



HAL
open science

Le cheval médiateur du soin dans le trouble de stress post-traumatique : évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes victimes de violences sexuelles

Maria Violeta Pérez-Ardá Garayo

► To cite this version:

Maria Violeta Pérez-Ardá Garayo. Le cheval médiateur du soin dans le trouble de stress post-traumatique : évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes victimes de violences sexuelles. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04032769

HAL Id: dumas-04032769

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04032769v1>

Submitted on 16 Mar 2023

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 CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2021/2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 28 Octobre 2022

par

Mme Maria Violeta Pérez-Ardá Garayo

Née le 26 Janvier 1992 à Madrid

TITRE DE LA THÈSE :

**« Le cheval médiateur du soin
dans le trouble de stress post-traumatique : évaluation d'un
protocole d'équithérapie chez des femmes victimes de
violences sexuelles »**

Président : Monsieur le Professeur Thanh- Huy Eric BUI

Membres : Madame le Dr. Pascale BOUTHILLON

Madame le Docteur Hélène CHAUVEL

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Thanh- Huy Eric BUI

Année Universitaire 2021/2022

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)

Professeur Lydia GUITTET (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3e cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AGOSTINI Denis Biophysique et médecine nucléaire

M. AIDE Nicolas Biophysique et médecine nucléaire

M. ALEXANDRE Joachim Pharmacologie clinique

M. ALLOUCHE Stéphane Biochimie et biologie moléculaire

M. ALVES Arnaud Chirurgie digestive

M. AOUBA Achille Médecine interne

M. BABIN Emmanuel Oto-Rhino-Laryngologie

M. BÉNATEAU Hervé Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

M. BENOIST Guillaume Gynécologie - Obstétrique

M. BERGER Ludovic Chirurgie vasculaire

M. BERGOT Emmanuel Pneumologie

Mme BRAZO Perrine Psychiatrie d'adultes

M. BROUARD Jacques Pédiatrie

M. BUI Thanh-Huy Eric Psychiatrie d'adultes

M. BUSTANY Pierre Pharmacologie

Mme CLIN-GODARD Bénédicte Médecine et santé au travail

M. DAMAJ Ghandi Laurent Hématologie
M. DAO Manh Thông Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DE BOYSSON Hubert Médecine interne
M. DEFER Gilles Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre Physiologie
Mme DOLLFUS Sonia Psychiatrie d'adultes
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne Dermatologie
M. DREYFUS Michel Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier Anesthésiologie et réanimation
M. GABEREL Thomas Neurochirurgie
M. GÉRARD Jean-Louis Anesthésiologie et réanimation
M. GUÉNOLÉ Fabian Pédiopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HAMON Martial Cardiologie
Mme HAMON Michèle Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUCZ Jean-Luc Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence Cancérologie
M. JOUBERT Michael Endocrinologie
M. LAUNOY Guy Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte Immunologie
Mme LEVALLET Guénaelle Histologie, embryologie et cytogénétique
M. LOBBEDEVZ Thierry Néphrologie
M. LUBRANO Jean Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André Cancérologie
M. MANRIQUE Alain Biophysique et médecine nucléaire

M. MARCÉLLI Christian Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier Neurologie
M. MILLIEZ Paul Cardiologie
M. MOREAU Sylvain Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude Ophtalmologie
Mme RAT Anne-Christine Rhumatologie
M. REPESSE Yohann Hématologie
M. REZNIK Yves Endocrinologie
M. ROD Julien Chirurgie infantile
Mme THARIAT Juliette Radiothérapie
M. TILLOU Xavier Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel Neurologie
Mme VABRET Astrid Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud Maladies infectieuses et tropicales
M. VIVIEN Denis Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme BELLOT Anne Pédiatrie
Mme CHATELET Valérie Néphrologie
M. GUILLAUME Cyril Médecine palliative
M. LABOMBARDA Fabien Cardiologie
M. LE BAS François Médecine Générale
M. PIEDNOIR Emmanuel Maladies infectieuses et tropicales
M. QUEFFEULOU Guillaume Néphrologie
Mme VILLOT Anne Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Mme CHAPON Françoise Histologie, embryologie

M. DERLON Jean-Michel Neurochirurgie

M. GUILLOIS Bernard Pédiatrie

M. HURAUT de LIGNY Bruno Néphrologie

Mme KOTTLER Marie-Laure Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier Epidémiologie, économie de la santé et prévention

M. LEPORRIER Michel Hématologie

M. RAVASSE Philippe Chirurgie infantile

M. TROUSSARD Xavier Hématologie

M. VIADER Fausto Neurologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric Thanh-Huy Bui, vous me faites l'honneur de diriger cette thèse et de présider ce jury. Votre arrivée à Caen a nettement enrichi mon parcours, je vous en remercie. Merci aussi pour vos chocolats, votre bonne humeur et votre efficacité exemplaire.

A Madame le Docteur Pascale Bouthillon, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci aussi d'avoir accepté de me guider, d'avoir partagé vos savoirs tout au long de ce beau parcours d'encadrante d'ateliers d'équithérapie.

A Madame le Docteur Hélène Chauvel, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre sérieux rieur. Vous êtes pour moi une source profonde d'inspiration.

A toute l'équipe encadrant des ateliers d'équithérapie, Anne, Wilfried, Agnès, merci de m'avoir accueilli et d'avoir partagé ces beaux moments.

Un merci tout spécial à vous toutes, les équitantes qui avez partagé avec moi votre évolution, votre savoir expérientiel et qui m'avez donné votre confiance et votre temps. Sans vous et votre volonté de participer pour faire bénéficier à autres personnes ayant subi des violences sexuelles de l'équithérapie, ce travail n'aurait pas été possible, mille mercis.

«Rien n'est plus beau qu'une personne en renaissance... Quand elle se relève après une chute, une tempête et retourne plus forte et plus belle qu'avant. Avec quelques cicatrices de plus dans le cœur, sous la peau, mais avec la volonté de bouleverser le monde, du moins avec un sourire.»

Anna Magnani

« Ici au manège, l'homme et l'animal ne font qu'un, au point de ne pouvoir distinguer lequel des deux est effectivement en train de dresser l'autre. » Goethe

A Madame le Docteur Violaine Guérin, pour son travail important avec les femmes ayant subi des violences sexuelles et pour la formation procurée. A Madame le Docteur Muriel Salmona, vous m'avez inspiré dès le début de mon internat et permis de mieux connaître

le champ des violences sexuelles. Au Pr. Guenolé, pour m'avoir initié à Ferenczi. Au Pr Delamillieure, Pr Dollfus et Pr Brazo et Dr. Nathou, pour m'avoir rappelé que je suis capable de surmonter toute difficulté. Au Dr. Chastang, merci de votre confiance qui m'a tant aidé. Au Dr Benbrika et Dr. Vandavelde, je vous remercie fortement pour le semestre partagé qui m'a tant apporté. Au Dr. Cousin, merci d'avoir partagé votre savoir faire et d'avoir brillé comme un soleil. A Léa Duchenet et à Paul Busser pour ses travaux inspirants et sa bonne humeur. A Céline, merci pour ta relecture attentive.

A mes amis. A Anabela, Isabel, Patri, Alejandra, Lau et Cinti por sus risas, su apoyo y su amistad profunda. À Fleur, de même. Aux Sauvages, Aux Demeurés et aux Pet pour les soirs de fête et après midi de pensée. Irene, Zurita, Andrea, Andrea! Enfin Doc! À Adri, pour les après-midis de bibliothèque et les soirs de fête. Aux Teresinos, merci d'avoir partagé une époque beauté. À Luiz Felipe, Isis, Claudio, Cris, Eric, Arturo, merci d'exister. A Priyal, ma chère, vivement Cuba. Merci Vincent, Magali, Yann, merci Miran pour des moments intenses de compréhension de certains points de la conscience et de votre soutien. Merci Jules d'être venu me soutenir au bon moment. À mon amie Isabel : Merci d'être venue chaque jour étudier avec moi pendant un des mois les plus sombres de mon existence... merci aussi pour toutes ces années de partage de peines et joies.

A ma Famille:

A ma mère, merci Mamá Maravillosa, pour m'avoir initié à l'équitation, au féminisme et à l'argumentation et la philosophie de la science... mais surtout, merci de m'avoir initié à l'amour inconditionnel.

A mon père, Pablo Aurelio, merci Papaíto Querido pour m'impulser dans l'excellence académique et dans le Rock and Roll. J'inscris cette thèse le jour de ton anniversaire. Du tien aussi Tita Margarita. A toute ma Famille, pour me donner des lignes de conduite et de lignage à explorer, et à Margarita pour me le rappeler. A Anabela, Hermanita, Compañera.

A Anthony, *Compañero*, merci pour tous les moments vécus de joie, de danse et câlin, et merci de m'avoir soutenu pendant cette rédaction, malgré les difficultés.

A Anabel Azur, *mi cielo de amor*, merci pour ta joie de vivre et pour me rattacher au présent, à la vie, à mon être profond. Pour me prendre du temps et me donner des forces.

A mon frère, José Demócrito. Mon philosophe rieur. A mon frère encore et encore, merci de m'avoir toujours inspiré, accompagné, aimé, motivé. Merci de m'avoir motivé à chercher le plaisir dans ce que je fais, ce que j'ai appliqué dans cette merveilleuse aventure de la thèse d'exercice. Merci, merci de me faire aller au delà, dans une multiplicité de sens qui te ressemblent:

"Porque posso perder-te na rua, mas não posso perder-te no ser, que o ser é o mesmo em tí e em mim. Muito é ausência, nada é perda!" F. Pessoa
-Te Quiero Hermanito.



Amor Fati

Abréviations

APA Association Américaine de Psychiatrie

CAPS Clinician Administered PTSD Scale

CIM Classification Internationale des Maladies

CRP Centre Régional Psychotraumatisme

DERS Difficulties in Emotion Regulation Scale

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ESA Etat de Stress Aigu

DoD Departement of Defense

DSM Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

EP Exposition Prolongée

HAS Haute Autorité de Santé

ISRS Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LEC-5 Life Events Checklist for DSM-5

NCCIH National Center for Complementary and Integrative Health

NET Narrative Exposure Therapy

OMS Organisation Mondiale de la Santé

TAA Thérapie Assisté par Animaux

TCC Thérapies Cognitivo-Comportementales

TEP Thérapie par Exposition Prolongée

TPC Thérapie des Processus Cognitifs

TSPT Trouble deStress Post-Traumatique

SES Self Efficacy Scale

SVS Stop aux Violences Sexuelles

VA Veterans Affaires

Tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 Psychothérapies en première intention	... 20
Tableau 2 Données sociodémographiques de la population étude	... 61
Tableau 3 Exposition traumatique selon la LEC 5 des participantes	... 67
Tableau 4 Résumé exposition traumatique individuelle et de groupe	... 67
Tableau 5 Résultats T0, T1, T2 et seuil de significativité	... 68

Figures

Figure 1 Résultats PCL 5	... 69
Figure 2 Résultats DERS	... 70
Figure 3 Résultats DERS 1	... 71
Figure 4 Résultats Anxiété trait de Spielberger	... 71
Figure 5 Résultats SES	... 72
Figure 6 Résultats MOCS	... 72

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
 PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	
1. TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) :.....	3
1.1. CLINIQUE.....	3
1.1.1. Les manifestations traumatiques : Bref historique.....	3
1.1.2. Critères diagnostiques selon le DSM.....	6
1.1.3. Diagnostiques différentiels.....	8
1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	8
1.2.1. Les traumatismes.....	8
1.2.2. Le trouble de stress post-traumatique.....	10
1.3. FACTEURS DE RISQUE.....	12
1.3.1 Facteurs de risque pré-traumatiques	12
1.3.2. Facteurs de risque péri-traumatiques	13
1.3.3. Facteurs de risque post-traumatiques	14
1.4. FACTEURS PRÉVENTIFS.....	15
1.5. COMORBIDITÉS.....	15
1.5.1. Comorbidités somatiques.....	15
1.5.2. Comorbidités psychiques.....	16
1.6. TRAITEMENTS ET RECOMMANDATIONS ACTUELS.....	17
1.6.1. LES PSYCHOTHÉRAPIES CENTRÉES SUR LE TRAUMATISME.....	17
1.6.2. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES.....	21
1.7. THÉRAPIES EMERGENTES.....	23
1.7.1. L'activité physique.....	23
1.7.2. Les thérapies psychocorporelles.....	23
1.7.3. La thérapie assisté par les animaux.....	25
2. LE SOIN MÉDIATISÉ PAR LE CHEVAL.....	27
2.1. BREF HISTORIQUE.....	27
2.2. HIPPOTHÉRAPIE.....	28
2.3. EQUITHERAPIE.....	31
2.4. EQUITHERAPIE POUR LE TSPT.....	37
2.5. BIEN-ÊTRE DES CHEVAUX MÉDIATEURS.....	39

SECONDE PARTIE : L'ÉTUDE

L'étude : « Évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes ayant été victimes de violences sexuelles »	40
1. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	40
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	42
2.1. PROTOCOLE	42
2.1.1. Les séances.....	43
2.1.2. Déroulé des Séances	44
2.1.3. Les thèmes des séances : 10 thèmes de réparation.....	47
2.2. MESURES	59
2.2.1. Les données sociodémographiques.....	59
2.2.2. Les Chevaux.....	62
2.3. L'ANALYSE QUANTITATIVE	62
2.3.1. LES QUESTIONNAIRES :.....	62
2.3.2. L'ANALYSE DES DONNÉES.....	66
3. RÉSULTATS	67
3.1. ANALYSE QUANTITATIVE	67
3.2. ANALYSE QUALITATIVE	73
3.3. FAISABILITÉ DU PROTOCOLE	75
3.3.1. Participation et drop out.....	75
3.3.2. Événements adverses.....	76
3.4. ACCEPTABILITÉ DU PROTOCOLE	76
4. DISCUSSION	77
4.1. Présentation des résultats	77
4.2. Implications cliniques pour la thérapie	78
4.3. Limites de l'étude	80
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	89

INTRODUCTION

Le Trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble fréquent en population générale, qui cause un retentissement fonctionnel important. Il est aussi associé à une morbidité élevée. Les traitements existent, mais les taux de symptômes résiduels sont importants, ainsi que des personnes ne pouvant pas accéder à ces thérapies. Notamment les thérapies centrées sur le traumatisme exigent une confrontation au trauma que ne pas toutes les personnes peuvent supporter.

Les violences sexuelles sont un des types de traumatismes les plus susceptibles de provoquer du TSPT (avec génocides et torture). De plus, la morbidité est aussi élevée, qu'elles soient ou pas associées à un TSPT classique.

En outre, les violences sexuelles sont associées à des facteurs aggravants de TSPT, comme la dysrégulation émotionnelle. Les violences sexuelles subies dans l'enfance, notamment, sont particulièrement difficiles à traiter.

Le cheval est un partenaire spécialement intéressant pour traiter ces problématiques, étant donné qu'il est au moment présent et très sensible à l'état interne de l'humain, permettant un biofeedback instantané. Le langage du corps est le principal dans la relation au cheval et le cheval permet de « porter » à la personne, pendant la thérapie.

Nous aborderons de prime abord l'état des lieux des connaissances sur le TSPT, avec certaines précisions pour celui provoqué par violences sexuelles en faisant l'état des lieux de l'épidémiologie, les comorbidités et les différents traitements recommandés. Nous ferons notamment un abord des thérapies psychocorporelles existantes pour le TSPT.

De suite, nous ferons l'état actuel des connaissances du soin par le cheval, physique et surtout psychique et nous évoquerons les connaissances existantes qui soutiennent l'efficacité de l'équithérapie comme traitement pour le TSPT.

Pour finaliser, nous exposerons notre étude, une analyse de pratiques réalisées pour le protocole d'équithérapie, élaboré par l'Association Stop aux Violences Sexuelles. Il est conçu pour traiter les violences sexuelles et tout spécialement pour celles subies à un jeune âge, plus résistantes à d'autres traitements. Nous détaillerons le déroulé des

séances, les thèmes de réparation, la population étudiée et les mesures utilisées et nous exposerons les résultats obtenus de manière quantitative, nous réaliserons une analyse qualitative de certains points et montrerons la faisabilité et l'acceptabilité du protocole. Nous discuterons autour des résultats obtenus et l'intérêt spécifique de ce protocole avant d'offrir une conclusion.

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

1.1. TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) : CLINIQUE

1.1.1. LES MANIFESTATIONS TRAUMATIQUES : BREF HISTORIQUE

Au cours de l'histoire, des manifestations de chocs traumatiques ont été décrites, et ce, depuis l'Antiquité (Bui et al., 2010), notamment après des guerres ou des catastrophes naturelles. Les anciens décrivaient « des états de langueur », consécutifs à un deuil brutal, des états agités » ou « stuporeux » dus aux frayeurs de combats, avec des cauchemars terrifiants reproduisant la scène traumatique inaugurale.

Les observations concernant les survivants des catastrophes ferroviaires avec Duchesne en France (1857), Erichsen (1866) et Page (1883) en Angleterre et le psychiatre H. Oppenheim en Allemagne (1884) sont fondatrices.

C'est H. Oppenheim qui pour la première fois emploie le terme de « névrose traumatique », considérant que la ténacité des symptômes et la constance dépressive de leur état mental sous-jacent méritaient d'accorder à ces troubles une autonomie nosographique.

Pour sa part, Charcot, en 1885, identifie ces tableaux cliniques comme une combinaison des névroses : la névrose « hystéro-neurasthénique » ; en ce sens, il a admis l'existence de l'hystérie chez l'homme.

Janet en 1889 montre que certaines hystéries apparemment idiopathiques ont en réalité une origine traumatique — notamment à travers l'hypnose, méthode de nos jours très polémique pour cet usage. En 1892, Freud et Breuer défendent l'origine traumatique de l'hystérie. Mais en 1897, Freud abandonne cette étiologie pour une étiologie fantasmatique.

Il faut noter que pendant que Freud abandonnait l'origine traumatique pour une origine fantasmatique, son ami et élève Sandor Ferenczi maintenait l'origine traumatique. Non sans subir de ce fait un certain ostracisme. Ferenczi, qui en 1909 introduit l'importante notion psychanalytique d'introjection, et s'intéresse spécialement aux violences sexuelles

faites aux enfants, notamment par un adulte qu'ils aiment, difficiles à traiter en psychanalyse classique. Il présente au 12^e congrès international de Psychanalyse à Wiesbaden en 1932 son texte devenu classique « Confusion de langues entre l'adulte et l'enfant », où il affirme que ces violences perturbent la confiance dans les autres et dans les perceptions propres. L'enfant devient alors souvent buté ou excessivement soumis, sans en comprendre l'origine. Ferenczi évoque par ailleurs un phénomène d'atomisation de la personnalité, plus prononcé si les violences sont chroniques, où les différentes parties du moi perdent pour ainsi dire, contact les unes avec les autres. L'enfant deviendrait à la fois innocent – jouant innocemment à un jeu qui devient cauchemar, excédant les capacités d'intégration de l'enfant du fait d'un phénomène inadapté et douloureux d'excitation – et coupable, par l'introjection des sentiments de l'agresseur, pour lequel il devient d'ailleurs un objet d'ambivalence, étant à la fois objet de désir et de haine — ceci du fait de cette culpabilité. L'effet du traumatisme, dans une personnalité pas encore complètement formée, créerait ce phénomène d'introjection des sentiments et désirs de l'agresseur. Ne pouvant modifier l'extérieur pour éviter les abus, les modifications se produisent dans l'intérieur (et notamment la personnalité) (Ferenczi, 2004).

Il faudra attendre la Première Guerre mondiale pour que Freud dans son « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre », introduise la névrose traumatique comme produite « par l'intrusion d'un événement extérieur dans les défenses de la personnalité ». Validant donc les travaux de Oppenheim.

Après la Deuxième Guerre mondiale, Fenichel (1945), admet la conjonction de l'événement et de la personnalité dans des proportions variables. Ainsi, l'énergie nécessaire à la maîtrise de la situation traumatisante pouvait être soit disponible, soit déjà mobilisée par la lutte contre la fatigue et l'angoisse d'une situation immédiatement précédente, soit accaparée pour la sauvegarde de refoulements plus anciens chez une personne névrosée. Il intègre la régression narcissique avancée par Abraham et Ferenczi, au blocage des fonctions du moi, par l'intrusion du traumatisme dans l'équilibre de la personnalité du malade (Bouthillon, 1989). Nous verrons comme cette conception s'approche des théories actuellement admises.

En France, l'étude des catastrophes de masse et des violences sexuelles est déterminant dans l'étude du TSPT.

Entre les catastrophes nous pouvons noter, par exemple l'Explosion AZF en 2010 (Birmes et al., 2005; Bui et al., 2010), ainsi que les attentats. Les attentats parisiens de 1986 ont donné lieu à un ample travail de thèse étudiant les symptômes post-traumatiques par des entretiens semi-dirigés, réalisé par la Dr Pascale Bouthillon et dirigé par le médecin général L. Crocq (Bouthillon, 1989). En 1995, suite aux attentats à la station de RER Saint-Michel, le M. G. Louis Crocq a créé, puis longtemps dirigé, le Réseau national des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), rattachées au SAMU, et chargé d'assurer les secours médico-psychologiques aux victimes d'événements de masse psycho-traumatisants, sur l'ensemble du territoire français. Réseau qui est toujours en activité. Suite aux attentats de 2015, à Paris, ont déclenché l'étude toujours en cours : « 13 Novembre » autour de la mémoire et la résilience.

Quant aux violences sexuelles, le secteur associatif français a une importance clé et continue à faire évoluer les conditions d'accompagnement des victimes, produisant de la connaissance autour de l'épidémiologie, du traitement, et collaborant pour changer les schémas politiques et sociaux.

Le *Collectif Féministe contre le Viol* propose notamment un accueil téléphonique et présentiel depuis 1986. La campagne de *Nous Toutes*, #metooinceste, avec plusieurs milliers de twits en 1 mois a été un succès et a eu une répercussion sociale importante, même à l'international (Idoiaga Mondragon et al., 2022). Elle fait suite entre autres à la publication du livre *la familia grande* (Kouchner, 2021), et à la campagne de twitter « *Balance ton porc* ». Suite à cette campagne, #metooinceste a été créé en France, la commission Cllvise, Commission Indépendante sur l'Inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Les enquêtes de majeure ampleur en France autour des violences sexuelles ont été réalisées par l'association Mémoire traumatique et Victimologie et par l'association *Face à l'inceste*. Enfin nous étudierons en détail, le protocole thérapeutique d'équithérapie créée par l'association *Stop aux Violences Sexuelles*.

1.1.2. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SELON LE DSM

A l'heure actuelle, il existe plusieurs systèmes de classification des troubles mentaux. Les deux prédominants sont La Classification internationale des maladies (CIM-11), réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), réalisée par l'Association américaine de psychiatrie (AAP). Nous décrivons ici la plus utilisée pour le TSPT, le DSM-5.

Ce sera en 2013, avec le DSM-5, que le TSPT sera inclus dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Regier et al., 2011). Le Trouble de Stress post-traumatique est défini pour la première fois en tant que tel dans le DSM-III (Carvajal, 2018), où il fait partie des troubles anxieux. Il est intéressant de noter que cette évolution du terme est aussi en relation à une guerre, particulièrement au retour des militaires déployés au Vietnam. Comme préalable, en 1952, dans la première édition du DSM, a existé le diagnostic de « *Gross Stress Reaction* », dans lequel on envisageait une réponse de peur qui dépassait les ressources d'un sujet à personnalité normale. Cette catégorie n'est pas visible dans le DSM II (Carvajal, 2018).

Même si dans la présente étude nous nous centrons sur une population adulte, il est important de signaler que le DSM-5 introduit un nouveau sous-type de diagnostic TSPT pour les enfants âgés de six ans ou moins (American Psychiatric Association, 2013).

Le Trouble de stress post-traumatique est l'unique trouble qui a, comme partie de sa définition un prérequis d'exposition. D'exposition, soit directe, soit indirecte.

Les événements traumatiques sont identifiés dans le Critère A :

Une exposition à la mort effective ou menace de mort, des blessures graves ou des violences sexuelles ou risques majeurs de subir celles-ci ; l'annonce d'un décès par une mort violente ou accidentelle s'inclut aussi, ainsi que l'exposition répétée ou extrême aux détails horribles d'un événement traumatisant (American Psychiatric Association, 2013). Ceci étant, il est postulé que la caractérisation de ce qui constitue un événement traumatique ne peut pas être purement objectif (Auxemery, 2019).

Pour réaliser un diagnostic de TSPT, il est en outre exigé que : les symptômes durent depuis plus d'un mois — Critère F — ; qu'ils créent une souffrance significative et/ou impactent de manière significative le fonctionnement social, professionnel, personnel —

Critère G — ; et qu'il ne soit pas mieux expliqué par d'autres troubles comme la consommation de substances ou autres maladies — Critère H.

Le DSM-5 inclut les spécificateurs du TSPT suivants : TSPT avec des symptômes dissociatifs — dépersonnalisation, déréalisations fréquentes — et TSPT à expression retardée.

La symptomatologie du TSPT décrite dans le DSM-5 diffère du DSM-IV où les symptômes étaient classés en trois groupes. En effet, dans le DSM-5 les symptômes d'évitement et les altérations de l'humeur deviennent deux catégories distinctes. Les symptômes du TSPT du DSM-5 sont divisés en 4 groupes :

– Cluster B, symptômes intrusifs, desquels au moins un est nécessaire pour le diagnostic de TSPT. Ils comprennent : les souvenirs répétitifs, envahissants et involontaires ; les rêves provoquant un sentiment de détresse, les réactions dissociatives qui comprennent les *flash-back*, le sentiment intense de détresse provoqué par les stimuli rappelant le traumatisme et les réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à un stimulus rappelant le trauma.

– Cluster C : symptômes parmi lesquels au moins un est nécessaire pour le diagnostic de TSPT. Ce sont les symptômes d'évitement, c'est-à-dire, les efforts répétés pour éviter stimuli internes – des pensées et sentiments – qui sont liés à l'événement ainsi que des stimuli externes – lieux, activités, personnes – qui rappellent le traumatisme.

