="checkbox"/>					
11. Je me surprends à écouter quelqu'un d'une oreille tout en faisant autre chose.	<input type="checkbox"/>					
12. Je me déplace en voiture « en pilotage automatique » et il m'arrive d'être étonné(e) de me retrouver là où je suis.	<input type="checkbox"/>					
13. Je me surprends à être préoccupé(e) par l'avenir ou le passé.	<input type="checkbox"/>					
14. Je me surprends à effectuer des choses sans y prêter attention.	<input type="checkbox"/>					
15. Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger.	<input type="checkbox"/>					

ETISR-SF

Instructions : Pour chaque question veuillez entourer la réponse qui correspond. Il s'agit d'événements traumatiques qui se sont produits **avant l'âge de 18 ans.**

Première partie : Traumatismes d'ordre général, avant l'âge de 18 ans

T1	Avez-vous déjà été exposé(e) à un désastre naturel mettant votre vie en danger?	OUI	NON
T2	Avez-vous été impliqué(e) dans un accident grave?	OUI	NON
T3	Avez-vous déjà souffert d'une blessure ou d'une maladie grave?	OUI	NON
T4	Avez-vous déjà été confronté(e) au décès de l'un de vos parents ou de votre tuteur légal (i.e. la personne qui avait votre garde)?	OUI	NON
T5	Avez-vous vécu la séparation ou le divorce de vos parents?	OUI	NON
T6	Avez-vous été confronté(e) au décès ou à la maladie grave d'un frère ou d'une sœur?	OUI	NON
T7	Avez-vous déjà été confronté(e) au décès d'un ami?	OUI	NON
T8	Avez-vous déjà été témoin de violence envers quelqu'un, incluant les membres de votre famille?	OUI	NON
T9	Est-ce que quelqu'un dans votre famille a déjà souffert d'une maladie mentale ou psychiatrique ou de dépression?	OUI	NON
T10	Est-ce que vos parents ou votre tuteur légal (i.e. la personne qui avait votre garde) avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue?	OUI	NON
T11	Avez-vous déjà été témoin du meurtre de quelqu'un?	OUI	NON

Deuxième partie : Mauvais traitements physiques, avant l'âge de 18 ans

P1	Avez-vous déjà été giflé(e) au visage?	OUI	NON
P2	Avez-vous déjà été brûlé(e) avec de l'eau chaude, une cigarette ou quelque chose d'autre?	OUI	NON
P3	Avez-vous déjà reçu un coup de poing ou un coup de pied?	OUI	NON
P4	Avez-vous déjà été frappé(e) avec un objet que l'on vous a lancé?	OUI	NON
P5	Avez-vous déjà été poussé(e) ou bousculé(e)?	OUI	NON

Troisième partie : Maltraitance psychologique, avant l'âge de 18 ans

E1	Étiez-vous souvent humilié(e) ou ridiculisé(e)?	OUI	NON
E2	Étiez-vous souvent ignoré(e) ou vous a-t-on souvent fait sentir que vous ne comptiez pas?	OUI	NON
E3	Vous disait-on souvent que vous étiez bon(ne) à rien?	OUI	NON

E4	La plupart du temps, étiez-vous traité(e) avec froideur, indifférence ou d'une manière vous faisant sentir que vous n'étiez pas aimé(e)?	OUI	NON
E5	Vos parents ou vos tuteurs légaux (i.e. les personnes qui avaient votre garde) échouaient-ils souvent à vous comprendre vous ou vos besoins ?	OUI	NON

Quatrième partie : Abus Sexuels, avant l'âge de 18 ans

S1	Avez-vous déjà été touché(e) sur une partie intime ou privée de votre corps (p.ex. seins, cuisses, parties génitales) d'une manière qui vous a surpris(e) ou fait sentir mal à l'aise?	OUI	NON
S2	Est-ce que quelqu'un a déjà frotté ses parties génitales contre vous?	OUI	NON
S3	Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) de toucher à des parties intimes ou privées du corps d'une autre personne?	OUI	NON
S4	Est-ce que quelqu'un a déjà eu des rapports sexuels génitaux avec vous contre votre volonté?	OUI	NON
S5	Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) d'exécuter un rapport oral (i.e. fellation ou un cunnilingus) sur une autre personne contre votre volonté?	OUI	NON
S6	Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) d'embrasser quelqu'un de façon sexuelle plutôt qu'affectueuse?	OUI	NON

Si vous avez répondu « OUI » pour l'un des événements du questionnaire des événements traumatiques (page 1 et 2), répondez aux questions suivantes en pensant à l'événement qui a eu le plus d'impact sur votre vie. En répondant, considérez comment vous vous sentiez au moment de l'événement.