– Cluster D : les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, parmi lesquelles au moins deux sont nécessaires pour poser le diagnostic :
amnésie d'aspects importants du traumatisme ; les croyances négatives persistantes concernant soi-même, les autres ou le monde ; émotions maintenues suite au traumatisme comme la peur, la colère, une culpabilité inadaptée et excessive focalisée sur soi-même et/ou les autres, et ceci en relation aux conséquences ou causes du traumatisme ; diminution significative **d'entrain** pour des activités qui auparavant étaient importantes ; limitation des affects et/ou sentiment d'étrangeté face aux autres.

– Cluster E : altérations de la réactivité et de l'éveil, parmi lesquelles au moins deux sont nécessaires pour poser un diagnostic de TSPT : hypervigilance, réactions de sursaut **exagérées**, irritabilité ou comportements agressifs, conduites autodestructrices, difficultés

pour se concentrer et insomnie. (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Le premier axe du diagnostic différentiel s'attache au temps : si l'apparition des symptômes décrits se développe au cours de 4 semaines suivant l'événement traumatique et ils perdurent au minimum 3 jours et moins d'un mois, nous parlerons alors de Trouble de Stress Aigu (TSA). Comme nous le verrons plus tard, le fait d'avoir développé un TSA est un facteur prédisposant au développement du TSPT, mais aucunement un préalable obligatoire.

Quand les événements qui provoquent une détresse intense et une symptomatologie de ce type ne correspondent pas au Critère A, les diagnostics des « autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiques » et « les troubles de l'adaptation, le trouble dépressif caractérisé ou le trouble de la personnalité borderline » peuvent être envisagés (Casey et al., 2018).

Il est intéressant de signaler l'Organisation mondiale de la santé a introduit dans la 11^e version de la classification internationale des maladies (CIM-11) un diagnostic de TSPT complexe, reconnaissant cette entité nosographique comme un trouble à part entière (HAS, 2020).

1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

1.2.1. Les traumatismes

Plus de 70 % des adultes auraient fait l'expérience d'un événement potentiellement traumatisant dans leur vie et un 31 % expérimentent 4 ou plus d'événements à potentiel traumatisant (Benjet et al., 2016).

Il est important de signaler que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), trente-huit reports de qualité nous donnent des informations sur la prévalence de violence morale, physique et sexuelle, à l'encontre d'enfants en 2019, l'estimant à un minimum de 50 % pour la prévalence mondiale (OMS, 2020).

Un enfant sur trois subit des violences psychologiques, un enfant sur quatre a subi des violences physiques, une fille sur cinq et un garçon sur treize, des violences sexuelles (Hillis et al., 2016; MTV, 2018; OMS, 2017).

En Europe, sur les 204 millions d'enfants de moins de 18 ans, 29,1 % ont subi des abus psychologiques, 22,9 % des abus physiques et 9,6 % sont victimes d'abus sexuels (ONU, 2020).

Au niveau national, l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE), cite en Mars 2015, en amont la Journée internationale des Droits des Femmes (8 mars), la publication d'une enquête nationale, *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte* menée dans le cadre de la campagne *Stop au déni*, par l'association Mémoire traumatique et victimologie, avec le soutien de l'UNICEF France (MTV, 2015; ONPE, 2015)

Des données sont collectées auprès de 1 214 victimes de violences sexuelles âgées de 15 à 72 ans avec les résultats suivants :

En France, 1 femme sur 5 et 1 homme sur 14 déclarent avoir subi des violences sexuelles.

Les enfants sont les principales victimes : 81 % des victimes déclarent avoir subi les premières violences avant l'âge de 18 ans, 51 % avant l'âge de 11 ans et 21 % avant l'âge de 6 ans. Dans plus de la moitié des cas, leur agresseur était un membre de la famille.

Des réponses ressort également le fait que 83 % des victimes de violences n'ont reçu ni reconnaissance ni protection. De très graves répercussions sont notées : 42 % des victimes interrogées ont déjà tenté de se suicider et 95 % rapportent que les violences ont eu un réel impact sur leur santé mentale ; ceci se maintient même cinquante ans après, si elles ne bénéficient pas d'une prise en charge appropriée, ce qui est rare (Roland et al., 2016).

Selon l'OMS les études démontrent clairement que les enfants victimes de violence sont plus exposés aux risques de maladie mentale, de consommation de drogues, d'alcool et d'obésité et de maladies chroniques somatiques plus tard dans la vie (WHO, 2020). Notamment, l'expérience d'un traumatisme infantile est associée au développement

ultérieur de la maladie psychotique (Mayo et al., 2017). Il existe des preuves indiquant qu'il existe une relation cumulative entre le traumatisme et les symptômes psychotiques, avec un plus grand nombre global de types d'exposition au traumatisme augmentant la probabilité de psychose (Shevlin et al., 2007). Ainsi, dans la schizophrénie et le trouble bipolaire de type I, les prévalences d'abus dans l'enfance augmentent : les abus sexuels de 13 à 64 % et les abus physiques vont de 22 à 66 %. En ce qui concerne l'âge adulte, 13 à 79 % des personnes souffrant de troubles mentaux sévères rapportent des agressions sexuelles et 30 à 87 %, des agressions physiques (Mayo et al., 2017).

Quant aux violences subies par les femmes à l'âge adulte, au niveau mondial, près du tiers (30 %) des femmes qui ont eu des relations intimes de couple signalent avoir subi au moins une forme de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire au cours de leur vie. Chez les femmes en ayant été victimes, ces violences entraînent des problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive (WHO et al., 2021).

Il est important de signaler que les enfants ayant subi des abus sexuels dans l'enfance ont plus à risque de reproduire ou être de nouveau victimes de violences : en tant qu'agresseurs, pour les hommes et en tant que victimes, pour les femmes (ONU, 2020).

1.2.2. Le trouble de stress post-traumatique

Le TSPT est un trouble mental fréquent, associé à une invalidité et une mortalité prématurées.

Sa prévalence sur un an est de 2,2 et sur la vie entière de 3,0 % (HAS, 2007). Selon une enquête épidémiologique menée de 2001 à 2003 – et donc avec les critères du DSM-IV – l'ESEMed, le TSPT toucherait entre 1 et 2 % de la population générale (avec les critères du DSM-IV) et aurait des conséquences sur 12 mois pour 2,2 % (0,7 % pour les hommes et 3,5 % pour les femmes). La prévalence du TSPT sur la vie entière était de 3,9 % (à remarquer la différence de sexe, 1,5 % pour les hommes et 6 % pour les femmes (Lépine et al., 2005).

Aux États-Unis la prévalence du TSPT sur la vie entière serait de 8 % (Benjet et al., 2016;

Kessler et al., 2005) et la prévalence sur l'année passée de 4,7 % (Goldstein et al., 2016; Gunderson and Sabo, 1993)(Benjet et al., 2016). Ceci fait sens avec les chiffres préalablement mentionnés, en effet, comme nous l'avons vu, les chiffres de violences subies par les enfants en Amérique du Nord dépassent amplement les chiffres européens. Par ailleurs, la militarisation étasunienne joue un rôle notable : sur certaines populations plus à risque, comme sont les premiers intervenants après désastres ou traumatismes de masse, et les militaires déployés ; la prévalence vie entière peut alors dépasser 50 %. Les policiers et les pompiers sont aussi des populations spécialement touchées (Gradus et al., 2010). Une autre population à risque est celle des personnes atteintes de schizophrénie ou du trouble bipolaire de type I : elles sont extrêmement vulnérables à l'expérience de traumatismes – entre autres, des taux significatifs d'agressions physiques et sexuelles tout au long de la vie – et au développement ultérieur de troubles de stress post-traumatique (Mueser et al., 2001; Neria et al., 2002). Les taux de ces deux phénomènes sont beaucoup plus élevés que dans la population générale avec notamment des taux de prévalence au moment présent du TSPT dans les populations étudiées mesurés par la CAPS (gold standard) ayant entre 13, 44 et 46 % parmi les participants avec SMI (Gearon et al., 2003; Grubaugh et al., 2011; Resnick et al., 2003).

Le genre est une donnée importante dans l'analyse du TSPT. En effet, les femmes sont plus exposées au risque de souffrir d'un TSPT au cours de leur vie. La principale hypothèse, est le fait qu'elles soient plus souvent victimes d'événements traumatiques à haut potentiel traumatisant, notamment les violences sexuelles, qui est un des trois facteurs traumatismes de risques d'un TSPT (Husky et al., 2015). Elles sont aussi plus à risque de souffrir violences conjugales (30 % des femmes ayant eu une relation de couple, comme nous l'avons vu), qui sont, elles aussi fortement traumatisantes ; et souvent, d'ailleurs, les violences sexuelles en font partie.

Il est important de remarquer qu'entre 9 et 44 % des femmes qui accouchent expérimentent cet événement comme traumatique (de Graaff et al., 2018) et 3 % d'entre elles développeront un TSPT en relation avec l'accouchement, celui-ci augmentant vers 15 % chez certaines populations à risque (Grekin and O'Hara, 2014). Il est en outre signalé que le fait d'avoir subi des violences dans l'enfance, et notamment des violences sexuelles, augmenterait le risque et de souffrir de complications lors de l'accouchement et de TSPT post-accouchement (Berman et al., 2021). Ces proportions importantes de femmes sont non-négligeables. Et le TSPT en relation à l'accouchement a été mentionné pour la première fois, en tant que tel qu'en 2008 (Nakić Radoš et al., 2020).

Enfin, il s'agit de prendre en compte les entraves sociétales à la liberté et l'épanouissement des femmes. Le Dr Guérin met en perspective l'oppression systémique des femmes par des interdits religieux, sociaux ou autres, y voyant des mécanismes d'emprise similaires à ceux subis par des personnes victimes de violences sexuelles. On relève chez ces personnes des signes de culpabilité, de honte et la condamnation d'un narcissisme sain (Guérin, 2014).

1.3. FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque de développer un TSPT sont multiples.

Pour plus de clarté, nous adopterons ici la division en facteurs de risque pré-traumatiques, péri-traumatiques (pendant le traumatisme ou immédiatement postérieurs) et post-traumatiques.

1.3.1 Facteurs de risque pré-traumatiques :

Les antécédents d'exposition à des traumatismes, notamment dans l'enfance et à un très jeune âge, sont des facteurs de risques importants. Par ailleurs, les antécédents personnels de troubles mentaux (qui comme nous l'avons vu sont beaucoup plus fréquents chez des personnes ayant subi des maltraitances pendant l'enfance) et les antécédents familiaux sont facteurs de risques. Le génotype pourrait avoir un rôle. Le dysfonctionnement familial dans l'enfance (décès d'un des parents, ...) crée lui aussi un risque. Le stress préalable, quel qu'il soit est en général un facteur de risque. Ce stress peut créer des difficultés de régulation émotionnelle qui sont aussi un facteur de risque en soi. Toujours dans ce sens les antécédents de TSPT sont en soi facteurs de risque d'en développer un nouveau (Casey et al., 2018). Il convient de rappeler que le facteur de risque le plus important pour subir une agression sexuelle est d'avoir déjà été agressé sexuellement (Fulu et al., 2017; Salmona, 2021).

Une étude transversale sur une base de données internationales regroupant 20 pays (n= 51 295) montre que, comparativement aux autres cas de TSPT, ceux résultant d'au moins 4 événements traumatogènes sont associés à une présentation clinique plus complexe ainsi qu'à une détérioration fonctionnelle et une morbidité plus importantes (HAS, 2020; Karam et al., 2014).

1.3.2. Facteurs de risque péri-traumatiques :

Il est reconnu que le type d'événement influence sur la probabilité de survenue du TSPT. La sévérité, la durée et la chronicité du traumatisme sont aussi des facteurs de risque. L'incontrôlabilité et imprévisibilité de l'événement sont aussi pathogènes (Casey et al., 2018).

Comme types d'événements les plus traumatisants sont référencés dans une étude : les viols, les combats militaires et les situations de génocide (Akbarian et al., 2015); ainsi que, dans une autre étude de la même année réalisée en France sont référencés les viols (à nouveau), la violence domestique et la survenue d'une maladie grave pendant l'enfance (Husky et al., 2015).

Dans ces situations, il est intéressant de remarquer que la violence entre personnes et l'intentionnalité de la violence, de la malveillance interpersonnelle sont des facteurs aggravants du risque de TSPT (Guelfi and Rouillon, 2017). Les croyances positives à propos de l'être humain sont beaucoup plus ébranlées. Chez les enfants, l'exposition à la violence de la part d'une figure d'attachement est spécialement délétère, et cause une perte majeure du sentiment de sécurité. Ces violences peuvent être entre les figures d'attachement (violences conjugales) ou directement dirigées vers l'enfant. Il a été indiqué que les violences envers les enfants détériorent l'attachement (HAS, 2020) et notamment peuvent produire un attachement ambivalent (figure de protection qui fait du mal, qui fait peur, qu'il faut fuir et dont à la fois il faut se rapprocher pour se protéger...). Ceci a des conséquences importantes dans les modes de relation à soi et aux autres par la suite et même dans la capacité à recevoir et demander de l'aide.

Nous pouvons relever également que la survenue d'un état de dissociation péri-traumatique favorise le développement d'un TSPT ultérieur (Vance et al., 2018) , il est intéressant de rappeler que les violences sexuelles étant un des traumatismes les plus à risque de provoquer de la dissociation.

Une conduite par le Pr Bui et ses collaborateurs montre comme possibles prédicteurs de l'apparition d'un TSPT la dissociation et l'état de détresse lors du traumatisme (Birmes et al., 2003).

La détresse péritraumatique est associée avec la sévérité du TSPT (Vance et al., 2018). « La menace ressentie lors de l'exposition au traumatisme est un meilleur prédicteur de l'apparition d'un TSPT que la menace objective » (Lopez, 2020). Un possible prédicteur de l'apparition est aussi la dissociation lors du traumatisme (Birmes et al., 2003).

1.3.3. Facteurs de risque post-traumatiques :

Le fait d'avoir développé un état de stress aigu dans les suites du traumatisme est un facteur de risque pour développer un TSPT (Casey et al., 2018).

Le risque peut aussi survenir de stratégies d'adaptation délétères comme l'abus de substances et une mauvaise hygiène du sommeil (Casey et al., 2018). Il est judicieux de préciser ici que selon une sérieuse métaanalyse réalisée en 2015, respectant les critères PRISMA et englobant plus de 5 000 patients, l'utilisation de benzodiazépines est délétère pour les patients ayant subi un traumatisme. Le recours aux benzodiazépines dans les suites immédiates d'un traumatisme augmente de manière significative le risque de souffrir du TSPT : entre deux à cinq fois plus. C'est une notion importante à rappeler puisque c'est un facteur important d'iatrogénie. Le traitement par benzodiazépines dans le TSPT constitué, amplement utilisé, peut aussi augmenter la sévérité du TSPT, empirer les résultats d'une psychothérapie, augmenter la probabilité de dépression, d'agressivité et de mésusage de substances. Les risques associés à son utilisation dépassent les bénéfices potentiels à court terme et les auteurs les déclarent relativement contre-indiquées dans les patients souffrant de TSPT (Guina et al., 2018).

Comme autres facteurs de risque post-traumatique, il est important de signaler que l'exposition répétée à des rappels douloureux de l'événement favorise l'apparition de TSPT. Ces adversités persistantes sont défavorables ; une perte en relation à l'événement peut être très délétère. Elle peut être à caractère : socioprofessionnel, financier, psychique (par exemple des difficultés majeures de concentration), ou physique, dans lesquelles il est important de souligner les douleurs rappelant l'événement. Les affections somatiques comorbides sont aussi un facteur de risque. Pour finir, l'exposition à des événements de vie défavorables par la suite est aussi un facteur de risque, prolongeant le stress à travers de nouvelles adversités. Un niveau socio-économique faible et un soutien social pauvre sont aussi des facteurs de risque (Casey et al., 2018).

1.4. FACTEURS PRÉVENTIFS

Nous ne nous appliquerons pas ici à mettre en négatif les facteurs préalablement abordés. Nous limitant à indiquer qu'une prise en charge précoce : immédiate et post-immédiate – durée de 2 jours à 1 mois – adaptée au psychotraumatisme est fortement souhaitable : elle diminue l'apparition d'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique.

Les Cellules Médico-Psychologiques (CUMP), que nous avons déjà mentionnées, ont ici toute leur place. Elles interviennent et forment des professionnels pour les soins d'urgence si importants suite à une effraction psychique. Elles pratiquent notamment le défussing, soin psychique immédiat, ni systématique, ni dirigé. Elles pratiquent en outre le débriefing, soin post-immédiat, qui est plus dirigé pour permettre d'intégrer l'événement.

Pour une prévention secondaire, un screening serait utile. Pour réaliser ceci, il est intéressant de prendre en compte les pathologies fréquemment comorbides, afin de pouvoir réaliser des soins intégrés. Par exemple, un travail réalisé à l'Université de Caen au sein d'un centre spécialisé pour l'obésité a montré grâce à un screening (dépistage) standardisé, que 89 % des répondants avaient été exposés à un événement potentiellement traumatique dans leur vie. Une partie de ces patients souffrait de TSPT. La plupart de ces patients ont souhaité engager une thérapie centrée sur le trauma suite à ce dépistage, montrant l'intérêt de cette approche (Duchenet, 2022).

1.5. COMORBIDITÉS

1.5.1 Comorbidités somatiques

Les personnes atteintes de TSPT ont une morbidité plus élevée que la population générale, notamment en raison d'une association avec de nombreuses pathologies somatiques (Felitti and Anda, 2010; Gunderson and Sabo, 1993; Nazarian et al., 2012). Cette augmentation de la mortalité est associée notamment aux maladies cardiaques ischémiques et aux cancers des voies respiratoires (Felitti and Anda, 2010; Nazarian et al., 2012).

En général, le TSPT a été corrélé à un taux plus élevé de troubles respiratoires (Spitzer et al., 2009), de maladies cardiovasculaires, de syndrome métabolique (Palmer et al., 2021),

au diabète de type 2, à l'hypertension artérielle, à la dyslipidémie (Scherrer et al., 2019).

LE TSPT augmente aussi le risque d'obésité, notamment chez les femmes et les enfants ayant subi des violences (Kubzansky et al., 2014; Masodkar et al., 2016). Les expériences négatives dans l'enfance se retrouvent dans 70 % des cas d'obésité (Felitti and Anda, 2010).

Les douleurs chroniques sont aussi une comorbidité importante à signaler, étant une cause importante d'invalidité et de souffrance, ainsi que, comme nous l'avons vu, un facteur de risque de sévérité et maintien du TSPT (Fishbain et al., 2017). Sont particulièrement à signaler les céphalées et la fibromyalgie (Miró et al., 2020; Peres et al., 2009) ainsi que le syndrome de la vessie irritable, le syndrome de fatigue chronique (Mcfarlane, 2010). Les individus avec ces comorbidités ont effectivement une symptomatologie de TSPT plus sévère, une sévérité majeure de la douleur, de l'anxiété, de la dépression, d'invalidité et d'usage d'opioïdes que ceux avec une seule des deux conditions (Kind and Otis, 2019).

Tout ceci suggère que le TSPT doit être considéré comme un désordre systémique (Bersani et al., 2020).

1.5.2. Comorbidités psychiques

Le TSPT est associé à une majoration du risque suicidaire (Nock et al., 2010), et spécialement augmenté s'il y a des cauchemars traumatiques (Tanskanen et al., 2001).

Les patients souffrant de TSPT sont une population plus à risque de développer d'autres troubles psychiatriques (Kessler et al., 2005; Ravindran and Stein, 2009) comme :

trouble dépressif caractérisé (Breslau et al., 1991), troubles anxieux (Brady et al., 2000), trouble borderline de la personnalité (TBP) - notamment chez des personnes ayant subi des violences à répétition pendant l'enfance - (Gunderson and Sabo, 1993). Les troubles du comportement alimentaire sont aussi associés au TSPT, particulièrement chez des victimes de violences sexuelles (Dubosc et al., 2012; Tanskanen et al., 2001).

Il existe une évidence pour la comorbidité des dysfonctionnements sexuels et du TSPT. L'abus de substances psychoactives est aussi très habituellement une comorbidité du TSPT (Brady et al., 2000; Casey et al., 2018). C'est intéressant de signaler que l'abus de

substances est un facteur prédictif négatif pour le TSPT et le TSPT l'est pour l'addiction (Jaillais, 2016). Il n'est pas non plus superflu de souligner qu'entre ces substances qui empirent le pronostic du TSPT se trouvent aussi les benzodiazépines, avec une dépendance augmentée chez les personnes avec risque augmenté de TSPT (Gutierrez et al., 2022).

1.6. TRAITEMENTS ET RECOMMANDATIONS ACTUELS

La HAS considère la prise en charge des personnes ayant vécu un psychotraumatisme comme un enjeu de santé publique majeur (HAS, 2020).

En France, le TSPT est susceptible d'être pris en charge en tant qu'affection longue Durée (ALD). Il est important de souligner que les violences sexuelles dans l'enfance bénéficient aussi de ce statut, et ce, depuis 1998. À tout moment, l'accès aux soins est un droit pour les victimes, ceci sans délai de prescription. Il n'est pas nécessaire que l'affaire soit jugée ni même qu'une plainte soit déposée. Pour obtenir cette prise en charge, le médecin traitant rédige un protocole de soins pour une prise en charge à 100 %, signalant le diagnostic de TSPT si c'est le cas, et/ou stipulant qu'il s'agit de « soins aux mineurs victimes de sévices sexuels » — cette prise en charge est valable pour les soins remboursés par l'Assurance Maladie (Article L160-14 - Code de la sécurité sociale, 2021). Il est important de le signaler ici, puisque les victimes ont parfois du mal à accéder à cette aide, pourtant centrale, car elle recouvre des différentes problématiques en lien à ces abus : addictions, troubles du comportement alimentaire, TSPT, etc., et qu'elle reste méconnue de nombreux professionnels.

1.6.1. LES PSYCHOTHÉRAPIES CENTRÉES SUR LE TRAUMATISME

Actuellement en première intention et avec la plus haute recommandation sont à signaler les psychothérapies centrées sur le traumatisme, notamment : la thérapie du processus cognitif, la thérapie d'exposition prolongée et l'EMDR (*Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing*).

Ce sont des thérapies très structurées avec un nombre de séances délimité dans le temps, généralement entre 12 et 16 séances, qui peuvent augmenter dans les cas de traumatismes multiples (12 séances pour le premier, puis 6 en plus pour l'autre traumatisme et ainsi de suite). Le plus habituellement, les séances se réalisent à un rythme hebdomadaire.

Elles utilisent : psychoéducation sur le trauma et le TSPT, rééducation respiratoire et des méthodes de restructuration cognitive – vont interroger les croyances qui ont été modifiées chez l'individu après le traumatisme – et/ou l'exposition (par l'imagination, par l'écrit ou par la narration) de l'événement traumatique.

La Thérapie de Processus cognitifs (TPC) est un type spécifique de thérapie qui se focalise sur les cognitions qui se sont développées suite au traumatisme et qui ont un rôle perturbateur dans le comportement et dans les réponses émotionnelles. Il s'agit d'identifier et restructurer les cognitions dysfonctionnelles ou points de blocage, les pensées problématiques sur soi, les autres et le monde, les questionnant, notamment à travers des questions socratiques, et promouvant ainsi des croyances plus équilibrées. Cette thérapie se base fortement dans la théorie sociale cognitive (Gallagher and Resick, 2012).

Elle est plus efficace que l'Exposition prolongée pour traiter les symptômes physiques comme les fréquentes douleurs dorsales et maux de tête (Galovski et al., 2009; Mandrá et al., 2019; Resick et al., 2012). Elle semble aussi supérieure dans le traitement des cognitions en lien avec la culpabilité (Resick et al., 2012). C'est donc possible que la TPC surpasse d'autres traitements actifs avec des tailles d'effets de faible à modéré (Asmundson et al., 2019). En plus, dans cette thérapie il y a approximativement deux fois moins d'exercices entre séances que dans l'Exposition prolongée.

Des résultats positifs ont été montrés récemment en utilisant des programmes intensifs qui permettent de réduire la durée de la thérapie, facilitant ainsi l'accès aux soins pour une partie des patients (Harvey et al., 2019). Pour la première fois en France, la Dr Hélène Chauvel a commencé à appliquer cette thérapie de manière intensive, chez une patiente hospitalisée en début de thérapie, montrant la faisabilité et acceptabilité, avec l'idée que ceci puisse permettre d'améliorer l'adhésion au traitement, étant donné que de nombreuses pertes se produisent en début de traitement (Chauvel, 2021).

La thérapie d'exposition prolongée (PE)

C'est une thérapie cognitive d'exposition spécifiquement désignée pour aider dans le processus d'intégration émotionnelle du trauma chez des personnes souffrant de TSPT. Elle utilise majoritairement l'exposition imaginaire : revisiter et re-raconter les mémoires traumatiques et l'exposition in vivo (APA, 2017a). Les changements cognitifs se font à travers la confrontation graduelle avec des situations provoquant la peur suite à l'exposition traumatique (Levrier et al., 2016; Schottenbauer et al., 2008) et sont secondaires au changement comportemental qui constitue la confrontation avec ces peurs et donc l'arrêt de l'évitement, qui consolide le fait que les souvenirs du trauma ne sont pas dangereux. Elle est basée donc principalement sur la théorie de traitement de l'information émotionnelle.

EMDR

Avec un degré élevé de recommandation (ISTSS, 2018; VA/DoD, 2017) cette thérapie est la plus recommandée est la préférée dans les 3 mois suivant le trauma (NICE, 2018; VA/DoD, 2017).

L'EMDR est une psychothérapie de désensibilisation par mouvement oculaire et reprogrammation qui se réalise en huit phases et facilite l'accès aux mémoires traumatiques pour les amener à une résolution adaptative.

Pendant la thérapie EMDR, le patient réalise un focus attentionnel dual, à la fois dans un stimulus externe et bilatéral (comme les mouvements oculaires, des sons ou des « tappins ») et sur le matériel interne émotionnel qui le perturbe. Ceci se réalise en sets, c'est-à-dire, en brèves doses séquentielles, entre lesquelles il est demandé à la patiente de reporter ce qui lui vient spontanément. Il est constaté qu'elle reporte souvent des associations qui n'avaient pas réalisées auparavant et qui se trouvent être bénéfiques. Dans cette période, les personnes sont aussi invitées à parler de leurs expériences traumatiques et d'autres perspectives pour les voir autrement. Des scans corporels sont aussi utilisés (APA, 2017b).

D'autres thérapies existent pour le traitement du TSPT, comme la Thérapie Narrative d'Exposition, qui est aussi, comme son nom l'indique, une thérapie d'exposition, et seconde thérapie recommandée par les classifications internationales, avec une recommandation modérée (APA, 2017a; ISTSS, 2018) à élevé (VA/DoD, 2017); cette

thérapie a comme intérêt principal d'être l'unique approuvé pour être réalisée de manière autonome (VA/DoD, 2017).

Tableau 1 : recompilation des recommandations des psychothérapies en première ligne pour le traitement du TSPT (Chauvel and Bui, 2021):

	APA 2017	VA/DOD 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	PHOENIX 2020	HAS 2007
TCC centrée sur le trauma	*	*	*	*	*	*
Thérapie cognitive	*		*	*	*	
Thérapie des Processus Cognitifs (TPC)	*	*	*	*	*	
Exposition Prolongée (EP)	*	*	*	*	*	
EMDR		*	*	*	*	*
Thérapie par exposition à la narration		*		*		

LIMITES DES THÉRAPIES CENTRÉES SUR LE TRAUMA

Les thérapies cognitives centrées sur le traumatisme sont celles qui ont le plus haut degré de recommandation étant donné leur efficacité ; malgré tout, elles ont leurs limites. La première limitation est le manque de thérapeutes formés. Mais ce n'est pas la seule.

Le risque d'arrêt de la thérapie est important. Une étude chez des vétérans de guerre montre un taux d'abandon de 36 % avec une probabilité du 95 % IC (26.2 -43.90).

Le taux de non-réponse à ces thérapies est aussi très important : il pourrait atteindre le 50 % selon une revue de la littérature qui inclut 25 études (Schottenbauer et al., 2008) et ce taux serait encore augmenté chez les patients avec des troubles sévères du sommeil (Akbarian et al., 2015), qui, comme on l'a déjà vu, présentent le plus de risques de conduites suicidaires.

Une autre limite existe quant à son application chez des personnes atteintes de maladies mentales, pourtant fréquemment comorbides : il existerait des faibles taux de reconnaissance du TSPT dans les milieux de santé permettant l'accès aux soins.

(Grubaugh et al., 2011; Mayo et al., 2017) . En outre, il existe peu de données sur l'évolution clinique et le traitement du TSPT chez les personnes souffrant de SMI. Il y a une nécessité de mieux comprendre les relations et de développer des thérapies prouvées dans cette population (Goetter et al., 2015; Grubaugh et al., 2011; Mayo et al., 2017) (Grubaugh et al., 2011; Mayo et al., 2017).

1.6.2. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Les traitements médicamenteux suivent dans les recommandations internationales, en tant que traitement en deuxième intention du TSPT, sauf si la personne ne désire pas une thérapie et préfère une prise en charge pharmacologique ou si ou en première intention lorsqu'un autre trouble psychiatrique comorbide est diagnostiqué (par exemple, un épisode dépressif caractérisé, un trouble anxieux) (Guina et al., 2015). La réalité clinique fait que souvent les médicaments sont utilisés en première intention — manque de thérapies centrées sur le traumatisme disponibles, etc.

Les traitements pharmacologiques les plus efficaces sont les Inhibiteurs de la recaptation de sérotonine (ISRS) et sérotonine et noradrénaline (ISRSNa), notamment la paroxétine, la sertraline, la fluoxétine et aussi la venlafaxine sont les molécules priorisées dans la plupart des guideliness (APA, 2017c; ISTSS, 2018; Phoenix Australia, 2021; VA/DoD, 2017). En France, seule la paroxétine ont une autorisation officielle de mise sur le marché pour cette indication. Les antipsychotiques sont des molécules aussi recommandées dans les Nice guideliness, en addition à un traitement psychologique et pour des symptômes limitants n'ayant pas répondu à d'autres approches.

Il est intéressant de signaler des recommandations fortes contre l'usage de benzodiazépines (très amplement utilisées dans la pratique clinique), comme contre le cannabis et ses dérivés B, la D-cycloserine, la rispéridone et la tiagabine (VA/DoD, 2017). Il est intéressant de rappeler que les benzodiazépines, malgré leur potentiel anxiolytique majeur, sont contre indiqués en raison du risque de dépendance, d'aggravation des symptômes et de leur interférence avec le travail psychothérapeutique (Guina et al., 2015).

En pratique, la prescription d'autres médicaments à visée symptomatique peut être

nécessaire. C'est le cas lors de troubles du sommeil invalidants et aggravants le tableau clinique ou en cas d'anxiété majeure. L'hydroxyzine, à visée anxiolytique et pour traiter l'insomnie est utilisé et recommandé par les CUMP (CUMP, 2019).

Selon les *Nice guidelines*, il est important tenir compte des personnes avec des besoins complexes :

Pour les troubles dépressifs comorbides, la recommandation est de traiter le TSPT en premier, étant donné que de ce fait, la dépression va souvent s'améliorer.

Il est préconisé d'aider la personne à contrôler les problématiques qui peuvent être des barrières lorsque sont engagées les thérapies centrées sur le trauma ; c'est-à-dire, la dépendance de substances, la dissociation, la dérégulation émotionnelle, les difficultés interpersonnelles ou la perception négative de soi même. Il est spécifié l'importance de ne pas exclure les personnes avec une addiction à l'alcool des traitements spécifiques du traumatisme.

Planifier des supports pour l'après traitement est aussi recommandé dans ces cas.

Pour ces besoins, comme pour les personnes avec des symptômes résiduels ou ne supportant pas une thérapie centrée sur le traumatisme, il est spécialement intéressant d'envisager d'autres approches thérapeutiques : dans ce sens, les thérapies complémentaires se développent, notamment l'activité physique adaptée, les thérapies psychocorporelles et entre elles, les psychothérapies médiatisées par les animaux dans lesquelles s'inclut l'équithérapie.

1.7. THÉRAPIES EMERGENTES

1.7.1. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique adaptée (APA) fait partie des traitements non-médicamenteux du TSPT. En effet, la pratique régulière d'une activité physique contribue à une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, une réduction du stress et favorise la reconstruction de l'image de soi. L'activité physique est dans certains cas, remboursée par l'assurance maladie pour les personnes souffrant de TSPT.

1.7.2. LES THERAPIES PSYCHOCORPORELLES

A la fois innovantes et anciennes, les thérapies psychocorporelles, et notamment entre elles, celles à médiation animale pourraient être efficaces dans les troubles mentaux.

Elles permettent une harmonisation progressive des dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives, et sont ainsi des thérapies de prise de conscience et de rééquilibrage de ces trois dimensions des vécus existentiels (Gamba, 2004). Elles permettent ainsi, après un traumatisme, d'explorer et soigner dans ces trois dimensions.

Les thérapies psychocorporelles ont comme objectif la réhabilitation du ressenti et la réintégration du corps en tant que lieu d'expérience et d'existence (Motchane, 2005). Ce soin se réalise notamment en favorisant une bonne régulation des émotions par la pratique corporelle (D'Andrea et al., 2012). L'émotion est la réunion des vécus corporels et cognitifs et a un rôle indicatif dans la qualité des vécus. Enfin, elle constitue le principal levier thérapeutique des interventions psychocorporelles (Busser, 2022).

Les thérapies Corps Esprit ou thérapies Psychocorporelles ayant montré un intérêt pour le TSPT avec plusieurs revues systématiques évoquant son efficacité (Cushing and Braun, 2018; Guérin, 2014; Kim et al., 2013; Niles et al., 2018) sont:

La méditation pleine conscience : définie en tant que: attention focalisée sur les

expériences vécues dans l'instant présent, sans jugement (Kabat-Zinn, 2005). Elle est une des thérapies les plus étudiées dans l'actualité et sur lesquelles, il y a le plus de données pour l'effet positif significatif sur la réduction de la symptomatologie du TSPT. Il y a aussi des preuves des mécanismes pour lesquels la méditation peut aider dans cette pathologie, et sur ses comorbidités, comme l'abus de substances, l'anxiété et la dépression (Shen et al., 2020). Une autre revue démontre par ailleurs, un effet sur le sommeil (Cushing and Braun, 2018). Ces résultats sont soutenus par une méta analyse qui inclut 17 études cliniques randomisées évaluant les effets des thérapies psychocorporelles et qui montrent un effet modéré de la pleine conscience sur la réduction des symptômes de TSPT, comparée à un groupe sur liste d'attente (Vancampfort et al., 2021a).

Le Yoga (en sanskrit, *Union*) : pratique millénaire, cette pratique intégrative consiste en des exercices de respiration (*pranayama*), de posture (*asanas*), de méditation et de relaxation, et dans une alimentation équilibrée – végétarienne puisque basée sur le principe de la non-violence ou *ahimsa* (ce qui n'est pas évalué de manière habituelle dans les études). Actuellement, la majorité des études mesurant les bénéfices du yoga le font majoritairement sur la pratique d'*asanas* –postures yogiques accompagnées de respiration consciente avec attention dirigée vers le moment présent. Elle est de plus en plus utilisée, tant par la population générale en occident, qu'au sein des structures de soin, ceci afin d'améliorer l'état général de bien-être (NCCIH, 2020). Elle pourrait agir sur les capacités de régulation du système nerveux autonome (Moore et al., 2011). Deux méta analyse vient renforcer les résultats retrouvés dans les études précédentes évoquant des effets importants dans la réduction de la symptomatologie (Gallegos et al., 2017; Vancampfort et al., 2021b).

Quant à d'autres pratiques psychocorporelles émergentes, nous ferons référence ici aux ateliers thérapeutiques d'escrime pour la réparation des violences sexuelles, menés en France par l'Association Stop aux Violences Sexuelles. Créés en 2011 par la Dr Violaine Guérin, Olivier Sewar (maître d'armes), Marie-Blanche Lombardo (thérapeute psychocorporelle), Boris Sanson (kinésithérapeute et champion olympique de sabre par équipe) et de Martine Cartier (Guérin, 2014). Ces ateliers d'escrime, ont inspirés les ateliers d'équithérapie que nous décrivons par la suite; ils sont déjà manualisés et se réalisent à l'heure actuelle, dans nombreuses villes françaises. Réalisés en partenariat avec la Fédération française d'escrime, ils détiennent le label Sport santé. Une thèse récente, celle de Paul Busser, valorise ces ateliers et démontre un effet sur la régulation

émotionnelle dès les premières séances (Busser, 2022), ce qui, comme nous l'avons évoqué, est un levier thérapeutique très important pour le traitement du TSPT. D'autres travaux sont en cours.

Un autre type de thérapies psychocorporelles sont les thérapies médiatisées par animaux et spécialement la thérapie médiatisée par le cheval.

1.7.3. THÉRAPIE ASSISTE PAR LES ANIMAUX

L'Association des interactions humaines et animales (IAHAIO)¹, est une organisation américaine responsable d'analyser l'interaction entre les être humains et les animaux. Cette interaction intègre différentes modalités: les activités assistées par animaux (activités de plaisir améliorant la qualité de vie), l'éducation et la thérapie assistée par animaux .

La Thérapie assistée par les animaux (TAA) consiste en une intervention dirigée, avec des critères spécifiques pour améliorer ou apaiser des aspects sociaux, physiques, émotionnels et cognitifs (Mandrà et al., 2019). La TAA a été utilisée pour traiter diverses difficultés de santé mentale, et des recherches émergentes en santé mentale suggèrent qu'elle pourrait être utile dans le traitement de : la dépression (Souter and Miller, 2007), l'anxiété (Nimer and Lundahl, 2007), les troubles du spectre autistique(O'Haire et al., 2013) et la démence (Filan and Llewellyn-Jones, 2006).

Une méta-analyse suggère les TAA comme thérapies efficaces avec des effets importants sur des nombreuses pathologies. Notamment sur la douleur, le stress et des essais cliniques randomisés et contrôlés d'ampleur et qualité élevées sont donc nécessaires pour consolider l'efficacité de l'AAI par rapport à d'autres interventions (Waite et al., 2018).

Pour le Trouble de stress post-traumatique, une méta-analyse très récente, montre un effet des interventions assistées par animaux supérieur à une liste d'attente. En fait, il montre même des effets comparables entre des interventions assistées par animaux pour traiter le TSPT et les thérapies standards centrées sur le trauma. Il est important de

rappeler que les standards de qualité de ces études sont souvent inférieurs. Même si cette analyse compte de 8 études contrôlées avec presque 500 participants au total, l'hétérogénéité est néanmoins importante, que ce soit par une basse qualité des études inclus ou par les différences importantes entre les populations ou interventions étudiées.

En tout cas, l'intervention médiatisée par les animaux est très prometteuse pour le TSPT. Il est ainsi nécessaire de continuer la recherche, idéalement avec des études multicentriques, randomisées et contrôlées (Hediger et al., 2021).

2. LE SOIN MÉDIATISÉ PAR LE CHEVAL

2.1. BREF HISTORIQUE

Les chevaux évoluent avec l'être humain depuis plus de 5000 ans et ont une importance notable dans l'histoire de l'humanité. Ces animaux d'intelligence sociale sont capables de reconnaître des émotions humaines (Malinowski et al., 2018).

Les bienfaits du cheval sont évoqués depuis l'Antiquité. Xénophon (Vème siècle avant J-4C) écrit « le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur ». Il existe depuis les premiers textes médicaux, des descriptions des bénéfices des interactions entre l'humain et le cheval : Hippocrate prescrivait de monter à cheval pour l'insomnie et Galen pour prévenir la maladie. (Charry-Sánchez et al., 2018; Hippocrate de Cos, 1849).

Dans son encyclopédie, Diderot rédige un traité intitulé « De l'équitation et ses conséquences pour se maintenir en bonne santé et pour la recouvrer » dans lequel « il aborde les aspects préventifs et curatifs d'un tel sport, le recommandant aux dames pour soigner les maladies nerveuses dont elles sont souvent atteintes » (Badel, 2017; Diderot and Alembert, 1782).

Il existe aussi de nombreux mythes du cheval en tant que guérisseur et dans l'actualité, le Dr Gitton-Rippoll insiste dans la non-coïncidence du fait que le premier médecin connu s'appelle Hippocrate (hippos du grec cheval)(Gitton-Ripoll, 2008).

Pour beaucoup, monter à cheval est comme être bercé dans les bras de sa mère, ou comme un retour à son ventre ; pour le Dr. Muñoz Lasa, le cheval exprime le côté magique de l'homme, le symbole de la psyché inconsciente ou de la psyché non humaine, englobant les notions de vitesse, d'imagination et d'immortalité, et représente la sublimation instinctive (Muñoz Lasa et al., 2015). Dans cette thèse nous n'irons pas loin dans l'exploration du côté symbolique du cheval, laissant cette passionnante étude pour d'autres disciplines. En tout cas, nous apprécions ces éléments qu'elle met en valeur, notamment la sublimation instinctive, qui nous ramène à la notion de progression traumatique, à l'évolution suite à un traumatisme, en grandissant à partir d'une réparation et de ce contact transformateur qui se produit avec le cheval.

Le sociologue J. Michalon, évoque comme mythe fondateur de l'équithérapie l'histoire de Lis Hartel, une cavalière danoise, qui atteinte de poliomyélite se rééduque à l'aide de l'équitation, sous la direction de sa kinésithérapeute Elisabeth Bodiker. Elle remporte la médaille d'argent de dressage aux Jeux Olympiques de 1952.

La filière de la médiation équine débute ainsi par l'équitation adaptée et par la rééducation physique (Michalon, 2011).

Nous réaliserons ici la classification du soin médiatisé par le cheval selon une division fréquemment retrouvée :

- Hippothérapie : soin centré dans le soin physique
- Équithérapie : soin centré dans le soin psychique

Il est important de bien signaler que la distinction entre les deux est intéressante, elle peut nous apporter des informations, et nous aider dans différents aspects pour décider de l'orientation et de l'organisation et du focus de la thérapie. Elle est tout de même artificielle, les facteurs qui influencent dans un soin et dans l'autre se rejoignent inévitablement sur certains points, la barrière entre les deux étant plus imaginaire que réelle.

2.2. HIPPOTHÉRAPIE

L'Institut de formation en équithérapie (Ifeq), créé en 2011, propose de définir l'hippothérapie comme :

Action thérapeutique médiatisée, d'approche somatique, biomécanique et physiologique, courant de la kinésithérapie.

L'hippothérapie (HPT) est une intervention visant à promouvoir la récupération motrice chez les patients atteints de troubles neurologiques. Ses effets se produisent à travers un modèle de mouvements doux, précis, rythmiques et répétitifs (Guindos-Sanchez et al., 2020). Un travail musculaire intense contribue à l'amélioration du tonus musculaire, de la coordination et de l'équilibre des patients (Lee et al., 2014b). L'hippothérapie utilise les oscillations rythmiques et tridimensionnelles de l'équitation pour déclencher des réponses neuromusculaires qui stimulent les mécanismes réflexes posturaux du cavalier (Kim et al., 2013; Lee et al., 2014b).

La thérapie équine produit généralement un processus psychothérapeutique, développant un effet psychogène à travers la joie, le changement d'environnement et le contact émotionnel avec l'animal, tout cela renouvelant la motivation du sujet dans la réhabilitation (Barolin and Samborski, 1991). Le cheval agit comme un facilitateur suscitant des améliorations physiques et psychologiques chez les patients (Keren et al., 2001; Kim et al., 2013). En hippothérapie, le cheval sert à promouvoir l'organisation et la conscience du corps, et la récupération du sentiment de sécurité (Guerino et al., 2015). Par conséquent, la thérapie équine devient une méthode de réhabilitation mentale et motrice (Guerino et al., 2015).

Les preuves et la théorie de l'efficacité thérapeutique sur la motricité ont été établies (Wood and Fields, 2021). Les principales preuves publiées de l'efficacité thérapeutique de l'hippothérapie l'ont été dans le domaine de la réadaptation neurologique et motrice, (9, 10) ce, pour promouvoir la récupération de la fonction motrice. L'hippothérapie a été utilisée pour traiter la paralysie cérébrale, la sclérose en plaques, les lésions de la moelle épinière, les accidents vasculaires cérébraux et les déficiences intellectuelles (Lee et al., 2014a).

Le trouble pour lequel l'hippothérapie a été le plus étudiée, c'est la paralysie cérébrale, un trouble permanent de la posture et du mouvement, qui peut entraîner des déficiences de la fonction motrice globale. Selon des données metaanalytiques, existe un bénéfice de l'hippothérapie pour améliorer la fonction motrice globale chez les enfants atteints (Guindos-Sanchez et al., 2020). Pour le contrôle posturale et l'équilibre existent autres metaanalyses qui montrent des bénéfices dans le contrôle postural et équilibre (Zadnikar and Kastrin, 2011).

L'hippothérapie a été aussi bien étudiée pour ses effets sur la douleur chronique – la douleur chronique est un problème de santé publique mondial complexe qui affecte l'état de santé, la qualité de vie, les activités de la vie quotidienne et différentes variables liées au travail. Il est notamment associé, tant au TSPT comme aux violences sexuelles. L'hippothérapie pourrait avoir des bénéfices dans la douleur chronique à travers l'amélioration du contrôle postural et d'autres processus bio-psycho-sociaux (Collado-Mateo et al., 2020).

— L'équilibre postural : elle est bien reconnue pour son efficacité sur l'équilibre postural. Une étude qui envisageait les effets sur l'équilibre, notamment dans la sclérose multiple, en comparaison d'une thérapie par stimulation artificielle a noté que si bien l'amélioration de l'équilibre était comparable, une amélioration marquée sur la fatigue et la qualité de vie advenait sur le groupe d'hippotherapie (Frevel and Mäurer, 2015).

2.3. ÉQUITHÉRAPIE

L'Institut de formation en équithérapie (lfeq), créé en 2011, propose de définir l'équithérapie comme :

Action thérapeutique médiatisée par le cheval, d'approche psychothérapeutique

L'équithérapie, de : *equus* (cheval, en latin) et *therapeia* (traitement ou soin, en grec ancien). La Société Française d'Equithérapie la définit en tant que soin psychocorporel centré sur un axe de soin psychique : l'objectif est d'agir sur le fonctionnement psychique du patient, par des moyens psychiques comme la parole, le sentiment, l'émotion, le désir, le ressenti, le sens donné au vécu et au corporel : la sensorialité, le mouvement, la communication infra-verbale, l'expression gestuelle.

L'équithérapie est amplement utilisée dans le monde en tant que soin. Malgré qu'elle soit souvent évoquée comme émergente, l'équithérapie est bien ancrée dans la pratique clinique. Ceci est spécialement vrai dans la psychiatrie infantile (Ansorge and Sudres, 2011). Par contre, les études sont moins financées (c'est intéressant de rappeler qu'il n'y a pas de laboratoires pharmaceutiques pour le faire) et souvent avec plus de limitations. Malgré ceci, au vu de ses résultats prometteurs— dans l'actualité, elle commence à être étudiée avec des recherches présentant de plus en plus de qualité et d'envergure. Elle est déjà utilisée pour traiter ou améliorer la qualité de vie dans l'autisme, le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, la dépression, l'anxiété, la démence, les troubles de comportement, la schizophrénie et le TSPT.

Notamment très utilisée en tant que soin pour les personnes autistes, les initiatives se multiplient et de nombreux témoignages de personnes autistes ou de parents viennent confirmer les bénéfices apportés. Selon une métaanalyse, la validité des résultats décrits dans les études scientifiques actuelles doit être encore consolidée (Charry-Sánchez et al., 2018).

Les études pour le TSPT existent et leur qualité est en augmentation. En France, l'Hôpital de Dreux est en train de réaliser une étude d'équithérapie pour des soins psychiques (Westphal, 2021). Pour le TSPT infantile, une étude a petite échelle a eu lieu très récemment aux Alpes Maritimes (Hameury and Rossetti, 2022a) ; c'est prévu qu'elle soit développé dans une étude multicentrique, en partenariat avec le Centre National de Ressources et Résilience, est envisagée pour approfondir les connaissances concernant les effets de la médiation équine sur le psychotraumatisme chez les jeunes.

Nous détaillerons en premier lieu les leviers d'action de l'équithérapie, évoqués dans la littérature. Puis, nous envisagerons plus en détail certains d'entre eux en soulignant le pourquoi leur importance est spécifique dans le soin du TSPT.

LES MÉCANISMES D'ACTION DE L'ÉQUITHÉRAPIE :

Les mécanismes d'action de la médiation équine ont été théorisés, notamment en relation à l'autisme, mais aussi pour d'autres troubles (notamment le TSPT) ; nous les classifions ici pour une plus facile compréhension. De même que pour la distinction hippothérapie et équithérapie, la division est faite dans un but théorique, mais les facteurs s'entre-tissent très fortement et s'affectent les uns aux autres.

La classification que nous exposons ici est basée sur une classification faite par Hameury and Rosetti (Hameury and Rossetti, 2022a). Elle inclut aussi d'autres précisions rencontrés dans la littérature et notamment les références à certaines études scientifiques existantes qui soutiennent la théorisation des bénéfices.

1. Facteurs environnementaux :

L'environnement en médiation équine convient bien aux personnes souffrant de stress, étant calme et structuré, tout en exerçant une stimulation multisensorielle. Le contact avec la nature est bénéfique. Ainsi, il va être médiateur de bien-être, facilitateur des interactions et du comportement adaptatif.

2. Facteurs liés à l'interaction avec l'animal : (peut être à fusionner avec facteurs émotionnels)

Le cheval est facile à décoder et assez prévisible une fois que nous avons acquis certaines notions. Comme le non-jugement, de manière évidente. Ce qui implique qu'il existe une absence relative de déclencheurs interpersonnels (Hultsjö and Jormfeldt, 2022; Naste et al., 2018). Il est doux, chaud et agréable à caresser et supporte les comportements particuliers. Il va engendrer de l'empathie. Il a un rôle apaisant et structurant. Il porte la personne, lui procure des sensations agréables. Il permet de canaliser la motricité, diminuant ainsi l'hyperexcitation et favorise l'apprentissage des

règles. Il permet une réciprocité : l'agir ensemble. Il est manifeste ici que le comportement de l'un agit sur le comportement de l'autre. Cela permet de développer et apaiser les comportements interactifs (Hameury and Rossetti, 2022a), améliorant compétences d'adaptation interpersonnelle (Kendall et al., 2014; Naste et al., 2018).

Cette interaction favorise un attachement sécurisé et sécurisant au cheval et la résilience (Kendall et al., 2014). Il existe aussi une responsabilisation, à travers un soin donné à un autre que soi. Cette situation est valorisante et augmente la confiance en soi et l'estime de soi. (Hameury and Rossetti, 2022a).

« L'interaction avec les chevaux renforce aussi la motivation, nourrit les émotions positives et encourage l'activité physique (Hultsjö and Jormfeldt, 2022).

3. Facteurs émotionnels :

L'interaction avec le cheval augmente la **capacité de régulation émotionnelle** :

– À travers la relation à autrui en pleine conscience, intensifiée grâce au dit effet miroir du cheval qui permet un ajustement fin des réactions propres - tel un neurofeedback.

Ce *feedback* offre aux patients et aux thérapeutes des occasions de favoriser la prise de conscience émotionnelle, la réflexion et l'adaptation pour une congruence des pensées, comportements et formes de communication.(Anestis et al., 2014; Fisher et al., 2021; Schultz et al., 2007; Selby and Smith-Osborne, 2013), en reflétant et amplifiant l'incongruence, permettant le changement. Les chevaux sont considérés comme particulièrement propices à ce processus, car ils sont naturellement hyper-vigilants - probablement du fait de la nature de proie- et très sensibles aux signaux verbaux et non verbaux, ce qui permet d'avoir un retour d'information instantané pendant les interactions(Fisher et al., 2021; Guerino et al., 2015). Ils perçoivent et comprennent les expressions humaines (Malinowski et al., 2018).