1)	Avez-vous senti des émotions de peur intense, d'horreur ou d'impuissance?	OUI	NON
2)	Vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez à en dehors de votre corps ou comme si vous étiez dans un rêve ?	OUI	NON

	Cela est complètement faux pour moi.	Le plus souvent faux pour moi.	Plutôt vrai que faux pour moi.	Assez vrai pour moi.	Le plus souvent vrai pour moi.	Me décrit parfaitement.
	1	2	3	4	5	6
73) Je n'ai pas eu une personne forte pour me donner de bons conseils ou pour me guider lorsque je ne savais pas quoi faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74) Quelquefois j'ai tellement peur que les gens m'abandonnent que je les repousse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75) Je m'interroge habituellement sur les véritables intentions des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76) Je me sens toujours à l'extérieur des groupes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77) Je suis trop fondamentalement inacceptable pour me révéler aux autres ou pour les laisser bien me connaître.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78) Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79) Je n'ai pas confiance dans ma capacité à résoudre les problèmes qui se posent tous les jours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80) J'ai peur d'avoir une maladie grave, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81) J'ai souvent l'impression de ne pas avoir une identité distincte de celle de mes parents ou de mon partenaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82) J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83) On me voit comme quelqu'un qui en fait trop pour les autres et pas assez pour lui-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84) Les gens me trouvent coincé(e) sur le plan émotionnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85) Je ne peux pas accepter de me dégager aisément d'une situation difficile ou de présenter des excuses pour mes erreurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86) J'ai le sentiment que j'ai beaucoup plus à offrir que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87) J'ai rarement été capable de tenir mes engagements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88) Lorsqu'on me fait beaucoup de compliments et d'éloges, je me sens une personne de valeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89) J'ai peur qu'une mauvaise décision ne puisse conduire à un désastre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90) Je suis quelqu'un de mauvais qui mérite d'être puni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PCL-5

Instructions: Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté(e) dans le dernier mois, avant votre entrée en post-cure.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) par	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen-nement</i>	<i>Souvent</i>	<i>Extrême-ment</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	<input type="checkbox"/>				
1. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	<input type="checkbox"/>				
2. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau)?	<input type="checkbox"/>				
3. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	<input type="checkbox"/>				
4. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex., avoir le coeur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs)?	<input type="checkbox"/>				
5. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	<input type="checkbox"/>				
6. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations)?	<input type="checkbox"/>				
7. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	<input type="checkbox"/>				
8. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux)?	<input type="checkbox"/>				
9. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	<input type="checkbox"/>				
10. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	<input type="checkbox"/>				
11. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant?	<input type="checkbox"/>				
12. Vous sentir distant ou coupé des autres?	<input type="checkbox"/>				
13. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches)?	<input type="checkbox"/>				
14. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	<input type="checkbox"/>				
15. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	<input type="checkbox"/>				
16. Être vigilant ou sur vos gardes ?	<input type="checkbox"/>				
17. Sursauter facilement?	<input type="checkbox"/>				
18. Avoir du mal à vous concentrer?	<input type="checkbox"/>				
19. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	<input type="checkbox"/>				

SECS

Instructions: Les propositions qui suivent concernent des attitudes que l'on peut avoir lorsqu'on est en colère ou furieux. Nous vous demandons d'indiquer la manière dont vous réagissez dans de telles situations en cochant pour chaque proposition la case appropriée.

Quand je suis en colère ou furieux :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
	1	2	3	4
1) Je réfrène ma colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je suis bien plus en colère que ce que les autres peuvent voir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) J'essaie de me relaxer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je perds mon self-control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je dis des choses désagréables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je reste patient avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) J'essaie de redevenir serein dès que possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Je me replie sur moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Je suis sarcastique avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) J'essaie d'atténuer mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Je suis plus en colère que je n'y parais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Je me dispute avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je contrôle mon comportement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je ne fais plus attention à ce que je dis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) J'essaie de faire retomber la tension intérieure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je fais passer ma colère sur les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Je n'exprime pas aux autres mes reproches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) J'exprime ma colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) J'essaie de me calmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Je boue intérieurement mais je ne laisse rien paraître.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Je contrôle mes sentiments de colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) J'exprime clairement ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) J'intériorise ma colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) J'essaie de redevenir calme à nouveau dès que possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation !

Résumé de la thèse

La première partie du manuscrit présente une réflexion épistémologique à propos du trouble lié à l'usage de substance (TUS) et les comorbidités psychiatriques couramment associées. Pour fonder notre réflexion et la construction d'une intervention complexe en psychologie de la santé, nous nous sommes basés sur une approche transdiagnostique en psychopathologie, cherchant à mettre en lumière les processus psychologiques communs aux troubles, responsables de leur développement et de leur maintien. Nous présenterons en particulier le taux de prévalence élevé du trouble de stress post-traumatique (TSPT) associé au TUS chez les patients accueillis en séjour de soins résidentiels dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA). Pour explorer les dimensions multiples du psychotraumatisme chez les patients TUS, nous exposons également une description des Schémas précoces inadaptés présentés par les patients à l'entrée en séjour. Nous discutons des implications pour une prise en charge intégrée du TSPT-TUS. En ce sens, nous proposons une analyse critique du programme de pleine conscience basé sur la rechute (MBRP ; Bowen et al., 2019) au regard de la symptomatologie traumatique et dissociative présentée par un grand nombre des patients accueillis dans le centre de notre étude. Dans la seconde partie de la thèse, nous présentons le programme de Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) pour le traitement conjoint du TSPT-TUS intégrant des éléments des programmes MBRP et de « Gestion de la dissociation d'origine traumatique » (M. S. Boon et al., 2014). Les résultats de l'intervention TAC seront alors présentés pour montrer la spécificité et l'apport d'une telle intervention en CSSRA. Nous exposons également l'étude qualitative des processus émotionnels et cognitif au cours de l'intervention de thérapie assistée par le cheval (TAC). Nous avons émis l'hypothèse que la TAC soit conceptualisée comme une psychothérapie des interactions à part entière. En ce sens l'étude des interactions homme-cheval revêt d'une importance capitale pour progresser dans ce champ. En nous inspirant de la méthodologie de la recherche-action la théorie ancrée (Grounded Theory), nous exposerons notre progression entre théorie et pratique clinique pour aboutir à une proposition d'un métamodèle pour l'étude des interactions homme-animal : le Modèle Intégratif des Interactions Homme-Animal, que nous proposons ensuite d'appliquer au cadre spécifique de la TAC. Cette proposition de modèle se veut une invitation au développement de recherches pluridisciplinaires pour l'élaboration de théories et pratiques promouvant l'efficacité de la TAC dans le respect du bien-être animal, dans une perspective One-Health-One Welfare.

RESUME GRAND PUBLIC

Dans la première partie de la thèse, nous nous sommes centrées sur l'étude des processus psychologiques impliqués dans le développement et le maintien des troubles addictifs et des troubles psychiatriques comorbides que présentaient les patients accueillis dans un CSSRA (Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie), dans une approche transdiagnostique en psychopathologie. La seconde partie de la thèse porte sur description du programme de Thérapie Assistée par le Cheval (TAC) couplé à la pratique de la pleine conscience, et son évaluation. Nous présentons l'évolution des patients au cours de leur séjour de post-cure, en comparant ceux ayant suivis les soins usuels du centre à ceux ayant suivis à la fois les soins usuels du centre et les séances de TAC, couplées à la pratique de la pleine conscience (mindfulness). La dernière partie de la thèse porte sur l'étude de processus cognitifs et émotionnels présents au cours des séances de thérapie assistée par le cheval. Les observations réalisées, dans le cadre de l'intervention de TAC, nous ont conduits au développement d'un Modèle Intégratif pour l'étude et la compréhension des Interactions Homme-Animal (MIIHA), s'appliquant, entre autres, au cadre de la TAC.

Abstract

The first part of the manuscript presents an epistemological reflection on substance use disorder (SUD) and the psychiatric comorbidities usually associated. In order to form our reflection and the construction of a complex intervention in health psychology, we relied on a transdiagnostic approach in psychopathology, seeking to highlight the psychological processes common to disorders responsible for their development and maintenance. In particular, we show the high prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) associated with SUD in patients admitted to residential care in an addiction rehabilitation center. To explore the multiple dimensions of trauma in SUD patients, we also outline a description of the patients' early maladaptive schemas at their entry into residential care. We discuss the implications for an integrated treatment of PTSD-TUS. In this sense, we offer a critical analysis of the Mindfulness-based Relapse Prevention program (Bowen et al., 2019) considering the traumatic and dissociative symptomatology shown by many of the patients admitted to our study center. In the second part of the dissertation, we present the Horse Assisted Therapy (HAT) program for the co-treatment of PTSD-SUD integrating elements of the MBRP and "Coping with trauma-related dissociation" (Boon et al., 2011). The results of the HAT intervention are then presented to show the specificity and contribution of such an intervention in aftercare center. We also outline the qualitative study of emotional and cognitive processes during the HAT intervention. We hypothesize that HAT is conceptualized like a full "interaction" psychotherapy. In this sense, the study of horse-human interactions is critically important to progress in this field. Drawing on the methodology of Action Research and Grounded Theory, we will outline our progression from theory to clinical practice to design a meta-model for the study of human-animal interactions: the Integrative Model of Human-Animal Interactions, which we then suggest to apply to the specific framework of HAT. This model is an invitation to the development of multidisciplinary research for the elaboration of theories and practices promoting the efficiency of HAT while respecting animal welfare, in a "One Health, One Welfare" perspective.

SIMPLE SUMMARY

In the first part of the thesis, we focused on the study of the psychological processes involved in the development and maintenance of substance use disorder (SUD) and co-morbid psychiatric disorders shown by patients in an addiction rehabilitation center, based on a transdiagnostic approach in psychopathology. The second part of the thesis focuses on the description of the horse-assisted therapy (HAT) program paired with the practice of mindfulness, and its evaluation. We present the evolution of the patients during their aftercare stay, comparing those who followed the usual care of the center to those who followed both the usual care and the mindfulness-based horse-assisted therapy sessions. The last part of the thesis focuses on the study of cognitive and emotional processes occurring in the HAT sessions. The observations made in the context of the HAT intervention led us to the development of an Integrative Model for our study and an understanding of Human-Animal Interactions (IMHAI), which applies, among other things, to the context of horse assisted therapy.