– Ceci favorise aussi le développement de la confiance en soi et **de l'estime de soi** (la personne aussi sent la congruence qui se développe) et développe les habiletés sociales, notamment l'affirmation de soi.

– Améliore le comportement et aide dans le soin des troubles du comportement.

– **Diminue l’anxiété** : à travers la relaxation, par une approche sensorielle, procure un apaisement. L’anxiété diminue aussi à travers surmonter des situations anxiogènes, de faire confiance, et de la prise de plaisir.

– **Augmente le sentiment d’efficacité** :

Ceci se traduit par la récupération du sentiment de sécurité, la facilitation de l’intégration sociale, la motivation de l’apprentissage, l’encouragement de l’utilisation du langage, l’enseignement de l’importance des règles et de la discipline, et l’augmentation de la capacité et de l’indépendance des décisions dans différentes situations, pour développer l’adaptation émotionnelle d’un individu (de Araújo et al., 2013; Giagazoglou et al., 2012; Guerino et al., 2015; Sunwoo et al., 2012) .

– **Elimine les symptômes dissociatifs, l’engourdissement émotionnel** (Fisher et al., 2021; O’Haire et al., 2013)

4. Facteurs cognitifs :

– Stimulation de l’**attention, la concentration, la planification** de tâches, le traitement d’informations et le travail de la mémoire, et tous les processus de **mémorisation**.

– Stimulation de l’organisation dans le temps et l’espace.

– **Stimulation** des fonctions **cognitives** à travers une approche **multisensorielle**, en stimulant les sens tactile, visuel, auditif et olfactif par le cheval et son environnement.

Grâce à ceci, il va être possible de promouvoir l’organisation, la **conscience du corps** (Guerino et al., 2015) et de soi, pour une prise de conscience du ressenti des éprouvés corporels.

Le focus attentionnel partagé est aussi une fonction cognitive basique qui est stimulée par le cheval. Ceci permet de décentrer (du trauma) et réorienter vers des processus attentionnels et cognitifs plus adaptés et fonctionnels (Hameury and Rossetti, 2022a).

Amélioration de la capacité à travailler et à effectuer des tâches quotidiennes et une réduction du nombre de jours d’inefficacité (Shelef et al., 2019).

5. Facteurs neurologiques

Le mouvement entraîne aussi une stimulation multi-sensorielle qui va exercer les **fonctions sensori-intégratives** et permettre l'intégration des influx sensoriels multiples : le mouvement, la chaleur corporelle du cheval, les vibrations..._Il favorise l'exploration visuelle, l'expression vocale et verbale. Il crée une **expérience sensori-motrice de réciprocité**, un "mouvement dialogue", prémices de communication non-verbale. Il développe les stratégies adaptatives. Il entraîne une amélioration du contrôle moteur (Del Rosario-Montejo et al., 2015), une **régulation du tonus, de la posture, de l'équilibre, de la coordination, apporte sensation de bien être (Hameury and Rossetti, 2022a)**.

6. Aspects psychologiques et sociaux

Le cheval est Facilitateur pour les processus d'enseignement et d'apprentissage, ainsi que de socialisation. Les expériences d'interaction entre les chevaux et les humains pendant la thérapie peuvent potentiellement : favoriser les comportements, car ces interactions offrent une plate-forme pour susciter des pensées, des sentiments et des comportements liés à la vie quotidienne en dehors du traitement (Naste et al., 2018).

7. Facteurs physiologiques :

– **Variabilité du rythme cardiaque** : dans une métaanalyse, toutes les études rapportaient une amélioration de la variabilité. Ceci s'explique par l'effet favorable sur la relaxation par l'activation du système nerveux parasympathique (Kendall et al., 2014).

– Diminution des hormones de stress (cortisol), diminution de l'excitation du système nerveux sympathique, libération de neurotransmetteurs (endorphines, sérotonine, ocytocine), augmentation du **tonus parasympathique**. Ceci diminue l'hyper-éveil, favorise la détente et la régulation émotionnelle, expliquant l'effet apaisant et l'action sur le comportement, les émotions et la relation sociale.

8. Dans la thérapie et la relation au thérapeute :

Amélioration de l'**alliance** thérapeutique entre le patient ou actient, le thérapeute et le cheval, pourrait améliorer les compétences d'adaptation interpersonnelle et favoriser un **attachement** positif et la résilience (Kendall et al., 2014).

9. Dans la relation au groupe

Le cheval peut exercer faciliter l'**interaction**, aider à la maturité, à la prise de conscience des uns et des autres et à la **cohésion** de groupe à travers l'attention partagée (Hultsjö and Jormfeldt, 2022).

10. Valorisation sociale

Être en contact avec les chevaux. C'est, en général, **valorisé** par notre société, de manière transculturelle et transgénérationnelle. Ceci est peut être un plus dans les effets d'amélioration de l'estime de soi, et de la socialisation qui n'est pas souvent évoquée (nous ne l'avons pas trouvé), mais qui est intéressante à signaler.

De plus, il permet d'accéder à un soin qui n'est donc pas stigmatisé et nous savons que le stigma peut être limitant dans l'accès au soin (Cascalheira and Smith, 2018; Mittal et al., 2013).

11. Qualité de vie

Amélioration de la fatigue et de la qualité de vie (Frevel and Mäurer, 2015).

12. Dimension ludique, sensation de plaisir

Qui ont des effets positifs en soi. Cette dimension est très probablement liée à une **satisfaction** élevée des patients avec cette thérapie.

2.4. EQUITHERAPIE POUR LE TSPT

Ces effets bénéfiques répondent tout à fait aux problématiques liées au TSPT.

L'équithérapie permet d'améliorer la régulation émotionnelle (Fisher et al., 2021; Hameury and Rossetti, 2022a; Johnson et al., 2018). La dysrégulation émotionnelle constitue un point essentiel dans le TSPT (Seligowski et al., 2016; Tull et al., 2020). Des difficultés élevées de régulation émotionnelle ont été systématiquement associées à des symptômes plus sévères du TSPT (Naifeh et al., 2012; Powers et al., 2015; Tull et al., 2020; Weiss et al., 2013).

La dérégulation émotionnelle dans le TSPT, a été aussi mise en relation avec la difficulté à se protéger, du fait d'une mauvaise discrimination entre danger et sécurité (Fitzgerald et al., 2018). Ceci peut jouer fortement dans le processus de vulnérabilité à de nouveaux traumatismes et c'est de ce fait un important levier d'action thérapeutique. Il suggère aussi une confusion pour déchiffrer les stimuli pertinents pour la motivation, ce qui renforce l'importance des thérapies qui ont une action spécifique sur la régulation émotionnelle (Fitzgerald et al., 2018), ce qui est aussi intéressant étant donné que dans le TSPT, il existe une conscience augmentée des émotions négatives et des déficiences dans la capacité à les traiter.

L'équithérapie jouerait aussi sur la motivation et sur le circuit de la récompense déficient dans le TSPT (Zhu et al., 2021). De même que sur la régulation de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (HHS), qui joue un rôle important tant dans la pathogenèse du TSPT tant à niveau psychique -régulation émotionnelle par exemple- comme physique (Gatta et al., 2021) -pas exemple dyslipidémie (De Hert et al., 2018), dérégulation du système immunitaire (Cathomas et al., 2019) dans un cycle de rétroalimentation positive (quant majeure est la dérégulation, majeur le stress et l'inflammation et dysbiose, et ceci augmente la dérégulation).

C'est important de signaler que du fait de son action spécifique sur la régulation émotionnelle, l'équithérapie est une possibilité très intéressante en tant que thérapie adjuvante dans les thérapies d'exposition. Il serait nécessaire d'augmenter les compétences de régulation émotionnelle et techniques d'ancrage, spécialement dans les

populations qui ont des dysrégulations importantes et notamment une tendance dissociative, ceci avant de commencer une thérapie d'exposition (Karatzias et al., 2019), ainsi qu'identifier et améliorer les schémas d'attachement problématiques initiés dans l'enfance et améliorer les compétences dans les interactions sociales.

Sans quoi, il peut avoir une augmentation dans les symptômes de TSPT, incluant dissociation, dérégulation émotionnelle, et augmentation du stress et détérioration dans le fonctionnement du patient (Lanius et al., 2010).

L'équithérapie, en tant que thérapie psychocorporelle, permet par ailleurs d'améliorer la conscience du corps (Hameury and Rossetti, 2022b), qui est en relation avec la prise de soin ; son manque est mis en relation avec des conduites auto-agressives et suicidaires (Orbach, 2003; Orbach et al., 2006).

Un autre point important récemment souligné par les études sur le TSPT est l'affectation des mécanismes de suppression de la mémoire (Mary et al., 2020) ; l'équithérapie permet de stimuler les mécanismes de contrôle de la mémoire, de décentrer (du trauma) et réorienter vers des processus attentionnels et cognitifs plus adaptés et fonctionnels en développant ainsi des stratégies d'adaptation (Hameury and Rossetti, 2022a).

L'apprentissage de nouvelles stratégies de relation avec le cheval met en exergue le coping actif. Le coping actif qui augmente le contrôle (réel ou perçu) sur le stressor », a été mis en relation avec une meilleure résilience que le coping passif (évitement, helplessness), qui augmente la vulnérabilité au TSPT (Cathomas et al., 2019) .

Le trouble de stress post-traumatique, comme nous l'avons vu, a de multiples comorbidités somatiques et psychiatriques, augmentant la morbi-mortalité et empirant la qualité de vie. Le soin médiatisé par le cheval peut être stimulant pour faire de l'activité physique, ainsi diminuant des facteurs de risque cardiovasculaires, responsables en bonne partie de l'élévation de la mortalité dans le TSPT. Le soin par le cheval a aussi été étudié séparément pour de nombreuses comorbidités du TSPT avec des résultats prometteurs : douleur chronique, trouble de l'usage de substances, dépression, anxiété,

troubles psychotiques. Le soin médiatisé par le cheval semble aussi être un moyen privilégié de conduire et médiatiser une thérapie avec des personnes qui, ayant vécu de la violence interpersonnelle, ont des problématiques dans la relation à l'autre.

Enfin, nous pouvons signaler le besoin vital des personnes souffrant de TSPT en matière de sécurité, d'attachement positif, de conscience et de régulation somatiques, et de développement des compétences sociales, et le potentiel tout à fait unique des chevaux à contribuer à l'amélioration de ces difficultés spécifiques (Naste et al., 2018).

2.5. BIEN-ÊTRE DES CHEVAUX MÉDIATEURS

Pour les chevaux, les nécessités basiques reconnues pour leur bien-être incluent : contact social, relations proches, liberté de mouvement et accès à des pâturages d'herbe. Sans ces besoins basiques satisfaits, les chevaux montrent des comportements ou mouvements anormaux, ainsi que des réponses passives ; ces réponses peuvent aussi être présentes chez des chevaux qui ont souffert de ces privations par le passé (Krueger et al., 2021). Ce bien-être est donc indispensable de manière éthique et pratique, les rendant efficaces et disponibles pour les pratiques de médiation équine.

Suite à l'augmentation du nombre de chevaux en thérapie assistée par les animaux, il est important de comprendre l'impact de ces interventions chez les animaux. Selon une étude, les niveaux de stress, mesurés par les concentrations de cortisol plasmatique et la variabilité du rythme cardiaque, n'a pas changé chez les chevaux impliqués dans des séances de thérapie pour les personnes affectés de TSPT (Malinowski et al., 2018) ce qui est rassurant par rapport au bien être des chevaux médiateurs.

SECONDE PARTIE

L'ÉTUDE : « Évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes ayant été victimes de violences sexuelles »

1. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Au niveau national, le ministère de la Santé a créé en 2019 le Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R). Le CN2R a pour mission principale d'approfondir les connaissances des troubles psychiques post-traumatiques et de les diffuser pour améliorer leur prise en charge (CN2R, 2019 b). Il coordonne un réseau national de centres spécialisés et de dispositifs de prise en charge des personnes souffrant de conséquences d'événements traumatiques. Au niveau régional ceci se traduit par la création, en 2021, du Centre Régional Psychotraumatisme (CRP) de Caen. Il propose des suivis pour les personnes souffrant de TSPT via des thérapies cognitivo-comportementales et via l'EMDR, la prescription de traitements médicamenteux. La formation des personnels de santé dans la prise en charge du psychotraumatisme et des missions de recherche s'inscrit également dans son action (CN2R, 2019 a). Cette thèse, est, nous l'espérons, un premier pas vers l'intégration de l'équithérapie comme outil thérapeutique dans le CRP de Caen, situé dans la région de Normandie, de tradition équestre importante.

Même si la littérature s'accroît, peu d'études sont réalisées à partir de protocoles spécifiques et d'interventions manualisées..

Ce protocole à cette qualité d'être une intervention qui se réalise de manière stable et d'être en fin de manualisation. Ce qui fait que la possibilité de réplique est tout à fait présente.

Des protocoles manualisés manquent et notamment en France.

Ce protocole a un intérêt supplémentaire. En effet, il est spécifiquement conçu pour tenir compte des particularités de cette problématique complexe qui sont les traumatismes occasionnés par des violences sexuelles. Il est l'unique à notre connaissance à avoir été développé avec ce focus spécifique. Il est de ce fait probablement plus efficace pour traiter ces violences. Les violences sexuelles sont spécialement susceptibles d'être associées à

d'autres traumatismes et notamment quand elles ont lieu pendant l'enfance, cumulant des facteurs de risque de gravité dans le TSPT. La diminution dans la régulation émotionnelle et dans la confiance interpersonnelle créent une difficulté accrue au traitement par thérapies centrées sur le trauma. De plus, c'est un protocole de 10 séances, mais qui tiennent lieu à rythme mensuel et ceci permet une inscription dans la durée du traitement et de l'intégration des changements. Ce protocole de groupe sert aussi en tant catalyseur d'une thérapie individuelle.

L'étude est monocentrique et prospective et à type d'analyse de pratiques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude est réalisée à partir de l'analyse d'un protocole d'équithérapie mené par l'association Stop Aux Violences Sexuelles qui s'est déroulé entre octobre 2021 et juin 2022 à Paris.

2.1. PROTOCOLE

Le protocole de ces ateliers d'équithérapie, élaboré par l'Association Stop aux Violences Sexuelles est un processus dans lequel les équitantes s'engagent pour 10 séances de 4 heures chacune, à un rythme mensuel approximativement. Les séances se dérouleront, en groupe fermé, c'est à dire, avec les mêmes participantes pendant toute la durée du protocole.

Le protocole thérapeutique respecte les principes qu'évoque le Dr Guérin dans son livre, *Comment soigner des violences sexuelles* (Guérin, 2014), notamment un traitement humain et respectueux de l'individualité de la personne, par une équipe multidisciplinaire avec un cadre qui est soutenu par les thérapeutes, de même que la dynamique réflexive du groupe. Les thèmes des séances apportent des éléments concrets de travail, soutiens de l'élaboration de la parole et de la pensée. Ces thèmes se succèdent selon une séquence logique et sont évoqués avec les équitantes lors des séances correspondantes, orientant le cheminement du groupe en appareillant aux situations singulières des concepts communs. Les thèmes correspondent d'une certaine façon à des points de blocage récurrents chez les personnes traumatisées, et notamment victimes de violences sexuelles. Ils correspondent donc à des fragilités qui ont été créées par le traumatisme. Ce sont aussi des facteurs qui facilitent l'apparition d'un TSPT ou permettent la répétition du trauma. Il est légitime de rappeler ici que le facteur de risque le plus important pour vivre une agression sexuelle est d'en avoir déjà subi une. (Fulu et al., 2017; Salmona, 2021).

Les participantes seront nommées pendant les séances (en plus de leur prénom énoncé dans les séances, évidemment), comme au long de ce travail, en tant que équitantes. Le

terme d'équitantes est soigneusement choisi, pour mettre en valeur le caractère actif où les participantes sont expertes de leurs ressentis psychiques et pour désigner la relation aux médiateurs principaux, c'est-à-dire les chevaux. La relation avec l'équipe encadrante, elle aussi, se tient sur la base de la collaboration et de l'interaction. Ce terme est aussi en relation avec le terme « actient », qui désigne des personnes en relation de soin, actrices de leurs soins, en collaboration avec des professionnels (Jaillais, 2016).

Il est important de faire remarquer que le parcours n'est pas prévu comme thérapie unique, mais comme un complément, certes fondamental, à une thérapie individuelle. Les participantes s'engagent à réaliser un suivi individuel pendant toute la durée du parcours thérapeutique. Ce suivi est à réaliser avec une ou un thérapeute ayant été formé aux ateliers thérapeutiques en réparation de violences sexuelles par l'association Stop aux Violences Sexuelles (ateliers auxquels sont aussi formés tous les thérapeutes dans le groupe, moi incluse). Ceci s'explique par le besoin de réaliser un travail intégré et l'importance que le thérapeute qui accompagne en individuel comprenne le sens et l'intérêt des expériences vécues en atelier, ceci afin d'en tirer le bénéfice maximal. Spécialement étant donné que le travail thérapeutique intensif va provoquer une restructuration du souvenir et du vécu, ainsi qu'une action sur des points de blocage, ce qui peut entraîner une activation de certaines problématiques jusque là enfouies. Par ailleurs, il est nécessaire que le thérapeute prenne conscience de cet aspect, pour qu'il soit en capacité d'accompagner le processus.

Il est prévu aussi que les participantes puissent, en complément de ce protocole, en cas de ressentir le besoin, participer à une séance de escrime individuel qui aura pour objectif permettre, selon les termes utilisés dans la thérapie, sortir l'énergie meurtrière (Guérin, 2014) qui a été transmise à travers les violences sexuelles. Nous pourrions aussi faire ici référence au fait de sortir l'agressivité : celle de l'agresseur, qui a été introjecté (Ferenczi, 2004), la remettre à sa juste place, contre l'agresseur en lieu de contre soi.

2.1.1. Les séances

Les séances se développent sur un plan prédéfini réalisé par Stop aux Violences

Sexuelles (SVS), stable et flexible. Elles suivent une structure régulière, avec des exercices en concordance avec des thématiques précises traitées lors de chaque séance. Une manualisation de ce protocole est en cours par ses principales actrices, la Dr Pascale Bouthillon, Mme Anne Kurz Van der Hoeven et Violaine Guérin. Il sera bientôt disponible. Ceci donne à ce protocole et à cette analyse des pratiques un intérêt supplémentaire, étant donné leur reproductibilité pour des études ultérieures. Les séances sont inspirées des protocoles d'escrime élaborés par SVS que nous avons mentionnés auparavant.

Nous présenterons d'abord ici, le descriptif du déroulé d'une séance et des thèmes de celles-ci. Les thèmes sont les suivants : limites, bases, protection, confiance, équilibre, contrôle, construction, engagement, gagner et liberté.

Nous nous basons pour décrire ces aspects : sur le livre du Dr Guérin *Comment guérir après des violences sexuelles*, sur les commentaires pertinents pendant les séances et partages de savoir de la Dr Pascale Bouthillon ainsi que d'Anne Kurz Van der Hoeven, Wilfried Verdier et Agnès Kerecki ; et sur des perceptions propres à l'auteure lors du vécu des séances. Dans la théorisation des bénéfices spécifiques propres au contact avec le cheval, illustré dans les séances, sont aussi intégrées des informations qui ont été recueillies dans la partie équita-thérapie de cette même thèse (et donc de sources multiples).

2.1.2. Déroulé des Séances :

1. Arrivée et accueil (5 minutes)

Moment d'échanges informels, préparation de thé, installation.

2. Tour de parole et informations sur la séance (45 min)

Pendant le tour de parole initial : les équitantes partagent leur humeur du jour ; puis elles reviennent sur la dernière séance passée et sur comment elles ont pu intégrer le thème de

la séance passé dans leur vie quotidienne. Une fois informées du thème de la journée, elles le décrivent avec un mot, tel qu'elles le perçoivent dans l'instant présent.

Lors de la première séance, le tour de parole est surtout employé dans des explications éthologiques pour permettre aux équitantes une meilleure connaissance des chevaux et pour faciliter la mise en relation, la médiation et la sécurité. En outre, on distribue à chaque équitante un cahier personnel pour la notation des émotions pendant la séance afin de pouvoir revenir sur certaines d'entre elles. Les écrits ne sont pas supervisés, mais peuvent être partagés pendant le tour de parole ou dans le cahier de groupe.

3. Pratique psychocorporelle (15 min)

Les pratiques psychocorporelles sont des exercices utilisant le corps, qui permettent une concentration dans l'ici et maintenant et une prise de conscience de l'état physique et psychique. Ceci sert en tant que tel et dans la préparation du centrage pour les exercices avec les chevaux.

Comme nous l'avons vu, l'intérêt prêté au corps est important dans ce protocole. Ainsi, pendant les pratiques psychocorporelles, et pendant le temps d'exercices avec les chevaux médiateurs, les participantes bénéficient à tour de rôle de séances individuelles d'ostéopathie.

4. Soin des chevaux (15 min)

Entrée en relation avec les chevaux, pansage, caresses, moment câlin. Ce moment de soin est important, car il met en jeu la collaboration humain-animal, chacun est acteur du soin de l'autre. En termes winicottiens, le soin des chevaux ramène au *handling*, à la façon adéquate qu'a une mère de soigner et de manipuler corporellement son enfant. C'est un apprentissage qui se déroule tout au long de l'enfance à travers entre autres, de la toilette. Ce soin, permet de redevenir acteur du *handling*, de l'explorer, de le procurer à un autre : le cheval et se préparer pour se le procurer à soi-même et à d'autres encore.

5. Exercices avec les chevaux médiateurs individuels ou en groupe (2 h 30 min)

Les exercices sont réalisés avec ou sans outils, ils peuvent être menés à pied ou sur le cheval, ceci toujours dans le respect de l'animal. L'objectif est l'apprentissage intérieur, la performance étant seulement un outil. La plupart du temps, on mène deux groupes d'exercice en même temps. L'observation des participantes les unes par les autres est encouragée et sert aussi de levier thérapeutique, tout comme l'observation de la part des

thérapeutes, leur disponibilité et leurs questions socratiques.

Les exercices sur le cheval font travailler la musculature (un cheval au pas mobilise autour de 300 muscles de son cavalier, et ce, de manière agréable)(Voisin, 2015) et la posture, qui provoque une sensation de bien-être. Le concept winnicotien de *holding*, c'est-à-dire la façon dont la mère porte et maintient son enfant physiquement et psychologiquement est mobilisée dans ces exercices, le cheval permettant ce portage maternel, d'une « mère suffisamment bonne » (Voisin, 2015) .

Par le *handling* et le *holding*, dans un attachement qui s'instaure dans la relation à l'animal, s'installe une relation soutenante qui permet le développement de la thérapie. La régression nécessaire en thérapie, notamment chez des personnes ayant expérimenté un trauma peut se mettre en place — (régression évoquée par Ferenczi comme nécessairement soutenue par le thérapeute pendant une thérapie du trauma, notamment du trauma précoce afin d'éviter une répétition de ce dernier en psychanalyse. Il évoque la difficulté existante pour le thérapeute d'accompagner cette régression, et pour ce faire de « croire à nos propres théories ».) (Ferenczi, 2004). Dans ce cadre, le cheval est une aide précieuse au thérapeute.

La communication avec le cheval, tant sur le cheval qu'à pied, va être majoritairement réalisée par le langage du corps, langage fondamental dans le développement psychomoteur et affectif. C'est une thérapie psychocorporelle, sécurisante, régressive, avec un *holding* et un *handling* très efficaces.

6. Tour de parole final (15 min)

Humeur finale de la séance, partages sur les ressentis dans les activités, permettant une verbalisation des sensations et l'émergence de sens. Proposition d'activités entre les séances.

La posture de non-jugement, déjà présente dans la relation au cheval est poursuivie pendant le groupe de parole, avec le maintien d'un climat rassurant. Dans ce temps, on expérimente le premier pas du travail de mise à distance (séparation d'avec la mère-

cheval) puisque les chevaux restent proches, mais ne sont pas présents pendant la séance. Le deuxième pas se réalisera dans la séparation à la fin de la séance.

On utilise par ailleurs un cahier de groupe qui tourne à tour de rôle entre les diverses participantes à chaque séance. Elles peuvent toutes participer, écrire, dessiner... À la fin de chaque séance, une équitante prend le cahier de groupe. Toutes ont cependant la possibilité de créer des œuvres entre les séances, ce qui maintient ce lien. Elles peuvent les ramener et les coller dans le cahier lors de la séance suivante.

2.1.3. Les thèmes des séances : 10 thèmes de réparation

Chaque séance se focalise sur un thème précis de réparation et les thèmes se suivent sur une séquence logique que nous allons voir ci-après. Ce sont des thèmes qu'il est en outre central d'intégrer dans la vie quotidienne des équitantes. Ils permettent de traiter les

« points de blocage » qui sont des pensées qui contribuent au développement et au maintien du TSPT (Held et al., 2020). Il est important de signaler que chaque thème est revisité lors des séances suivantes, ce qui permet l'ancrage (Guérin, 2014).

Afin d'enrichir cette description et donner un petit aperçu des perceptions des équitantes, nous ajouterons ici les mots donnés par celles-ci en début de séance pour décrire ce que leur inspire le thème thérapeutique du jour.

1. Limites :

« Structure », « Savoir dire stop », « écoute », « frontière », « respect », « frustration », « limites physiques » sont les mots donnés par les équitantes pour définir les limites.

Étant donné que le traumatisme occasionné par les violences sexuelles est une atteinte aux limites émotionnelles, psychiques et corporelles, il est primordial de restaurer et restructurer ces limites qui ont été violentées afin de soigner, et de protéger au maximum

des nouveaux traumatismes ou violences (Guérin, 2014).

« L'idée n'est pas d'enlever la trace, mais la douleur. On peut nettoyer la plaie et l'aider à se fermer, il restera une cicatrice, mais elle n'a pas à faire mal. » Thérapeute lors de la séance.

L'abordage psychologique consiste à prendre conscience des limites de l'enveloppe corporelle et psychique, extérieures et intérieures. À travers des signaux sensoriels et émotionnels, en en prenant conscience, il est possible d'apprendre à déterminer nos limites personnelles et à partir de là, apprendre à les faire respecter.

La mise en place d'un cadre précis avec ses limites, exigé par l'organisation, le cheval, le groupe, non pas par le soignant, peut avoir un rôle rassurant sur les équitantes et désamorcer le possible conflit avec l'accompagnant. Il est notamment important pour accompagner des équitantes souffrant de traumatismes dans l'enfance ou des traumatismes multiples, notamment de nature sexuelle, qui peuvent être comorbides avec le « trouble borderline de la personnalité », ou d'autres notions comme le trauma complexe, puisqu'ils peuvent entraver les relations interpersonnelles soignant/soigné, notamment parce que la notion de limites est problématique.

C'est aussi intéressant de rappeler que le cheval est un partenaire idéal dans l'instauration des limites. Dans ce langage du corps à corps qui s'établit, nous ne pouvons pas oublier que le cheval pèse les 500 kilos et le poney les 200 ; son poids et sa force sont donc énormément supérieurs aux humains. L'établissement des limites est de ce fait essentiel et incontournable pour l'établissement d'une relation sécurisée.

Le langage corporel est aussi le langage du sexe et de l'agression sexuelle. La mise en relation avec le cheval peut amener des remontées traumatiques. La grandeur de l'animal, la chaleur, les poils, les sécrétions qui coulent du naseau, le hennissement... C'est un tout qui peut jouer dans le fait que le cheval puisse être apparenté à l'agresseur. Ce transfert est extrêmement intéressant quand il est accompagné en thérapie. Il permet d'aller à cette racine, ainsi que de travailler sur certains points de blocage comme « tous les hommes sont comme ça ». Il permet aussi de revisiter chez des victimes des violences sexuelles les notions de sécurisée et insécurisée, comme nous avons vu altérées dans le TSPT. Ces notions sont essentielles dans le processus de pose de limites.

Quelques notions d'éthologie sont nécessaires pour la relation et sont spécifiquement abordées dans cette séance. Puisque, comme l'affirme le célèbre adage, « La liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres », il est important de comprendre comment fonctionne le cheval pour que celui-ci aussi puisse se sentir en sécurité et que les signaux qu'il envoie soient écoutés (et utilisés dans la thérapie). C'est pourquoi les équitantes apprennent des notions basiques d'interaction avec le cheval dans cette séance, comme :

Le cheval voit amplement autour de lui, mais pas ce qui se trouve juste en face. C'est pour cela que l'approche sera faite de manière oblique, en parlant. Ceci pour permettre au cheval de se sentir en sécurité, en nous percevant clairement, de manière à ce que nous ne le prenions pas par surprise, dépassant ses limites sans accord préalable. Le cheval, animal de proie, il est un partenaire idéal pour apprendre à se connaître et à être dans l'instant présent : il est très sensible à nos signaux et va avoir besoin de cohérence, il va nous apporter un feedback instantané de notre état intérieur. Ceci est spécialement intéressant pour accompagner de victimes de violences sexuelles : la dissociation va être perçue par le cheval et il va permettre la prise de conscience par la personne, ce qui, accompagné par le thérapeute est un premier pas fondamental dans la thérapie.

Le cheval cherche à être dans le confort et il va nous le montrer, si quelque chose l'inquiète. Il a besoin pour se sentir en sécurité de nous percevoir et de comprendre que nos intentions sont bienveillantes. Les chevaux aiment bien être grattés dans le cou. Ils apprécient aussi le brossage. Comme nous, par des signes, ils transmettent des émotions. Par exemple : si quelque chose dérange le cheval, ses oreilles pointeront vers l'arrière, et si nous persévérons, il continuera à envoyer des signaux d'inconfort jusqu'au coup et la fuite (Bouthillon and Kurz Van der Hoeven, 2021).

L'espace humain intime se trouve autour des 80 cm ; le périmètre social autour de 1,20 m (Guérin, 2014). Les espaces personnels où le sentiment est agréable dans la relation à l'autre humain sont expérimentés lors de cette journée à travers un exercice psychocorporel. Grâce à celui-ci, les sensations corporelles et émotionnelles se lient, se font conscientes et les participantes commencent à apprendre à les reconnaître.

Exercice pour la vie quotidienne : établir des limites justes et logiques dans au moins une situation.

2. Bases

« Sécurité », « Ancrage », « Accepter ou pas, le principe », « fondations », « socle », « bases de l'éducation », « structure », « appui pour projection ».

L'idée est de revisiter les fondations, tant physiques que psychiques. Cette revisite permet de les discerner. C'est le moment au présent pour faire le tri : ancrage dans l'ici et maintenant pour choisir les éléments que l'on garde pour le chemin.

Les fondations physiques vont être travaillées à travers la prise de conscience et les ancrages. C'est-à-dire, ancrage postural — *swiss ball* et montée à cheval —, ancrage par la respiration, accueil des sensations corporelles, des émotions, ancrage visuel, par exemple à travers de l'exercice : regard focal, regard élargi, regard périphérique, yeux fermés, sur cheval. Nous savons actuellement que les postures corporelles s'étendent au-delà de la pensée et de l'émotion, à la physiologie et aux choix comportementaux (Carney et al., 2010).

Les fondations psychiques vont être travaillées avec la visite des (pré) fondations de l'éducation reçue et de son questionnement, ainsi que des racines familiales et culturelles. La prise de conscience de ses propres cognitions, de celles qui font du mal et les points de blocage, comme par exemple la peur du contact avec le périnée dans le cas des agressions sexuelles, ainsi que des reviviscences. Il est fondamental que les thérapeutes soient prêts à accueillir les sensations de la personne.

Pendant cette séance et grâce au cheval, les équitantes visitent les compétences socles nécessaires au bon développement d'un enfant, associé à l'émergence du langage oral et des constructions cognitives spécifiques de l'être humain : les « noyaux initiaux » à partir desquels le bébé capte, agglomère, combine et intègre les informations de son monde extérieur, c'est-à-dire l'attention visuelle soutenue, l'élan à l'interaction, les comportements affiliatifs, l'organisation structurée et ciblée du geste, et l'imitation ». Ce sont les « noyaux initiaux » à partir desquels le bébé capte, agglomère, combine et intègre les informations de son monde extérieur.

Ce portage est spécialement important pour le soin des agressions sexuelles qui ont eu lieu chez des enfants, il est d'autant plus nécessaire si les agressions ont été commises sur un très jeune enfant, voire un bébé. Ce sont des défauts de portage. Le « bébé savant », ce bébé qui doit progresser pour aider son entourage dysfonctionnel, devenu

adulte pourra régresser, si besoin . De même pour celui qui est resté dans une régression traumatique, il pourra trouver l'accompagnement nécessaire pendant cette régression pour qu'elle ait des effets thérapeutiques.

Le cheval est un partenaire qui permet l'instauration de ces compétences socles dans le cadre thérapeutique en favorisant, dans ce cas, le développement de l'enfant intérieur et de l'adulte qu'il est devenu en thérapie. Il permet par ailleurs l'intégration des éléments vécus ainsi que l'émergence du langage, mais au présent et pouvant nommer le trauma.

Exercices de la séance : prendre soin d'une plante — à maintenir tout au long du parcours. Établir des liens entre la réalité quotidienne et la forme de regard dans laquelle elles se sentent plus à l'aise : le regard élargi dans ce cas, pour la totalité de ce groupe.

3. Protection

Dans cet atelier on fera une différenciation importante : entre protection et surprotection. La première étant nécessaire pour le maintien de la vie. La deuxième pouvant être utile dans un contexte particulier, notamment d'abus, pour la survie, mais qui est limitante pour une vie épanouie. Quand la protection est de mise, il peut y avoir une détente, grâce au sentiment de protection. Dans la surprotection, il existe une tension.

Pour les différencier, le cheval va être un partenaire très intéressant. Comme nous l'avons vu, le cheval étant un animal de proie a besoin de se protéger dès qu'il y a une menace, mais revient à l'instant présent et à son confort dès que la menace est contrôlée. En thérapie, les sensations corporelles, les émotions, le confort ou l'inconfort sont évoqués comme la notion de « qu'est ce que tu peux faire pour que ça aille mieux ? ».

Un autre facteur important pour la protection c'est trouver la juste distance. Ceci aussi est mis en exergue par le cheval. Pour trouver celle-ci, il s'agit de travailler le fait de remettre l'autre à sa juste place, de se protéger et protéger ses limites, sans reculer, en écoutant ses besoins propres.

La différenciation des réactions de l'autre est aussi essentielle pour trouver un équilibre dans la relation et maintenir la protection. Par exemple, dans une relation juste, qui prend en compte ses désir, ça pourrait être un câlin doux entre le cheval et l'humain, dans le plaisir de la relation. A l'opposé d'une expérience négative si le cheval se frotte, sans tenir

compte de l'individualité (par exemple comme il pourrait le faire contre un arbre), ni de la taille de son compagnon. Si bien que le cheval n'est pas un prédateur il n'ya pas de malveillance dans son geste, contrairement à ce qui arrive avec un agresseur, ceci sert à faire des parallèles dans les relations humaines et notamment corporelles et sexuelles. La pose de limites, de plus en plus fortes si nécessaire, notamment pour sa propre protection, s'explore donc avec les chevaux.

Pendant cette séance, le travail se fait en majorité dans le rond de longe. Cet avertissement important pour la sécurité est formulé : ne pas se « laisser coincer » : éviter de rester entre deux chevaux proches, jamais entre le mur et le cheval. Se protéger c'est savoir poser un « NON » ferme et convaincant, en communication verbale et non verbale. Se protéger peut aussi inclure une juste anticipation pour garder la maîtrise du jeu (je décide pour moi), comme c'est le cas dans lesport (Guérin, 2014), et qui ici peut s'exercer dans la relation au cheval.

La protection est aussi liée au soin que l'on porte à soi-même et à son corps, par exemple, l'échauffement avant des exercices pratiqués pendant la séance. C'est aussi savoir protéger et prendre soin de ceux qu'on aime, une modalité essentielle étant la protection de ses enfants (Guérin, 2014).

La notion de maternage est particulièrement importante. En effet, si les violences ont lieu, c'est par un défaut de protection par cette figure maternelle, bien parce qu'elle participe activement dans les violences, bien parce qu'elle est elle-même victime et se trouve dans un état tel d'accablement psychique qu'elle n'est pas capable de protéger ses enfants. Quoi qu'il en soit, les victimes de violences évoquent souvent cette absence. Dans nos ateliers, ceci n'est pas une exception. De fait, l'unique moment de groupe de parole qui s'est réalisé en dehors des temps prévus à cet effet a eu lieu de manière spontanée autour du faisant défaut de la figure maternelle, ce qui était un point commun au sein du groupe. Le pansage et le soin donné aux chevaux est donc une forme de protection.

Exercices :

- Mettre de la crème sur au moins une partie du corps, de manière régulière : prendre soin, c'est aussi une manière de protéger.
- Application de la protection dans une situation quotidienne.

4. Confiance

La confiance. C'est l'aboutissement des trois dernières séances : une fois établies les limites, bases et protections, nous pouvons passer au travail de la confiance. Sans ce préalable, la répétition peut s'instaurer et les relations sont plus souvent d'emprise ou de dépendance, les abus n'étant pas détectés, la peur étant généralisée, la personne est incapable de discerner une menace de ce qui ne l'est pas. Ici, avec ces préalables donc, c'est la confiance dans le processus, dans les autres et en soi-même qui est travaillée.

Les moments d'échange entre les participantes apportent de la confiance, un sentiment de partage, les interventions de toutes considérées avec valeur.

Comme évoqué auparavant, le fait que le groupe soit constitué de femmes ayant toutes vécu des abus sexuels, et dans ce cas, toutes des violences dans l'enfance, permet une validation du vécu individuel par le groupe.

L'effet de groupe dans l'amélioration de la confiance en soi et dans les autres est très important. Une restauration narcissique saine se produit quand nous voyons nos semblables. Quand l'entraide est de mise, ceci redonne de la valeur aux différentes personnalités. Pendant les échanges de groupe, les équitantes s'épaulent les unes les autres, ce qui sert à questionner les croyances négatives sur soi, « suis-je sans valeur alors que je suis capable d'en soutenir une autre ? » « Les autres sont-ils malveillants alors qu'on vient me tendre la main spontanément et sans obligation ? » (Jaillais, 2016).

Le cheval, comme nous l'avons vu, est dans le non-jugement par nature, et énormément dans le moment présent ; il sert en ce sens à questionner les croyances négatives envers le monde à travers une connexion naturelle. De plus, l'apprentissage de nouveaux savoir-faire en relation aux chevaux est aussi revalorisant (Johnson et al., 2018). Tout ceci sert dans la restauration de la confiance en soi — tant de son savoir-faire, que de sa nature profonde.

Il y a aussi du soin dans le fait d'aller au-delà d'une expérience négative et de la transformer. Dans ce cas, il s'agit d'aller au-delà des abus sexuels qui font avoir peur de monter à cheval et plus précisément de monter à cru. Monter à cru, ou seulement avec le tapis est un exercice de confiance qui est très pertinent concernant la surprotection notamment. Cette surprotection au niveau de l'entrejambe, dans ce cas et de l'intimité

dans le contact est limitante : la connexion avec un autre être et la prise de plaisir sont compromises.



55

5. Équilibre

L'équilibre est une notion dynamique, comme l'est l'homéostasie. C'est pourquoi la remise en mouvement c'est aussi une partie de la recherche d'équilibre. La mise en mouvement du bassin est essentielle pour les personnes qui ont été agressées à cet endroit pour récupérer un équilibre. La respiration et la monte douce, au pas, sont d'excellents moyens.

L'exercice de la marche méditative extrêmement lente est une bonne illustration de l'équilibre : le déséquilibre temporaire est essentiel pour pouvoir réussir la marche. Il permet aussi une prise de conscience de sa façon propre de marcher.

Le fait de savoir qu'il y a un équilibre possible et que le rééquilibrage passe par des moments de déséquilibre permet de mieux les supporter et de les rendre utiles dans l'ensemble. Ceci permet de trouver l'équilibre dans le déséquilibre.

Pendant cette séance se réalise aussi un exercice avec de longues rênes: les rênes longues permettent de communiquer, tout en maintenant une distance et ne pas être importunée. Ceci est extrêmement important, notamment quand les mécanismes de relation sont de fusion/fission. Cette prise de conscience d'une communication et d'une

relation sans aller dans une proximité forcée peut permettre de retrouver un équilibre ; établir une distance à certains moments, ce qui peut permettre d'éviter une reproduction des mécanismes d'emprise.

Exercice : construction d'un mobile qui représente l'équilibre.

6. Contrôle

« Maîtrise », « sécurité », « rigidité », « contrôle », « handicap », « décision ».

Le contrôle se définit comme la vérification autour d'une norme, ou comme la domination de l'un sur l'autre. Ici, ce serait de la cognition, ou de la partie survivante, sur le reste, visant par sa domination à maintenir dans des standards préfixés.

Ceci se différencie de la maîtrise qui est une compétence et/ou connaissance approfondie d'un sujet, d'une discipline, d'une situation, ou soi-même qui permet de se sentir maître de ses propres comportements et objectifs, créant les conditions d'émergence du sentiment d'autodétermination.

Tandis que le contrôle tend à impulser le sentiment d'être isolé, la connexion avec les autres et le monde – comme nous l'avons vu, altérés dans le TSPT – ont tendance à surgir lorsqu'à partir de la maîtrise émerge un sentiment d'autodétermination.

Le développement des nouveaux savoirs, avec la motivation produite par l'apprentissage, l'approfondissement dans la relation au cheval, la capacité nouvelle de communiquer avec lui, permettent d'augmenter la sensation de maîtrise et ainsi, l'estime de soi, la récupération du sentiment de sécurité, la facilitation de l'intégration sociale et l'augmentation de la capacité et de l'indépendance des décisions dans différentes situations avec le cheval. Ceci permet de développer l'adaptation émotionnelle et de laisser de côté l'hyper contrôle.

Concernant le cheval, il est sain de reprendre les choses en main. C'est-à-dire, marquer nos limites avec le cheval ou le corriger si nécessaire. Ceci peut nécessiter de tirer fort de la bride dans certaines occasions.

Ce n'est pas un problème dans la relation au cheval, qui peut être toujours positive. Ceci est vrai si nous relâchons dès qu'il a répondu ; c'est à dire, si nous marquons nos besoins, mais sommes attentives aux siens, lui permettant de revenir à son confort dès que

possible, même si nous sommes dans le contrôle. Sans quoi, nous dépassons ses limites. En conséquence, le cheval sera naturellement en opposition, il n'acceptera pas ce sur-contrôle qui l'inconforte.

Le cheval est donc un précieux compagnon pour explorer cette notion entre contrôle et sur-contrôle, qui peut d'ailleurs, comme le cheval le montre bien, mener à une paradoxale perte de contrôle — bien présente dans le TSPT, où malgré un sur-contrôle régulier, les personnes sont plus enclines à des prises des risques (mal mesurées). Ceci nous ramène aussi à la notion de fluidité et du moment présent. Nous pouvons avoir à un moment besoin d'être plus fermes, et si celles-ci est approprié est protectrice, est dans le contrôle sain, mais devient surprotectrice ou dans le sur-contrôle, si nous la maintenons alors qu'il n'y a plus besoin — et donc nous ne sommes plus dans le moment présent. . Ceci est extrapolable aux autres relations et est spécialement important dans les cas où il y a eu une malveillance interpersonnelle, et spécialement sexuelle.

7. Construction

« Abri », « bâtir », « solidité », « solidité », « bâtisse », « structure »

Pendant cette séance, il s'agit de pratiquer le fait d'intégrer la réflexion avant l'arrivée la situation même – par exemple, d'abord, les équitantes font le parcours sans cheval – (un peu comme les plans d'une bâtisse avant de commencer la construction).

Dans cette séance, les accompagnateurs proposent aussi un exercice de théâtre intérieur, en mettant en jeu une situation vécue pendant l'enfance et changeant les réactions pour libérer les émotions avec la maturité acquise (ce qui, dans ce cas-ci, soyons clairs, n'est surtout pas synonyme de retenue). La notion d'enfant intérieur (Ferenczi, 2006) est tout à fait explorée, des situations se désamorcent. Ceci permet de les penser autrement. De consoler son petit enfant intérieur avec le soutien du groupe.

Ceci permet une progression, suite à cette régression : affronter le futur avec de nouvelles réflexions d'adulte, l'enfant intérieur étant apaisé — et la personne ayant appris la capacité qu'elle a à apaiser cette enfant.

En fin de séance, une méditation de connexion avec l'enfant intérieur est réalisée : connexion avec l'âge représenté lors de la séance, en recherchant l'enfant présent, ses

pensées, ses bosses, les réactions dans le corps, les émotions...

8. Engagement

L'engagement permet d'accorder, de choisir, avec soi ou d'autres, un contrat, un cadre qui engage aussi les limites, les bases, la protection, ainsi que les autres thèmes traités. Il permet aussi de travailler la notion de responsabilité personnelle. Il s'agit de s'attacher à l'importance des règles et disciplines.

Une récupération du trauma permet l'engagement jusque là entravé par la peur.

Elle permet de se donner les autorisations pour décider à quoi s'engager dans la vie, elle évite de rester figé dans l'état traumatique, de souffrance et d'imposition de la volonté d'un autre sur la volonté propre. L'engagement fait partie de l'autonomie, c'est le contraire de l'emprise ou être sous le pouvoir de l'agresseur, où l'autonomie se perd.

Dans la séance, tout en respectant les règles de sécurité, chacune sera en autonomie avec son cheval pour explorer ses sensations et vivre ainsi une histoire unique ; toujours dans une augmentation de l'indépendance et de la capacité de décision. L'intégration entre pensée, affect et action qui est soutenue pendant le parcours est pro-engagement.

9. Gagner

« Fierté », « arriver au but », « confiance », « aboutissement » « garder en tête le plaisir », « même si tu perds et que tu as pris du plaisir tu as quand même gagné », « relativiser par rapport aux propres objectifs ». Savoir demander augmentation, savoir changer.

L'enjeu est un thème important. Gagner, c'est affronter un enjeu, la peur. Il y a la peur de gagner et ses conséquences, comme il y a la peur de perdre. Dans cet atelier se réalisent des compétitions de *pony-games*, où la cohésion d'équipe est nécessaire, la victoire est collective... Elle va apporter valorisation, reconnaissance, plaisir et jeu dans l'enjeu. Effectivement pendant les *pony-games* (parcours avec le cheval sans faire tomber l'eau d'un verre), les unes le feront plus vite et les autres plus précautionneusement, évitant de renverser l'eau. Toutes ont eu une sensation de plaisir, d'enjeu, et de gagner (ou effectivement, ou à travers du plaisir pris). La socialisation, la prise de plaisir et la mise en jeu de ses compétences sont de mise.

Exercice pratique entre séances : illustration du mot gagner.

10. Liberté

C'est l'atelier de fin, où la créativité a toute sa place pour s'exprimer, de manière individuelle et en groupe. Là où la peur est dépassée, la créativité peut s'exprimer. L'idée est de se donner toutes les autorisations, dans le respect de soi et d'autrui. « je décide ce qui est bien pour moi ». Les exercices sont autour du théâtre, les chevaux sont les bienvenus ; la consigne : confiance, fluidité, complicité.

Il est intéressant de souligner ici une réalité : l'idée de ce parcours ne consiste pas forcément à retourner à la même vie qu'avant une période de souffrance traumatique (difficile en plus quand les traumatismes sont précoces), mais plutôt à réaliser des changements psychiques importants dans la façon de penser et de se rapporter à soi, aux autres et au monde, qui contribuent à un processus personnel de changement profondément significatif, amenant à une croissance post-traumatique.

L'intégration réalisée pendant ce processus entre pensées, affects et actions, qui avait été ébranlé par le traumatisme, est thérapeutique et rend aux équitantes leur autonomie et leur liberté.

2.2. MESURES

- Les données socio-démographiques sont collectées : âge, études, habitat, statut marital, par ailleurs on liste les éventuels traitements psychotropes et les problématiques gynécologiques.
- 6 Auto-questionnaires sont réalisés à différents moments : avant séance 1 (T0), après Séance 5 (T1) et avant séance 10 (T2).
- Se réalise une évaluation et suivi qualitatifs du protocole
- Faisabilité et acceptabilité sont étudiés à travers du drop out, les événements adverses et sa satisfaction.

2.2.1. Les données sociodémographiques

Les participantes aux séances et à l'étude

Les données collectées sont les réponses des six participantes des ateliers d'équithérapie qui se sont tenus à Paris lors de l'année 2021-2022. Elles ont toutes accepté de participer à l'étude, basée sur les données collectées tant dans le bilan préthérapeutique, que dans l'auto-questionnaire à visée d'analyse des pratiques pendant les séances. Les participantes ont toutes évoqué un enthousiasme pour cette thérapie, ainsi qu'un désir que leur propre thérapie puisse bénéficier à d'autres en rendant ce soin plus accessible.

Les critères d'inclusion sont : être une femme, victime de violences sexuelles, dans un processus de soin par l'équithérapie, comprendre le français et donner son consentement pour la participation à l'étude. Le consentement des participantes est recueilli de manière orale, explicitant qu'elles peuvent à tout moment décider de ne plus faire partie de cette étude sans aucune répercussion sur son parcours de soin ou autres. Tous ces critères

sont remplis par la totalité des participantes. Le critère d'exclusion sont les troubles psychotiques.

L'inclusion est menée par les thérapeutes SVS, à partir d'entretiens qualitatifs et un bilan pré-thérapeutique préétabli dans lequel sont incluses données socio-démographiques et les autres problèmes de santé.

En tant que groupe les équitantes constituent une population homogène :

Les équitantes sont des femmes adultes qui ont entre 33 et 64 ans (âge moyen = 44,7 ; ET = 10,5). Elles ont toutes vécu des violences sexuelles. Dans 100 % des cas, elles ont vécu plusieurs événements à potentiel traumatisant pendant leur vie.

Quant au type d'événement traumatisant dont elles ont souffert, au moins 5 sur 6 stipulent avoir été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance, la 6e n'a pas déterminé à quel âge. Au moins 3 d'entre elles disent avoir été victimes d'inceste (50 %).

Concernant celle qui ne donne pas d'âge, 2 de ses filles ont évoqué des faits impliquant leur père et leur mari en tant qu'auteur de faits d'inceste.

Elles ont toutes un logement stable. Elles ont toutes un niveau d'études élevé. Quatre ont un niveau bac +2 (66 %) et deux plus élevé (33 %). Les deux tiers (66 %) ont une activité professionnelle. Cinq sont engagés dans des relations sentimentales (83 %), dont trois sont mariés, une est en concubinage et une autre en relation sans partage de logement. Seulement une des participantes a des enfants (17 %).

Quant aux médicaments psychotropes : 5 patientes sur 6 (83,33 %) prennent des médicaments psychotropes en début du protocole. Entre celles qui prennent des médicaments, trois (50 %) prennent des antidépresseurs, dont 1 (16,67 %) plusieurs antidépresseurs. Parmi celles-ci, l'une les combine avec neuroleptiques, une autre avec des benzodiazépines et une autre avec des neuroleptiques et des benzodiazépines. Une autre prend du CBD en huile sublinguale à visée thérapeutique.

Événements gynécologiques : nous pouvons notamment observer que dans cette population se manifestent des atteintes gynécologiques plus élevées comme c'est le cas chez la plupart des femmes victimes de violences sexuelles (Guérin, 2011) 100 % des équitantes ont des problématiques de santé gynécologique. Chacune des 6 participantes souffre de l'un des problèmes de santé listés ci-dessous :

- Accouchements instrumentalisés
- Ovaires polykystiques
- Endométriose
- Cancer gynécologique avec impossibilité d'être mère depuis jeune âge
- Règles très douloureuses et très dérégées malgré traitement par pilule contraceptive.
- Infection papillome virus pendant 3 ans, nécessitant intervention laser.

Tableau 2 : Description sociodémographique :

Age	Études	Statut marital	Logement stable	Suivi psychothérapeutique	Médicaments psychotropes
45	Bac+2	Marié	Oui	Oui	Antipsychotique, thymorégulateur, antidépresseur, benzodiazépines
45	Bac+2	Concubinage	Oui	Oui	CBD
39	>Bac+2	Célibataire	Oui	Oui	Antidépresseur, benzodiazépines
33	Bac+2	Célibataire	Oui	Oui	Antipsychotique, antidépresseur benzodiazépines
43	>Bac+2	Célibataire	Oui	Oui	Aucun
65	>Bac+2	Marié	Oui	Oui	Aucun
%	100% Bac+2 ou plus	50% Vie en couple	100%	100%	67% médicament psychotrope

2.2.2. Les Chevaux

Tous les chevaux – en majorité de type islandais – et les poneys de l'Epona Club Nature où se tiennent les séances, étaient éligibles pour participer aux séances. Pour les exercices sur les chevaux, seulement ceux qui pouvaient s'accommoder du poids nécessaire étaient envisagés.

Ces chevaux en régime de semi-liberté, qui passent de nombreux moments en troupeau, sont aussi habitués à la présence d'humains et ont des liens avec eux. Ils sont dans un état de bien être qui permet un travail de médiation équine.

Leur *modus vivendi* respecte donc toutes les exigences éthiques de la pratique de médiation animale et respecte le bien-être animal. Ce bien-être est indispensable de manière éthique et aussi pratique, il les rend efficaces et disponibles pour les pratiques de médiation.

2.3. L'ANALYSE QUANTITATIVE

2.3.1. LES QUESTIONNAIRES :

Recueil des expériences à potentiel traumatisant — LEC-5

La cumulation de traumatismes est un facteur aggravant de sévérité et facilite l'apparition du TSPT. La cumulation, surtout quand les traumatismes commencent dans l'enfance, favorise aussi l'intensité des troubles, la difficulté de régulation émotionnelle, l'anxiété, la diminution de confiance dans ses propres capacités et perceptions. Elle diffi-culte aussi souvent les relations interpersonnelles nécessaires pour une thérapie.

Nous avons mesuré le nombre d'expériences à potentiel traumatisant vécues par les équitantes à travers la LEC-5. Elles ont sélectionné le trauma index ou événement le plus traumatisant, vis-à-vis duquel elles ont complété la PCL-5.

La LEC -5 recueille les expériences à potentiel traumatisant, par types, qu'une personne a vécues (mais pas le nombre de fois). Elle décrit 11 types d'expositions possibles et

renseigne un niveau d'exposition. Elle permet donc de renseigner différents niveaux d'exposition sur un même type de traumatisme : « m'est arrivé », « j'ai été témoin », « j'ai appris », « dans mon travail », « pas sûr » et « ne s'applique pas. »

La version utilisée est adaptée, en français et ayant bénéficié d'une retro-translation (Bui, Denis and Goetter).

Mesure de la symptomatologie du TSPT — *Post-traumatic Stress disorder Checklist Scale (PCL-5)*

L'échelle *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* PCL a été longtemps la mieux notée pour mesurer les symptômes auto-rapportés du Trouble de Stress post-traumatique.

Avec l'apparition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), elle a été révisée et reformulée pour correspondre à la nouvelle conceptualisation du TSPT et des clusters correspondants. La constante évolution de la définition du TSPT, souligne la complexité de ce trouble, ce qui rend la précision dans sa mesure et son diagnostic encore plus importants (Ashbaugh et al., 2016; Friedman et al., 2011).

Cet auto-questionnaire conte 20 items qui correspondent aux 20 items du DSM-5 et sont divisés en 4 sous échelles, correspondant aux 4 clusters de symptômes : cluster B (items 1-5) reviviscences, cluster C (items 6-7) évitement, cluster D (items 8-14) altérations négatives de la cognition et l'humeur et cluster E (items 15-20) hypervigilance. Le score va de 0 à 80 ; un score plus élevé correspond à plus de symptômes de TSPT. Elle sert pour la monitorisation des symptômes pendant le traitement, screening et diagnostic prévisionnel, étant des scores à partir de 31 évocateurs de diagnostic de TSPT (National Center for PTSD, 2018).

La version utilisée est adaptée en français et a bénéficié d'une retro-translation (Bui, Denis & Goetter).

Mesure de l'anxiété trait — Le Questionnaire d'anxiété de Spielberg

L'anxiété est aussi un facteur très important dans le TSPT, qui a été classé jusqu'au DSM IV en tant que trouble anxieux.

Ce questionnaire consiste en deux échelles séparées pour mesurer deux concepts différents d'anxiété : l'anxiété état et l'anxiété trait. L'anxiété trait se réfère à des différences individuelles dans l'anxiété, relativement stables. L'anxiété état est conceptualisée comme un état émotionnel transitoire ou condition, qui est caractérisé par des sentiments de tension et d'appréhension subjectives, consciemment perçues et qui peuvent augmenter l'activité du système nerveux autonome dans un moment précis (Kvaal et al., 2005).

C'est le concept d'anxiété trait, que nous avons choisi de mesurer dans cette étude, étant donné qu'un changement dans celui-ci souligne un changement plus stable dans la réalité clinique. Elle est plus stable dans le temps, ce sont les sentiments d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et de tension que le sujet perçoit de manière habituelle. Elle influence les résultats de l'anxiété état. Plus la personne a une anxiété trait élevée, plus il est possible que dans une situation particulière, elle expérimente des sentiments de stress. L'échelle anxiété trait consiste dans 20 affirmations, dont 9 items inversés (Langevin et al., 2012).

Difficultés dans la régulation émotionnelle (DERS)

Comme nous l'avons vu la dérégulation est un facteur aggravant de la sévérité du TSPT et limitant des résultats positifs dans les traitements existants.

La DERS mesure les difficultés dans la régulation émotionnelle, par 36 items, qui se subdivisent dans les catégories suivantes : non-acceptation des émotions négatives, comportements orientés vers un but, difficultés à contrôler des impulsions, manque de conscience émotionnelle, accès restreint à des stratégies de régulation et incompréhension des émotions propres.

La cotation se fait par une échelle de Likert qui va de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours). Les scores élevés sont indicateurs d'une plus grande difficulté de régulation

émotionnelle.

La DERS a été considérée comme ayant une consistance interne élevée ($\alpha = 0,93$) (Johnson et al., 2018).

La DERS utilisée dans l'étude est une version traduite et validée en français, la DERS-F (Dan-Glauser and Scherer, 2013).

Capacité de gestion du stress — MOCS

Comme nous l'avons vu, le coping actif est un facteur important de résilience.

Nous avons réalisé l'échelle MOCS ($\alpha = 0,91$), un auto-questionnaire de 13 items cotés sur une échelle Likert de 5 qui va de 1 (je ne peux pas faire ça du tout) à 5 (je peux faire ça extrêmement bien) où le score le plus élevé montre une majeure capacité de gestion du stress et mesure la capacité de la personne à réagir au stress dans sa vie quotidienne. (Carver, 2006; Sylvia et al., 2020).

Cette capacité est significative dans la réalité clinique ; les croyances de la personne sur ses propres capacités vont affecter celles-ci. (Bandura et al., 2019)

Sentiment d'efficacité généralisée — Self Efficacy Scale (GSE)

L'Échelle GSE mesure le sentiment d'auto-efficacité généralisé.

Le sentiment d'auto-efficacité généralisée est défini par la croyance d'une personne dans sa compétence à accomplir de nouveaux défis et à gérer l'adversité (Bandura et al., 2019; Schwarzer, 2012). Les croyances optimistes à propos de sa propre capacité à générer des résultats positifs face à des difficultés sont une construction prospective et opérative (Sylvia et al., 2020). Elle affecte la capacité réelle de réaliser un comportement, étant donné les efforts plus actifs et persistants envers un but. (Bandura, 1997).

Cette échelle psychométrique a été développée originellement en allemand par *Matthias Jérusalem* and *Ralf Schwarzer* in 1981 (Schwarzer, 2012). Elle conte 10 items est une

échelle de Likert de 4 qui va de 1 (pas du tout vrai) à 4 (complètement vrai) et dont les scores vont de 10 à 14 montrant, avec un score plus élevé indiquant une auto-efficacité perçue comme majeure.

La GSE a été utilisée sur différentes populations et validé dans différentes langues (Langevin et al., 2012; Scholz et al., 2002).

2.3.2. L'ANALYSE DES DONNÉES

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du logiciel Stata v 14 .

Nous avons réalisé des statistiques descriptives de la population participante ainsi qu'une mesure de la différence de résultats des échelles entre T0, T1 et T2 , à travers l'Anova à mesures répétées.

3. RÉSULTATS

3.1. ANALYSE QUANTITATIVE

Les résultats de l'échelle LEC-5 sont décrits dans les tableaux suivants.

Le tableau 3 : descriptif des événements traumatisants aux quels notre population a été exposée

Événements	Vécu (%)	Témoin (%)	Appris (%)
Catastrophe naturelle	50	17	17
Incendie ou explosion	33	50	17
Accident de transport	5		33
Accident grave			17
Exposition à une substance toxique	17		17
Agression physique	66	50	17
Agression armée	17	17	17
Agression sexuelle	83	17	50
Autre expérience sexuelle non voulue	100	17	
Combat ou exposition à une zone de guerre			17
Captivité	17	17	17
Blessure ou maladie mettant la vie en danger	33	5	33
Souffrance humaine grave	5	67	17
Mort violente soudaine			17

Le tableau 4 : résume l'exposition traumatique des participantes et du groupe

Âge	Nombre de traumas vécus	Nombre de traumas témoin	Total	Nature du pire trauma	Âge du pire trauma
33	4	3	7	Agression sexuelle	0-15a
45	5	3	8	Agression sexuelle	0-15a
45	7	6	13	Agression sexuelle	<5a
39	5	4	9	Agression sexuelle	< 3a et 7 a
43	4	2	6	Agression sexuelle	<10 a
33	4	3	7	Agression sexuelle	0-15a
64	5	5	10	Agression physique	10-12
M (μ)	5	3,83	8,83	83 % Agression sexuelle	100 % <12ans
SD(σ)	1	1.34	2.27		67 % < 6ans

Les résultats de toutes les mesures à T0, T1, T2 ainsi que les seuils de significativité obtenus à travers l'ANOVA à mesures répétées – p (temps) – sont calculés.

Tableau 5 : Résultats T0, T1, T2 et seuil de significativité de l'ANOVA.

Mesures	T0	T1	T2	P
PCL Total , M(SD)	52 (17,03)	40,83 (21,83)	30 (19,99)	0,127 8
Cluster B	11,33 (6,38)	10,33 (7,92)	7,17 (5,98)	0,448 0
Cluster C	5 (2,6)	3,17 (2,79)	2,5 (2,59)	0,260 8
Cluster D	20,33 (4,32)	16 (7,40)	11,17 (4,79)	0.0427 *
Cluster E	15,33 (6,35)	11,33 (6,62)	9,17 (8,03)	0,147 6
Questionnaire d'anxiété état	65,25 (7,89)	52,67 (15,05)	46,17 (10,76)	0.0192 *
DERS	116,79 (16,52)	104,33 (20)	97,67 (21,70)	0,068 5
Non-acceptation des émotions négatives	16 (5,44)	15,17 (7,16)	11,05 (6,41)	0.0465 *
Comportements orientés vers un but	18,62 (3,93)	16,5 (7,73)	16 (4,9)	0,341 4
Difficultés à contrôler des impulsions	20,83 (5,27)	17,5 (5,58)	15,5 (4,37)	0,077 2
Manque de conscience émotionnelle	17,17 (3,31)	17,5 (4,23)	19,33 (5,09)	0,442 9
Accès restreint à des stratégies de régulation	29,83 (5,98)	24,83 (7,30)	21,5 (7,06)	0,063 8
Incompréhension des émotions	14,33 (1,75)	12,83 (1,33)	13,83 (2,14)	0,227 8
Échelle de sentiment d'efficacité	24,83 (5,00)	29,33 (7,79)	31 (4,56)	0,148 7
MOCS Capacité de gestion du stress	23,5 (5,54)	30,17 (10,23)	37,5 (8,38)	0.0413 *

Les mesures en général vont dans la direction espérée, vers l'amélioration de la symptomatologie. Dans la table les résultats sont avec des décimaux, dans l'écriture, nous choisirons de les arrondir pour faciliter la lecture.

Mesure de la symptomatologie du TSPT

Pour la *Post-traumatic Stress disorder Check-list Scale* (PCL-5), c'est-à-dire, pour l'auto-questionnaire qui mesure la symptomatologie qui définit le TSPT, nous observons une diminution des scores de 52 à T0 à 41 à T1 à 30 à T2. Si bien que le seuil de significativité n'est pas tout à fait atteint, $p=0,12$, la diminution existe entre tous les temps mesurés et les résultats tendent fortement vers la direction espérée. Ceci s'accroît en fonction du temps et donc du nombre de séances. Voir figure 1.

Si nous interprétons les résultats tenant compte du contexte de la clinique du TSPT, une diminution de 5 points est le minimum nécessaire pour affirmer qu'une personne a répondu à une modalité de traitement (National Center for PTSD, 2013). Ici, la diminution est de 10 points, ce qui indique une réponse au traitement et aussi une amélioration cliniquement significative (National Center for PTSD, 2013).

En plus, dans l'une des sous-catégories, le cluster D, correspondant aux altérations négatives de la cognition et de l'humeur, l'amélioration se produit de manière significative, passant de 20,33 à T0, à 16 à T1 et 11,17 à T2 avec une $p=0,04$.

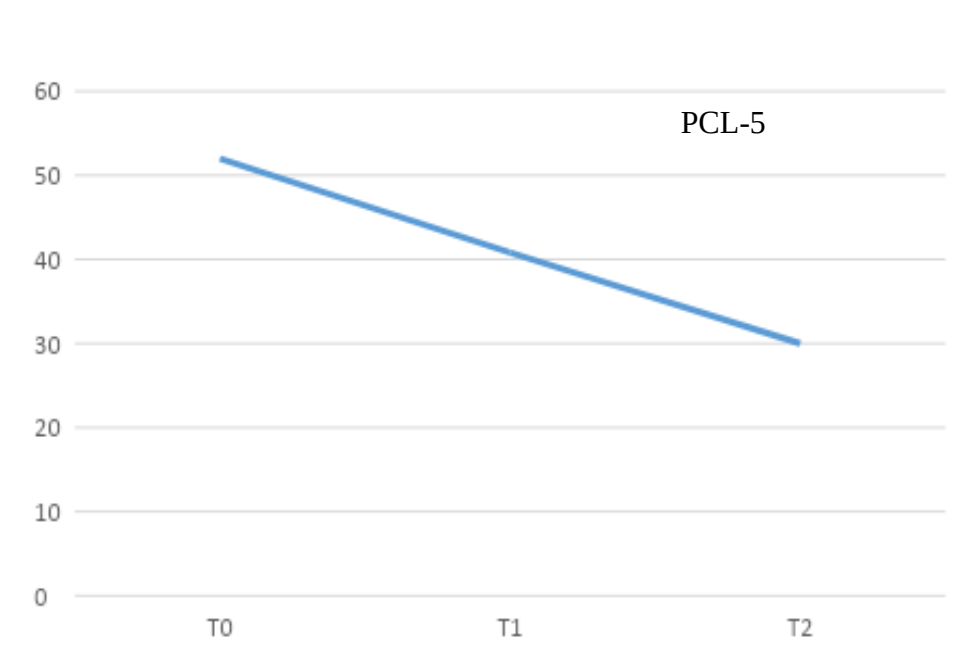


Figure 1 : Résultats PCL-5 dans le temps

Difficultés dans la régulation émotionnelle (DERS)

Pour la DERS, nous observons une amélioration de la capacité de régulation émotionnelle, c'est-à-dire une diminution des difficultés de régulation, donc toujours dans le sens prévu, qui se traduit par une diminution des scores de 117 à T0 à 105 à T1 à 98 à T2, le tout avec une $p=0.07$, proche du seuil de significativité.

Dans les sous-échelles DERS, seule l'une d'entre elles atteint le seuil de significativité, la non-acceptation des émotions négatives, avec une $p=0,05$.

La majorité des résultats des sous-échelles tendent aussi dans la direction espérée. Si ceci est vrai pour le résultat total et pour la plupart des sous-catégories, les résultats en manque de conscience émotionnelle augmentent légèrement, ce sont des mesures qui ont une p élevé, $P=0,44$ la p la plus élevé avec différence retrouvée dans l'étude et donc très peu significative.

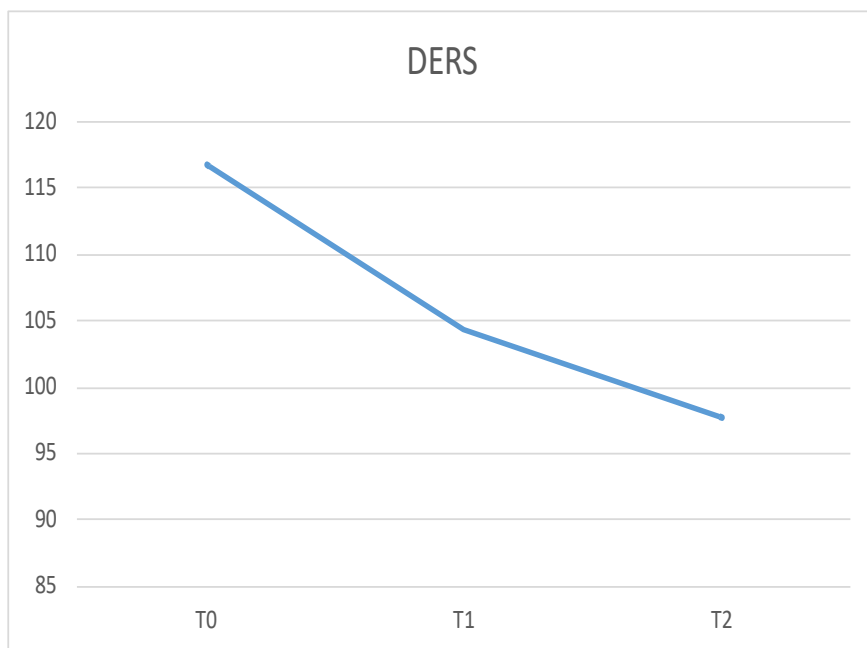


Fig. 2 DERS amélioration avec le temps de la difficulté dans la régulation émotionnelle.

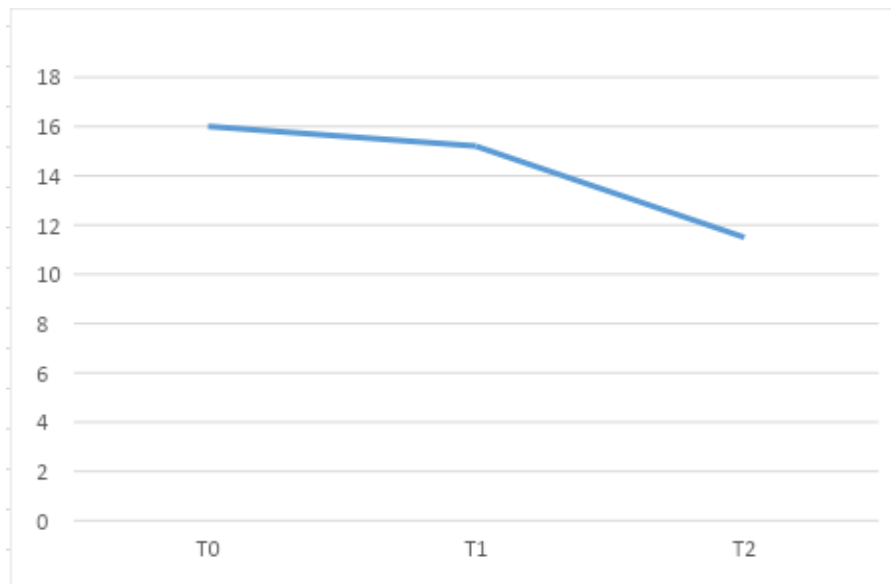


Fig 3 : DERS 1, l'acceptation du ressenti émotionnel commence son amélioration lors des 5 premiers séances de manière lente et à partir de ce point, son amélioration s'accélère.

Questionnaire d'anxiété état de Spielberger :

Les résultats sont significatifs dans la diminution de l'anxiété trait. Cette diminution est significative tant statistiquement comme au niveau clinique. En T0 les résultats sont dans la limite supérieure de l'anxiété élevée, 65, (<66 anxiété très élevée), à T1 à 52, proche de la limite supérieure de l'anxiété modérée et à T2 à 46, juste au-dessous de l'anxiété faible (<45). Ceci avec une $p=0,02$.

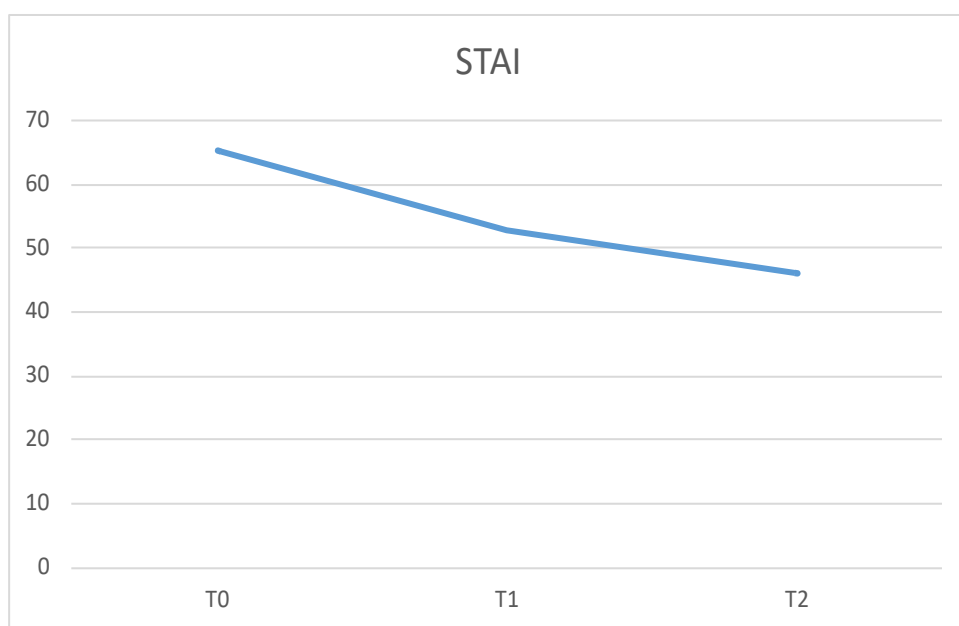


Fig.4 : Questionnaire d'anxiété de Spielberg, amélioration dans le temps de la symptomatologie.

– Auto-efficacité généralisée — Self Efficacy Scale (SES)

Elle tend vers la direction espérée, avec une augmentation du sentiment d'efficacité qui n'atteint pas le seuil de significativité.

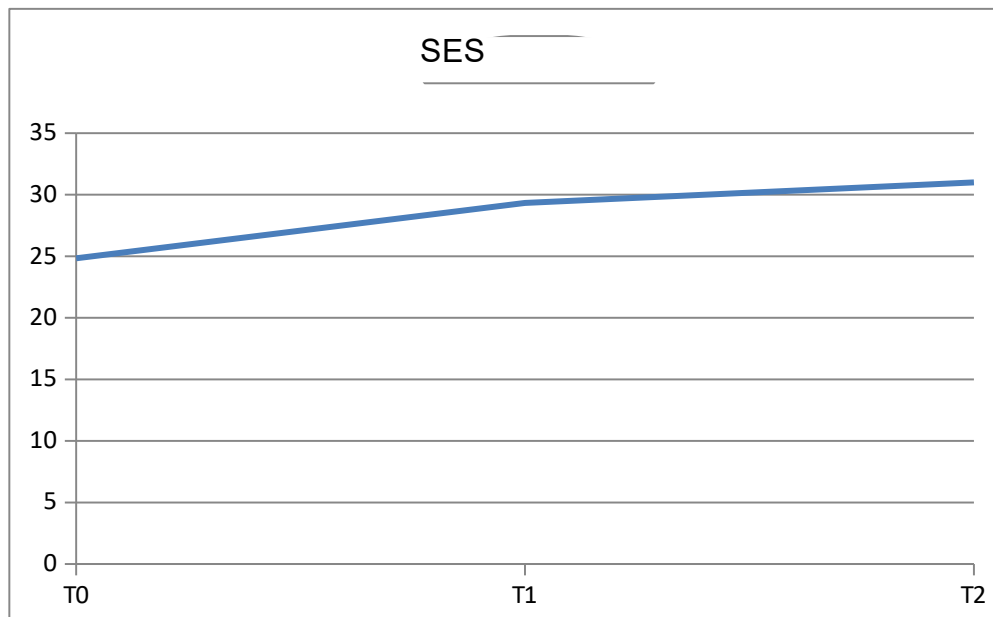


Fig. 5 : progression de le sentiment d'efficacité

– Échelle de gestion du stress (MOCS)

Résultats significatifs, $p = 0,04$, avec une amélioration qui va de 23 à T0 à 30 à T1 à 37 à T2.

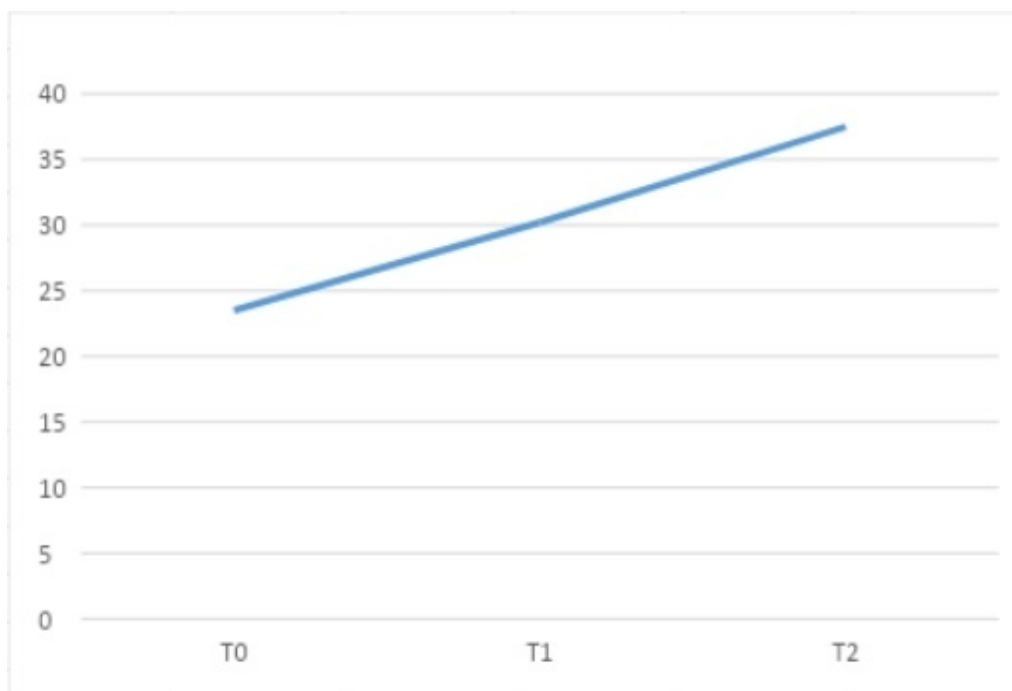


Fig. 6 : MOCS : mesure de la capacité de gestion du stress

Quant à la prise médicamenteuse :

Parmi celles qui prenaient des benzodiazépines, toutes diminuent la dose et une les arrête. Une autre arrête les antidépresseurs et les neuroleptiques. Celle-ci qui prend du CBD en huile sublinguale déclare un arrêt des prises.

À la fin du protocole, le pourcentage de celles qui prennent pas de médicaments diminue au au 33% (4 équitantes).

3.2. ANALYSE QUALITATIVE

Quant à l'analyse qualitative des données, nous nous demandions s'il y avait des exercices qui seraient spécialement marquants et ou avec une difficulté particulière chez des victimes de violences sexuelles par rapport à d'autres populations.

Après analyse, nous avons retenu l'exercice de la monte à cru, réalisé lors de l'atelier confiance à la 4ème session.

Nous verrons qu'à la fois c'est un exercice que pose des difficultés et au même temps qui augmente la confiance et notamment le sentiment de « connexion » :

« C'était difficile, j'étais dans la terreur, mal, de tête, tête qui tourne, tête en coton...

En partie, j'identifiais la monte à cru avec le viol, le faire mal... mais avec le soutien que j'avais, accompagnée par Violeta, j'ai choisi un compromis, j'ai choisi le tapis (ramenée à la victoire de son choix). Oui, j'ai choisi d'expérimenter. J'ai réussi à me centrer, César — le cheval, est si doux, il m'a aidé. J'ai réussi à continuer un peu la séance, à faire la promenade. J'ai expérimenté du moment présent avec des émotions positives et sensation de bien être, prise de conscience, libération, avec César (cheval), fascination, gratitude. Il est puissant, attentionné et hyper-doux ».

« C'était un "shoot sensoriel". Une augmentation du capital confiance dans quelques instants, on se sent à l'aise, si douce, protégée. La croyance limitante d'aller s'imposer au cheval et d'être en train de l'utiliser disparaît : l'expérience est vécue comme un moment de partage sensoriel, un moment câlin. Ceci m'a donné détente, intuition, plaisir. Envie de suivre mon intuition : équitante.

« Impressionnant le fait d'avoir le cheval entre les jambes, de le sentir respirer, quelle connexion magique. On est reliées à la terre à travers le cheval » équitante.

« C'est émouvant : une connexion autre... impressionnant ce qu'il nous donne, on se sent connectées... le corps est relâché » équitante.

Nous avons aussi perçu de manière qualitative que notre hypothèse de l'importance de la monte à cru et le accompagnement intensif de celle ci s'accomplit :

« C'est chaud, ça calme mon cœur, ma respiration, le nœud de la gorge ». — Fait l'exercice de s'avancer en avant s'allongeant sur le ventre pour faire un câlin au cheval : « en faisant un gros câlin, je me sens bien, je relâche et lui aussi. Tourner et faire câlin contre sa croupe, se sent bien. Ceci me ramène de m'autoriser à expérimenter avant de me fixer sur un truc » équitante.

« Je pars avec confiance de ce que j'ai à faire et de ce que j'ai fait » équitante.

Quant aux sensations de fin de protocole et à la satisfaction des équitantes, nous pouvons souligner un fort sentiment de reconnexion, avec soi et avec le monde, ainsi qu'au groupe thérapeutique. Elles montrent par ailleurs, , une majeure stabilité émotionnelle, ainsi qu'un sentiment de confiance dans l'avenir.

Pour illustrer ceci, nous montrerons des phrases de fermeture des équitantes, qui donnent un aperçu de leur sensation finale :

« je me reconnais enfin moi, je me retrouve comme j'étais avant le décès de ma mère, il y a dix ans. Le cœur sur la main, plus triste et plus contente, je veux vous remercier, je suis sur la bonne voie » équitante.

« Heureuse, ça fait une éternité que je n'ai pas pleuré, fin atelier et fin de thérapie, je bascule dans la guérison. Je me sens bien-être. J'ai pas fait de dessin, mais du point de croix d'une guérisseuse, je fais bien le cheminement, c'est une surprît, mais montre ma reconnexion, la force que j'ai d'aller au delà. ».

« Je suis heureuse d'avoir fait ce parcours avec ce groupe extraordinaire ». J'ai des
74

moments de désespoir, mais j'espère que je souffre de la confusion qui mène à la réorganisation ! ».

« Fière d'être entre vous, femmes formidables. Ça nous aide à rester debout. On sait que ça fonctionne, on sait que ça existe (la lumière et pas que l'obscurité). Nous avons des ressources... c'est difficile pour moi de savoir mon évolution, mais je ressens moins de détresse, et moins de dysphorie prémenstruelle avant les règles. Je vous aime très très fortement (émotion) ».

« Je sens une progression énorme, avant je me voyais comme une chose fragile, maintenant la conception que j'ai de moi-même a changé. Comment j'ai pu tenir tête à une agression et malgré le contrecoup recommencer à me sentir bien m'impressionne. Je lutte contre le stress et je continue le travail. Non seulement j'ai pu arrêter les traitements, mais je sens une majeure stabilité émotionnelle. Et je n'ai pas eu une seule fois des idées suicidaires depuis des mois alors que je les avais depuis l'enfance ».

« Je veux vous remercier toutes, ce team derrière qui aide. Et avoir vu toutes porter ces fardeaux. Je me suis remise à la danse et renouée avec ma créativité. Je sens mon corps vraiment tellement intense. Je diminue les benzodiazépines, dernière semaine de sevrage, je dors et je retrouve mon cerveau. J'ai pas illustré gagner, mais j'ai fini le dessin de l'atelier protection. Quand j'ai envie de dessiner, maintenant je la cultive, j'arrête de me torturer. J'ai dessiné un bébé protégé par les étoiles et la lune...

Je vois que j'ai gagné aussi : l'être à soi même. Il n'a pas pris 9 mois, mais 8 cette fois. Le cri d'accouchement que j'ai fait lors de la dernière séance... et j'ai fini le dessin hier soir.

Je sais que je peux créer, je vais mieux-être et puis j'ai ce désir de grossesse qui est venu... »

3.3. FAISABILITÉ DU PROTOCOLE

Les équitantes manifestent une satisfaction très élevée, les remerciements à l'équipe encadrante et aux autres participantes sont intenses, leur satisfaction personnelle dans réalisation du protocole aussi.

3.3.1. Participation et drop out

Toutes les participantes ont fini le protocole des ateliers d'équithérapie. Une fois celui-ci commencé elles ont été présentes à toutes les séances.

Les rares absences ont été relevées lors de la première séance (33 %), une fois le protocole commencé par les participantes, la présence a été totale. Des deux absentes, l'une a récupéré de manière individuelle la séance individuelle avant la deuxième séance et l'autre s'est incorporée directement lors de cette deuxième séance. Ces deux participantes ont donc rempli les questionnaires à T0 avant (LEC5 et PCL-5) la deuxième séance et après (le reste des questionnaires).

Lors des séances suivantes, toutes les participantes ont été présentes. Il n'y a eu aucun arrêt avant terme ni aucune autre absence ; dès la deuxième séance, toutes les participantes ont été présentes à toutes les séances. Il y a donc eu un **taux d'abandon du protocole égal à zéro**.

Quant à la thérapie individuelle concomitante, seulement une équitante interrompt son suivi individuel pendant le protocole. Trois équitantes ont sollicité une séance d'escrime individuelle pendant le protocoles pour pouvoir exprimer l'agressivité jusqu'à lors introjecté.

3.3.2. Événements adverses

Il n'y eut aucun événement adverse pendant les séances (pas de morsures ou coups, pas de chutes ou de blessures).

3.4. ACCEPTABILITÉ DU PROTOCOLE

Quant à l'acceptabilité, le bien-être des chevaux se révèle être non seulement une exigence éthique, mais aussi pratique : si les chevaux ne sont pas psychologiquement sains, ils ne sont plus aptes à être médiateurs ; par ailleurs pour l'acceptabilité : les équitantes se montrent très sensibles au bien-être des chevaux lors des séances, elles qui ont été abusées ne veulent pas abuser des chevaux et tiennent fortement à leur bien-être.

Un autre de nos questionnements se focalise sur la difficulté pour les victimes de violences sexuelles de monter des chevaux. Pour quelques-unes d'entre elles, monter un cheval est de prime abord difficile. L'idée d'avoir l'animal entre les jambes inquiète, encore plus si ceci se réalise sans selle. Elles réussissent toutes, quelques-unes nécessitent un accompagnement rapproché, prennent plaisir et évoquent une allégresse en relation à ce succès, transformant une peur dans une valence positive intense.

Donc pour être faisable et acceptable, il est nécessaire que l'équipe encadrante soit prête à soutenir et accompagner des émotions émergentes d'une grande valence négative.

Nous pouvons donc conclure à une acceptabilité et faisabilité élevées de ce protocole de médiation équine pour traiter le TSPT, et ceci dans une population des femmes ayant subi des violences sexuelles. Une satisfaction très élevée est aussi à souligner.

4. DISCUSSION

4.1. Présentation des résultats

Les résultats obtenus ont montré une différence statistiquement significative dans l'amélioration des cognitions négatives autour du soi et du monde ; de l'acceptation des émotions négatives ; de l'anxiété et de la capacité de gestion du stress. Les analyses qualitatives ont permis de souligner l'intérêt particulier de ce protocole dans cette population ainsi que la satisfaction élevée des équitantes. Finalement, la faisabilité et l'acceptabilité se sont révélées très élevées, avec zéro drop out et zéro événement adverse.

L'ensemble des participantes rapportaient avoir vécu des violences sexuelles, et 5 sur 6 cotaient le pire traumatisme vécu suite à ces violences, notamment toutes celles ayant déclaré avoir subi des viols.

Elles avaient toutes vécu des violences à répétition dans l'enfance, la plupart sexuelles, mais aussi physiques. Et les violences ont été majoritairement commises par la famille ou par un proche de la famille, en accord avec les probabilités en population générale.

Les résultats obtenus sont cohérents avec l'hypothèse de l'existence de symptômes de TSPT chez les participantes aux ateliers thérapeutiques d'équithérapie, puisque 83 % avaient un diagnostic probable selon la PCL-5. Et le score minimum obtenu était de 26 à la PCL-5. Les moyennes ont diminué de 53 en début de parcours à 30 à la fin et donc, bien qu'elles n'atteignent pas encore un seuil de significativité, la diminution de la souffrance est cliniquement significative. Nous rappelons qu'elle est considérée comme ayant des répercussions cliniques après une diminution de 10 points dans l'échelle (ici, la diminution est du double).

Nos résultats sont par ailleurs cohérents avec l'idée de considérer en tant qu'ensemble le protocole composé de dix séances, chacune axée sur un thème de réparation. Ainsi, lors des 5 premières séances il existe déjà une amélioration importante, celle-ci augmente au fur et à mesure des séances ; pour certaines mesures, de manière linéaire, comme c'est le cas pour la PCL 5 et la MOCS, respectivement échelles de symptomatologie du TSPT et gestion du stress. Et pour d'autres mesures les améliorations varient : comme pour la DERS-1, l'acceptation du ressenti émotionnel, qui commence son amélioration lentement lors des 5 premières séances et s'accélère ensuite.

L'évaluation quantitative de cette pratique est réalisée, montrant des améliorations significatives sur les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sur l'acceptation des émotions négatives, sur l'anxiété et sur la capacité de gestion du stress, et ce, sur des personnes souffrant de traumatismes multiples.

Le taux d'abandon égal à zéro est très encourageant, notamment par contraste à ceux des psychothérapies classiques, ce qui comme nous l'avons vu, était une de ses principales limites. Comme signalé dans la méta-analyse sur les études d'intervention animale, les arrêts en cours d'intervention étaient aussi fréquents que dans la thérapie centrée sur le trauma (bien qu'étant donné l'hétérogénéité de ces études, ceci ne soit pas très concluant). Mais nous pouvons donc postuler qu'en plus de l'intervention équine, il est fortement probable que la constitution d'un groupe fermé et d'un protocole, avec un nombre de séances préfixé et faisant sens dans l'ensemble, ait fortement aidé à maintenir la cohésion et adhésion au traitement.

Le nombre d'événements adverses pendant ce protocole est de même égal à zéro, ce qui est aussi un point positif en considérant sa faisabilité et son acceptabilité.

4.2. Implications cliniques pour la thérapie

Les résultats sont cohérents avec d'autres études sur l'équithérapie pour le TSPT, avec une faisabilité et acceptabilité très importantes, chez cette population spécifique et moins étudiée à ce propos. La satisfaction est aussi très élevée.

Ce protocole est extrêmement intéressant. Notamment pour :

– Patientes résistantes

Comme nous l'avons déjà signalé auparavant, comparativement aux autres cas de TSPT, ceux résultant d'au moins 4 événements traumatogènes sont associés à une présentation clinique plus complexe ainsi qu'à une détérioration fonctionnelle et une morbidité plus importante. De même, la traumatisation dès l'enfance augmente le risque de complexité. Les violences sexuelles sont des traumatismes provoquant le plus de dissociation et des plus provocateurs de TSPT et autres problématiques, spécialement quand produits dans l'enfance.

C'est le cas de toutes les patientes traitées dans ce groupe thérapeutique. Les résultats sont encourageants quant aux effets thérapeutiques, même dans des situations cliniques très complexes de ce protocole pour soigner des violences sexuelles.

Comme nous l'avons vu, l'équithérapie joue sur la régulation émotionnelle, étant spécialement conductive du fait de la nature sensitive du cheval qui proportionne un feedback immédiat dans la relation. La régulation émotionnelle est particulièrement perturbée dans le cas des violences sexuelles, notamment dans l'enfance comme c'est le cas dans notre population.

-Patientes avec troubles anxieux graves ou difficultés importants dans les relations interpersonnelles : le cadre rassurant et en pleine nature, ainsi que le côté non jugeant de l'animal, est une aide puissante pour aider dans le soin de ces pathologies.

– Patientes avec comorbidités addictives, notamment les benzodiazépines :

Comme nous l'avons vu, les benzodiazépines peuvent être un frein au succès thérapeutique dans les thérapies centrées sur le traumatisme, notamment d'exposition. Pendant ce protocole, les patientes diminuent naturellement leurs doses de

benzodiazépines, tout en trouvant des bénéfices dans la thérapie. D'autres comorbidités addictives pourraient aussi en trouver des bénéfices.

-Pour le traitement concomitant du TSPT et ses autres comorbidités, ce protocole paraît aussi prometteur. Que ce soit pour le TBP, la psychose, les douleurs chroniques, la fatigue chronique, la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires et même des troubles cardiovasculaires l'équithérapie pourrait être un outil important. Plus d'études sont nécessaires dans le but d'éclaircir cette hypothèse.

– En tant que thérapie adjuvante pour les thérapies centrées sur le traumatisme et notamment pour la thérapie d'exposition.

Traiter la dérégulation émotionnelle est fondamentale en soi, étant un facteur aggravant du TSPT et nécessaire aussi pour une meilleure efficacité des thérapies centrées sur le traumatisme. Notamment pour la thérapie d'exposition, où existe un risque de majorer le traumatisme si la dérégulation émotionnelle est importante et les processus dissociatifs fréquents. L'équithérapie permet aussi de développer la gestion du stress, fondamentale pour un succès de ces thérapies.

Les traumas interpersonnels comme sont les violences sexuelles perturbent le schéma d'attachement -de manière encore plus importante pendant l'enfance. La relation au cheval est thérapeutique en soi et facilite aussi une relation de confiance avec le thérapeute. C'est à noter que pour les personnes souffrant de troubles psychotiques l'équithérapie pourrait être une thérapie adjuvante précieuse du fait de leur besoin encore plus prononcé d'attachement positif, d'augmentation de la régulation émotionnelle, de la conscience du corps, de développement de la gestion du stress et d'habiletés sociales.

4.3. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude a des limites. Premièrement, le nombre réduit de participantes et l'inexistence d'un groupe contrôle sont des limites importantes à signaler, puisque limitant la puissance de l'analyse statistique. Deuxièmement, les suivis psychothérapeutiques concomitants et les antidépresseurs sont aussi des facteurs de confusion, notamment n'ayant pas de contrôle sur le moment où ils ont été commencés. Troisièmement, les auto-questionnaires, bien qu'étant validés, sont toujours moins statistiquement probants qu'une évaluation par un clinicien, par exemple la CAPS (gold standard) pour les symptômes de TSPT. De plus,

les conditions de passation des échelles n'ont pas été identiques; notamment, deux patientes ont réalisé les premières après la 2e séance (ce qui risque d'avoir diminué les effets positifs retrouvés), et les patientes ont réalisé le T1 et T2 chez elles, avant la 5e séance ou avant la 10e, dans des conditions non homogènes. Le fait que les analyses se fassent avant la fin de la dernière séance risque aussi d'avoir diminué les effets positifs retrouvés. Le choix a été fait consciemment malgré tout, pour faciliter le recueil des questionnaires et limiter la perte de données.

Une autre limite est que l'intervention a été créée spécifiquement pour des femmes ayant été victimes de violences sexuelles et que c'est l'unique population pour laquelle elle a été mesurée. Ce protocole exclut aussi, pour le moment, le sous-groupe de femmes ayant subi des violences sexuelles et étant atteintes de troubles psychotiques.

CONCLUSION

La dysrégulation émotionnelle constitue un point essentiel dans le TSPT , des difficultés élevées de régulation émotionnelle ont été systématiquement associées à des symptômes plus sévères du TSPT. Au vu de nos résultats significatifs encourageants et de l'élevé acceptabilité et faisabilité de ce protocole, nous soutenons que des séances concomitantes d'équithérapie, et notamment en groupe, pourraient être un adjuvant extrêmement intéressant pour des thérapies centrées sur le traumatisme, afin de soutenir les patientes et possiblement diminuer le drop out. De même, c'est une thérapie extrêmement intéressante à proposer pour les personnes ne pouvant pas pour les raisons qui soient, intégrer une thérapie centré sur le trauma ou avec des symptômes résiduels. Notamment pour des patientes avec traumas multiples, évoluant depuis l'enfance. Un fort intérêt semble aussi probable pour les patientes avec des comorbidités multiples. L'équithérapie et ce protocole en particulier montrent des résultats prometteurs et une continuation de sa pratique et son étude sont indiscutablement un plus pour la prise en charge du TSPT et des violences sexuelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Akbarian F, Bajoghli H, Haghghi M, Kalak N, Holsboer-Trachsler E, Brand S. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *NDT* 2015;11:395–404. <https://doi.org/10.2147/NDT.S79581>.
2. American Psychiatric Association, editor. *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (D. C.)etc., Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Anestis MD, Anestis JC, Zawilinski LL, Hopkins TA, Lilienfeld SO. Equine-related treatments for mental disorders lack empirical support: a systematic review of empirical investigations. *J Clin Psychol* 2014;70:1115–32. <https://doi.org/10.1002/jclp.22113>.
4. Ansorge J, Sudres J-L. [Equine-assisted therapy in child psychiatry]. *Soins Psychiatr* 2011;40–4.
5. APA. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults: (501872017-001) 2017a. <https://doi.org/10.1037/e501872017-001>.
6. APA. PTSD Clinical Practice Guideline: appendices 2017b.
7. APA. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults 2017c.
8. de Araújo TB, de Oliveira RJ, Martins WR, de Moura Pereira M, Copetti F, Safons MP. Effects of hippotherapy on mobility, strength and balance in elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;56:478–81. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.12.007>.
9. Article L160-14 - Code de la sécurité sociale. 2021.
10. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE* 2016;11:e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>.
11. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2019;48:1–14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>.
12. Auxemery Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2019;3:245–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>.
13. Badel J. Pratique de la thérapie assistée par l'animal dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale : exemple de l'équithérapie. Université Lille 2 Droit et Santé, 2017.
14. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, Etats-Unis d'Amérique: W.H. Freeman; 1997.
15. Bandura A, Lecomte J, Carré PP. Auto-efficacité: comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie. Louvain-la-Neuve, Belgique: de Boeck supérieur; 2019.
16. Barolin GS, Samborski R. [The horse as an aid in therapy]. *Wien Med Wochenschr* 1991;141:476–81.
17. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med* 2016;46:327–43. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>.
18. Berman Z, Thiel F, Kaimal AJ, Dekel S. Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Arch Womens Ment Health* 2021;24:767–71. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01129-0>.
19. Bersani FS, Mellon SH, Lindqvist D, Kang JI, Rampersaud R, Somvanshi PR, et al. Novel Pharmacological Targets for Combat PTSD—Metabolism, Inflammation, The Gut Microbiome, and Mitochondrial

- Dysfunction. *Military Medicine* 2020;185:311–8. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz260>.
20. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé J-L, Charlet J-P, Lauque D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1337–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1337>.
 21. Birmes PJ, Brunet A, Coppin-Calmes D, Arbus C, Coppin D, Charlet J-P, et al. Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatr Serv* 2005;56:93–5. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.93>.
 22. Bouthillon P. Réactions psychologiques immédiates et retardées des victimes d’attentats terroristes urbain. Thèse d’exercice. Université Paris Descartes, 1989.
 23. Bouthillon P, Kurz Van der Hoeven A. Ateliers d’équithérapie 2021-22 2021.
 24. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 7:22–32.
 25. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991;48:216–22. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>.
 26. Bui E, Tremblay L, Brunet A, Rodgers R, Jehel L, Véry E, et al. Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: a structural equation modeling study. *J Trauma Stress* 2010;23:759–66. <https://doi.org/10.1002/jts.20592>.
 27. Busser P. Thèse d’exercice. Université de Caen Normandie, 2022.
 28. Carney DR, Cuddy AJC, Yap AJ. Power posing: brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychol Sci* 2010;21:1363–8. <https://doi.org/10.1177/0956797610383437>.
 29. Carvajal C. Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity – clinical perspectives. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:161–8.
 30. Carver CS. Approach, Avoidance, and the Self-Regulation of Affect and Action. *Motiv Emot* 2006;30:105–10. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9044-7>.
 31. Cascalheira C, Smith B. Implications of Stigma as a Barrier to PTSD Care 2018;6:1131.
 32. Casey PR, Strain JJ, Crocq M-A, Boehrer AÉ. Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress: le guide du clinicien. Issy les Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2018.
 33. Cathomas F, Murrough JW, Nestler EJ, Han M-H, Russo SJ. Neurobiology of Resilience: Interface Between Mind and Body. *Biological Psychiatry* 2019;86:410–20. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.011>.
 34. Charry-Sánchez JD, Pradilla I, Talero-Gutiérrez C. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2018;32:169–80. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.011>.
 35. Chauvel H. Intérêt de l’abord en thérapie cognitivo-comportementale du trouble de stress post-traumatique par la thérapie des processus cognitifs -Autour d’un cas clinique-. *DES Psychiatrie*. Université de Caen Normandie, 2021.
 36. Chauvel H, Bui E. Thérapie des Processus Cognitifs en Semi-Intensif pour le Trouble de Stress Post-Traumatique : Cas Clinique Pilote 2021.
 37. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Fuentes García JP, García-Gordillo MÁ, Villafaina S. Effects of Equine-Assisted Therapies or Horse-Riding Simulators on Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina* 2020;56:444. <https://doi.org/10.3390/medicina56090444>.
 38. CUMP. Séminaire CUMP Caen: traitement d’urgence du TSPT 2019.
 39. Cushing RE, Braun KL. Mind–Body Therapy for Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2018;24:106–14.

- <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0176>.
40. D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry* 2012;82:187–200. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>.
 41. Dan-Glauser ES, Scherer KR. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology* 2013;72:5–11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>.
 42. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2018;20:31–40. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/mdehert>.
 43. Del Rosario-Montejo O, Molina-Rueda F, Muñoz-Lasa S, Alguacil-Diego IM. Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia* 2015;30:425–32. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.023>.
 44. Diderot D, Alembert D. *Encyclopédie méthodique, ou par ordre de matières*. Liège, Belgique: Plomteux; 1782.
 45. Dubosc A, Capitaine M, Franko DL, Bui E, Brunet A, Chabrol H, et al. Early adult sexual assault and disordered eating: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *J Traum Stress* 2012;25:50–6. <https://doi.org/10.1002/jts.21664>.
 46. Duchenet L. Mise en place d'un dépistage standardisé du trouble de stress post-traumatique auprès des patients hospitalisés pour bilan d'obésité au Centre Spécialisé de l'Obésité de Caen. Université de Caen Normandie, 2022.
 47. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Pain C, Vermetten E, Lanius RA, editors. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*, Cambridge: Cambridge University Press; 2010, p. 77–87. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.010>.
 48. Ferenczi S. *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris, France: Petite Bibliothèque Payot; 2004.
 49. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2006;18:597–611. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003322>.
 50. Fishbain DA, Pulikal A, Lewis JE, Gao J. Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD: An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Med* 2017;18:711–35. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>.
 51. Fisher PW, Lazarov A, Lowell A, Arnon S, Turner JB, Bergman M, et al. Equine-Assisted Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Military Veterans: An Open Trial. *J Clin Psychiatry* 2021;82:21m14005. <https://doi.org/10.4088/JCP.21m14005>.
 52. Fitzgerald JM, DiGangi JA, Phan KL. Functional Neuroanatomy of Emotion and Its Regulation in PTSD. *Harv Rev Psychiatry* 2018;26:116–28. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000185>.
 53. Frevel D, Mäurer M. Internet-based home training is capable to improve balance in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med* 2015;51:23–30.
 54. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:750–69. <https://doi.org/10.1002/da.20767>.
 55. Fulu E, Miedema S, Roselli T, McCook S, Chan KL, Haardörfer R, et al. Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health* 2017;5:e512–22. <https://doi.org/10.1016/S2214->

56. Gallagher MW, Resick PA. Mechanisms of Change in Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Preliminary Evidence for the Differential Effects of Hopelessness and Habituation. *Cogn Ther Res* 2012;36:750–5. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9423-6>.
57. Gallegos AM, Crean HF, Pigeon WR, Heffner KL. Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2017;58:115–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.004>.
58. Galovski TE, Monson C, Bruce SE, Resick PA. Does cognitive–behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress* 2009;22:197–204. <https://doi.org/10.1002/jts.20418>.
59. Gamba L. *Les thérapies psychocorporelles* 2004.
60. Gatta E, Saudagar V, Auta J, Grayson DR, Guidotti A. Chapter Four - Epigenetic landscape of stress surfeit disorders: Key role for DNA methylation dynamics. In: Pandey SC, editor. *International Review of Neurobiology*, vol. 156, Academic Press; 2021, p. 127–83. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2020.08.002>.
61. Gearon JS, Kaltman SI, Brown C, Bellack AS. Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54:523–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.4.523>.
62. Giagazoglou P, Arabatzi F, Dipla K, Liga M, Kellis E. Effect of a hippotherapy intervention program on static balance and strength in adolescents with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2012;33:2265–70. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.004>.
63. Gitton-Ripoll V. *Chiron, le cheval-médecin ou pourquoi Hippocrate s'appelle Hippocrate*. MOM Éditions 2008;39:211–34.
64. Goetter EM, Bui E, Ojserkis RA, Zakarian RJ, Brendel RW, Simon NM. A Systematic Review of Dropout From Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Iraq and Afghanistan Combat Veterans. *Journal of Traumatic Stress* 2015;28:401–9. <https://doi.org/10.1002/jts.22038>.
65. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:1137–48. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>.
66. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018;97:648–56. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>.
67. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology* 2010;171:721–7. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp456>.
68. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34:389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>.
69. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2011;31:883–99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.003>.
70. Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2017.
71. Guérin V. *Comment guérir après des violences sexuelles ?* Paris, France: Tanemirt éditions; 2014.
72. Guérin V. *Stop aux violences sexuelles !: écoutons donc ces corps qui parlent !* Paris, France: Auto-édition, Docteur Violaine Guérin; 2011.
73. Guerino MR, Briel AF, Araújo M das GR. Hippotherapy as a treatment for socialization after sexual abuse and

- emotional stress. *J Phys Ther Sci* 2015;27:959–62. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.959>.
74. Guina J, Nahhas RW, Sutton P, Farnsworth S. The Influence of Trauma Type and Timing on PTSD Symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2018;206:72–6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000730>.
 75. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract* 2015;21:281–303. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000091>.
 76. Guindos-Sanchez L, Lucena-Anton D, Moral-Munoz J, Salazar A, Carmona-Barrientos I. The Effectiveness of Hippotherapy to Recover Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Children* 2020;7:106. <https://doi.org/10.3390/children7090106>.
 77. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993;150:19–27. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.19>.
 78. Gutierrez L, Ghadimi S, Krall A, Hampson E, Grinberg AM, Moore AA, et al. Posttraumatic Stress Disorder Risk and Benzodiazepine Dependence in Older Veterans with Insomnia Symptoms. *Clin Gerontol* 2022;45:414–8. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1954123>.
 79. Hameury L, Rossetti L. Une approche complémentaire dans le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant : la médiation équine thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2022a;70:99–103. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.04.011>.
 80. Hameury L, Rossetti L. Une approche complémentaire dans le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant : la médiation équine thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2022b;70:99–103. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.04.011>.
 81. Harvey MM, Petersen TJ, Sager JC, Makhija-Graham NJ, Wright EC, Clark EL, et al. An Intensive Outpatient Program for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury. *Cognitive and Behavioral Practice* 2019;26:323–34. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.003>.
 82. HAS. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques : note de cadrage 2020.
 83. HAS. Guide: Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves 2007.
 84. Hediger K, Wagner J, Künzi P, Haefeli A, Theis F, Grob C, et al. Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1879713. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713>.
 85. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016;137:e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>.
 86. Hippocrates de Cos. *The Genuine Works of Hippocrates translated from de Greek*. Sydenham Society; 1849.
 87. Hultsjö S, Jormfeldt H. The Role of the Horse in an Equine-Assisted Group Intervention-as Conceptualized by Persons with Psychotic Conditions. *Issues Ment Health Nurs* 2022;43:201–8. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1975332>.
 88. Husky MM, Lépine J-P, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey: Traumatic Events and PTSD in France. *JOURNAL OF TRAUMATIC STRESS* 2015;28:275–82. <https://doi.org/10.1002/jts.22020>.
 89. Idoiaga Mondragon N, Eiguren Munitis A, Belasko Txertudi M. The breaking of secrecy: Analysis of the hashtag #MeTooIncest regarding testimonies of sexual incest abuse in childhood. *Child Abuse Negl* 2022;123:105412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105412>.
 90. ISTSS. *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines : Methodology and Recommendations* 2018.
 91. Jaillais J. *Elaboration d'un outil psycho-éducatif dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle de patients*

- ayant vécu des psychotraumatismes et présentant des conduites addictives. École de psychologues praticiens-Institut Catholique de Paris, 2016.
92. Johnson RA, Albright DL, Marzolf JR, Bibbo JL, Yaglom HD, Crowder SM, et al. Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans. *Military Med Res* 2018;5:3. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0149-6>.
 93. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 2005.
 94. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative Traumas and Risk Thresholds: 12-Month Ptsd in the World Mental Health (wmh) Surveys. *Depression and Anxiety* 2014;31:130–42. <https://doi.org/10.1002/da.22169>.
 95. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019;49:1761–75. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>.
 96. Kendall E, Maujean A, Pepping CA, Wright JJ. Hypotheses about the Psychological Benefits of Horses. *EXPLORE* 2014;10:81–7. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.001>.
 97. Keren O, Reznik J, Groswasser Z. Combined motor disturbances following severe traumatic brain injury: an integrative long-term treatment approach. *Brain Inj* 2001;15:633–8. <https://doi.org/10.1080/02699050010009568>.
 98. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
 99. Kim SH, Schneider SM, Kravitz L, Mermier C, Burge MR. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med* 2013;61:827–34. <https://doi.org/10.2310/JIM.0b013e3182906862>.
 100. Kind S, Otis JD. The Interaction Between Chronic Pain and PTSD. *Curr Pain Headache Rep* 2019;23:91. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3>.
 101. Kouchner C. *La familia grande*. Paris: Éditions du Seuil; 2021.
 102. Krueger K, Esch L, Farmer K, Marr I. Basic Needs in Horses?—A Literature Review. *Animals* 2021;11:1798. <https://doi.org/10.3390/ani11061798>.
 103. Kubzansky LD, Bordelois P, Jun HJ, Roberts AL, Cerda M, Bluestone N, et al. The Weight of Traumatic Stress: A Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Weight Status in Women. *JAMA Psychiatry* 2014;71:44–51. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2798>.
 104. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:629–34. <https://doi.org/10.1002/gps.1330>.
 105. Langevin V, Boini S, François M, A. R. *Références en Santé au Travail. Références en santé au travail* 2012:161–4.
 106. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010;167:640–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>.
 107. Lee C-W, Kim S-G, Na S. The Effects of Hippotherapy and a Horse Riding Simulator on the Balance of Children with Cerebral Palsy. *Journal of Physical Therapy Science* 2014a;26:423–5. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.423>.
 108. Lee C-W, Kim SG, Yong MS. Effects of hippotherapy on recovery of gait and balance ability in patients with

- stroke. *J Phys Ther Sci* 2014b;26:309–11. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.309>.
109. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale* 2005;31:182–94. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82385-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82385-1).
 110. Levrier K, Marchand A, Belleville G, Dominic B-P, Guay S. Nightmare Frequency, Nightmare Distress and the Efficiency of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *Archives of Trauma Research*, 2016;5. <https://doi.org/10.5812/atr.33051>.
 111. Lopez G. Traiter les psychotraumatismes. 2020.
 112. Malinowski K, Yee C, Tevlin JM, Birks EK, Durando MM, Pournajafi-Nazarloo H, et al. The Effects of Equine Assisted Therapy on Plasma Cortisol and Oxytocin Concentrations and Heart Rate Variability in Horses and Measures of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. *Journal of Equine Veterinary Science* 2018;64:17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2018.01.011>.
 113. Mandrá PP, Moretti TC da F, Avezum LA, Kuroishi RCS. Animal assisted therapy: systematic review of literature. *CoDAS* 2019;31. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018243>.
 114. Mary A, Dayan J, Leone G, Postel C, Fraisse F, Malle C, et al. Resilience after trauma: The role of memory suppression. *Science* 2020;367:eaay8477. <https://doi.org/10.1126/science.aay8477>.
 115. Masodkar K, Johnson J, Peterson MJ. A Review of Posttraumatic Stress Disorder and Obesity: Exploring the Link. *Prim Care Companion CNS Disord* 2016;18:10.4088/PCC.15r01848. <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01848>.
 116. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, et al. The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Frontiers in Psychiatry* 2017;8:55.
 117. Mcfarlane A. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry* 2010;9:3–10.
 118. Michalon J. “L’animal thérapeute”.: Socio-anthropologie de l’émergence du soin par le contact animalier. Thèse de doctorat. Université Jean Monnet, 2011.
 119. Miró E, Martínez MP, Sánchez AI, Cáliz R. Clinical Manifestations of Trauma Exposure in Fibromyalgia: The Role of Anxiety in the Association Between Posttraumatic Stress Symptoms and Fibromyalgia Status. *J Trauma Stress* 2020;33:1082–92. <https://doi.org/10.1002/jts.22550>.
 120. Mittal D, Drummond KL, Blevins D, Curran G, Corrigan P, Sullivan G. Stigma associated with PTSD: perceptions of treatment seeking combat veterans. *Psychiatr Rehabil J* 2013;36:86–92. <https://doi.org/10.1037/h0094976>.
 121. Moore M, Brown D, Money N, Bates M. Mind-body skills for regulating the autonomic nervous system 2011.
 122. Motchane. Les Psychothérapies Corporelles : Jean-Frédéric Motchane 2005. <http://www.astpc.ch/wp-content/uploads/2017/06/La-TPC-par-JF-Motchane.pdf> (accessed September 28, 2022).
 123. MTV. Violences sexuelles 2018.
 124. MTV. Impact des violences sexuelles de l’enfance à l’âge adulte: déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes 2015.
 125. Mueser KT, Rosenberg SD, Fox L, Salyers MP, Ford JD, Carty P. Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment* 2001;13:110–7. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.110>.
 126. Muñoz Lasa S, Máximo Bocanegra N, Valero Alcaide R, Atún Arratibel MA, Varela Donoso E, Ferriero G.

- Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. *Neurologia* 2015;30:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.01.012>.
127. Naifeh JA, Tull MT, Gratz KL. Anxiety Sensitivity, Emotional Avoidance, and PTSD Symptom Severity Among Crack/Cocaine Dependent Patients in Residential Treatment. *Cognit Ther Res* 2012;36:247–57. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9337-8>.
 128. Nakić Radoš S, Matijaš M, Kuhar L, Anđelinović M, Ayers S. Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychol Trauma* 2020;12:147–55. <https://doi.org/10.1037/tra0000501>.
 129. Naste TM, Price M, Karol J, Martin L, Murphy K, Miguel J, et al. Equine Facilitated Therapy for Complex Trauma (EFT-CT). *Journ Child Adol Trauma* 2018;11:289–303. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0187-3>.
 130. National Center for PTSD. PCL5 : Posttraumatic Stress Disorder Check List 2018.
 131. National Center for PTSD. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD 2013.
 132. Nazarian D, Kimerling R, Frayne SM. Posttraumatic stress disorder, substance use disorders, and medical comorbidity among returning U.S. veterans. *J Trauma Stress* 2012;25:220–5. <https://doi.org/10.1002/jts.21690>.
 133. NCCIH. Yoga for Health: What the Science Says. NCCIH 2020. <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/yoga-for-health-science> (accessed September 25, 2022).
 134. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:246–51. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.1.246>.
 135. NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE Guideline 2018.
 136. Niles BL, Mori DL, Polizzi C, Pless Kaiser A, Weinstein ES, Gershkovich M, et al. A systematic review of randomized trials of mind-body interventions for PTSD. *J Clin Psychol* 2018;74:1485–508. <https://doi.org/10.1002/jclp.22634>.
 137. Nimer J, Lundahl B. Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös* 2007;20:225–38. <https://doi.org/10.2752/089279307X224773>.
 138. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15:868–76. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>.
 139. O’Haire ME, McKenzie SJ, Beck AM, Slaughter V. Social behaviors increase in children with autism in the presence of animals compared to toys. *PLoS One* 2013;8:e57010. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057010>.
 140. OMS. Violence à l’encontre des enfants. ONU Info 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> (accessed September 4, 2022).
 141. OMS. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children 2017.
 142. ONPE. Publication des résultats de l’enquête auprès des victimes de violences sexuelles | Observatoire National de la Protection de l’Enfance 2015. <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/publication-resultats-lenquete-aupres-victimes-violences-sexuelles> (accessed September 26, 2022).
 143. ONU. Violence contre les enfants : l’OMS appelle à s’attaquer à la maltraitance cachée 2020.
 144. Orbach I. Suicide and the suicidal body. 2002 Dublin Award Address. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:1–8. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.1.22786>.
 145. Orbach I, Gilboa-Schechtman E, Sheffer A, Meged S, Har-Even D, Stein D. Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36:136–53. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.2.136>.

146. Palmer BW, Shir C, Chang H, Mulvaney M, Hall JMH, Shu I-W, et al. Increased prevalence of metabolic syndrome in Veterans with PTSD untreated with antipsychotic medications. *International Journal of Mental Health* 2021;0:1–16. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1965398>.
147. Peres JFP, Gonçalves AL, Peres MFP. Psychological trauma in chronic pain: implications of PTSD for fibromyalgia and headache disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2009;13:350–7. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0057-2>.
148. Phoenix Australia. Australian PTSD Guideline: Treatment recommendations 2021.
149. Powers A, Cross D, Fani N, Bradley B. PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research* 2015;61:174–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011>.
150. Ravindran LN, Stein MB. Pharmacotherapy of PTSD: Premises, principles, and priorities. *Brain Research* 2009;1293:24–39. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.037>.
151. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, editors. The conceptual evolution of DSM-5. Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique: American Psychiatric Pub.; 2011.
152. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress* 2012;25:241–51. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>.
153. Resnick SG, Bond GR, Mueser KT. Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 2003;112:415.
154. Roland N, Salmons L, Morand É, Salmons M. Impact des violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé Dans le cadre de la campagne « Stop au Déni ». *Médecine* 2016;12:285–8. <https://doi.org/10.1684/med.2016.64>.
155. Salmons M. Le psychotraumatisme du viol 2021.
156. Scherrer JF, Salas J, Chard KM, Tuerk P, van den Berk-Clark C, Schneider FD, et al. PTSD symptom decrease and use of weight loss programs. *Journal of Psychosomatic Research* 2019;127:109849. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109849>.
157. Scholz U, Doña BG, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment* 2002;18:242–51. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>.
158. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry* 2008;71:134–68. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>.
159. Schultz PN, Remick-Barlow GA, Robbins L. Equine-assisted psychotherapy: a mental health promotion/intervention modality for children who have experienced intra-family violence. *Health Soc Care Community* 2007;15:265–71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00684.x>.
160. Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale (GSE) 2012:1–4.
161. Selby A, Smith-Osborne A. A systematic review of effectiveness of complementary and adjunct therapies and interventions involving equines. *Health Psychol* 2013;32:418–32. <https://doi.org/10.1037/a0029188>.
162. Seligowski AV, Rogers AP, Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *Personality and Individual Differences* 2016;92:104–8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032>.
163. Shelef A, Brafman D, Rosing T, Weizman A, Stryker R, Barak Y. Equine Assisted Therapy for Patients with Post Traumatic Stress Disorder: A Case Series Study. *Mil Med* 2019;184:394–9. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz036>.

164. Shen H, Chen M, Cui D. Biological mechanism study of meditation and its application in mental disorders. *Gen Psychiatr* 2020;33:e100214. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100214>.
165. Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G. Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *AJP* 2007;164:166–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.166>.
166. Souter M, Miller M. Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 2007;20:167–80. <https://doi.org/10.2752/175303707X207954>.
167. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med* 2009;71:1012–7. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5>.
168. Sunwoo H, Chang WH, Kwon J-Y, Kim T-W, Lee J-Y, Kim Y-H. Hippotherapy in adult patients with chronic brain disorders: a pilot study. *Ann Rehabil Med* 2012;36:756–61. <https://doi.org/10.5535/arm.2012.36.6.756>.
169. Sylvia LG, Bui E, Chudnofsky R, Lakin L, McCarthy MD, Gupta CT, et al. A pilot study of a mind-body stress management program for student veterans. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2020;40:101221. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101221>.
170. Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamäki H, Vartiainen E, Lehtonen J, Puska P. Nightmares as predictors of suicide. *Sleep* 2001;24:844–7.
171. Tull MT, Vidaña AG, Betts JE. Chapter 10 - Emotion regulation difficulties in PTSD. In: Tull MT, Kimbrel NA, editors. *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*, Academic Press; 2020, p. 295–310. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816022-0.00010-7>.
172. VA/DoD. *Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder* 2017:200.
173. Vancampfort D, Stubbs B, Van Damme T, Smith L, Hallgren M, Schuch F, et al. The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders: A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research* 2021a;134:181–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.048>.
174. Vancampfort D, Stubbs B, Van Damme T, Smith L, Hallgren M, Schuch F, et al. The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders: A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res* 2021b;134:181–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.048>.
175. Vance MC, Kovachy B, Dong M, Bui E. Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research. *Journal of Clinical Psychology* 2018;74:1457–84. <https://doi.org/10.1002/jclp.22612>.
176. Voisin V. *Équithérapie Étude de l'impact sur le troubles psychiatriques et leur traitements*. Thèse d'exercice. Université de Poitiers, 2015.
177. Waite TC, Hamilton L, O'Brien W. A meta-analysis of Animal Assisted Interventions targeting pain, anxiety and distress in medical settings. *Complement Ther Clin Pract* 2018;33:49–55. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.07.006>.
178. Weiss N, Tull M, Lavender J, Gratz K. Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child Abuse & Neglect* 2013;37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.014>.
179. Westphal V. *Médiation équine : lancement de l'étude Pegase*. *Santé Mentale* 2021. <https://www.santementale.fr/2021/05/mediation-equine-lancement-de-letude-pegase/> (accessed August 14, 2022).
180. WHO. *Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde 2020*.

181. WHO, UNICEF, UNDP, UNFPA, World Bank Special Programme of Research. HRP annual report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
182. Wood WH, Fields BE. Hippotherapy: a systematic mapping review of peer-reviewed research, 1980 to 2018. *Disability and Rehabilitation* 2021;43:1463–87. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1653997>.
183. Zadnikar M, Kastrin A. Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis: Review. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2011;53:684–91. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03951.x>.
184. Zhu X, Suarez-Jimenez B, Zilcha-Mano S, Lazarov A, Arnon S, Lowell AL, et al. Neural changes following equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder: A longitudinal multimodal imaging study. *HumBrainMapp* 2021;42:19309 <https://doi.org/10.1002/hbm.25360>

ANNEXES

Nom _____

Date ___/___/___

LEC-5

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes que les gens peuvent vivre. Pour chaque événement, veuillez cocher dans une ou plusieurs des cases à droite pour indiquer que: (a) cela vous est arrivé à vous personnellement; (b) vous avez été témoin du fait que c'est arrivé à quelqu'un d'autre; (c) vous avez appris que c'est arrivé à un membre de votre famille proche ou à un(e) ami(e) proche; (d) vous avez été exposé(e) à cet événement dans le cadre de votre emploi (par exemple : SAMU/secouristes, police, militaire ou intervenant de première ligne); (e) Vous n'êtes pas sûr(e) que les réponses précédentes correspondent à votre expérience (f) cela ne s'applique pas à vous.

En lisant chacun des événements de la liste, assurez-vous de tenir compte de votre vie entière (de votre enfance jusqu'à aujourd'hui)

Événement	M'est arrivé	Été témoin	J'ai appris	Dans mon travail	Pas sûr	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (par exemple : inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)						
2. Incendie ou Explosion						
3. Accident de transport (par exemple : accident de voiture, accident de bateau, accident de train, crash aérien)						
4. Accident grave au travail, à la maison, ou pendant les loisirs						
5. Exposition à une substance toxique (par exemple : produits chimiques dangereux, radiation)						
6. Agression physique (par exemple : être attaqué(e), frappé(e), giflé(e), brutalisé, roué(e) de coups, être battu(e))						
7. Agression armée (par exemple : être touché(e) par balle, poignardé (e), menacé(e) avec un couteau, une arme à feu, une bombe)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être forcé à accomplir n'importe quel acte sexuel par la force ou la menace)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée ou non voulue						
10. Combat ou exposition à une zone de guerre (en tant que militaire ou civil)						
11. Captivité (par exemple : être kidnappé(e), enlevé(e), pris en otage, prisonnier(ère) de guerre)						
12. Blessure ou maladie mettant la vie en danger						
13. Souffrance humaine grave						
14. Mort violente soudaine (par exemple : homicide, suicide)						
15. Mort accidentelle soudaine						
16. Blessure graves, dommages, ou être responsable de la mort d'une autre personne						

Si vous avez fait l'expérience de plus d'un événement, **encerclez l'événement que vous considérez comme le pire événement**. Dans le cadre du présent questionnaire, le pire événement correspond à celui qui vous affecte le plus actuellement. **Cet événement est arrivé il y a _____ Mois (ou Date : ___/___/___).**



Nom _____

Date ___/___/___

Voici une liste de problèmes qui affectent parfois les personnes suite à des expériences très stressantes. En gardant en tête votre pire événement que vous avez entouré dans la PARTIE 1, veuillez lire chaque problème attentivement et encrer ensuite un des chiffres à droite pour indiquer à quel point vous avez été affecté(e) par ce problème **AU COURS DU DERNIER MOIS**.

<i>Au cours du dernier mois, à quel point vous avez été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modéré ment</i>	<i>Beau coup</i>	<i>Extrême ment</i>
1. Souvenirs répétés, dérangeants et indésirables de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Rêves répétés, dérangeants au sujet de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Vous sentir ou agir soudainement comme si l'événement stressant arrivait de nouveau (<i>comme si vous y étiez et que reviviez l'événement</i>) ?	0	1	2	3	4
4. Vous sentir très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Avoir des réactions physiques intenses quand quelque chose vous rappelait l'expérience stressante (<i>exemple : palpitations, difficultés à respirer, transpiration excessive</i>)?	0	1	2	3	4
6. Éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments reliés à l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les rappels externes de l'événement stressant (<i>exemple: personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations</i>)?	0	1	2	3	4
8. Difficulté à se rappeler des parties importantes de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir de fortes croyances négatives à votre sujet, au sujet d'autres personnes ou au sujet du monde (<i>exemple: avoir des pensées telles que: je suis mauvais(e), j'ai un sérieux problème, on ne peut faire confiance à personne, le monde est complètement dangereux</i>)?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer une autre personne pour l'expérience stressante ou ses répercussions?	0	1	2	3	4
11. Avoir de forts sentiments négatifs comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?	0	1	2	3	4
12. Perte d'intérêt pour les activités que vous aviez l'habitude d'apprécier?	0	1	2	3	4
13. Se sentir distant(e) ou coupé(e) des autres?	0	1	2	3	4
14. Difficulté à avoir des sentiments positifs (<i>exemple: incapable de ressentir du bonheur ou de l'amour envers vos proches</i>)	0	1	2	3	4
15. De l'irritabilité, des explosions de colère, ou des comportements agressifs?	0	1	2	3	4
16. Prendre trop de risque ou faire des choses pouvant vous faire du mal ?	0	1	2	3	4
17. être hypervigilant ou en état d'alerte, ou être sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Se sentir nerveux ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19. Avoir des difficultés à se concentrer ?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à s'endormir ou rester endormi ?	0	1	2	3	4

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD





DERS-F: Echelle de régulation émotionnelle

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 si celui-ci vous correspond:

- (1) *presque jamais*
- (2) *quelques fois*
- (3) *la moitié du temps*
- (4) *la plupart du temps*
- (5) *presque toujours*

Code:

	presque jamais	quelques fois	la moitié du temps	la plupart du temps	presque toujours
	1	2	3	4	5
01) Je comprends bien mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02) Je fais attention à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06) Je fais attention à mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07) Je sais exactement comment je me sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08) Je prends garde à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Quand je suis contrarié(e), je devient incontrôlable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 presque jamais	2 quelques fois	3 la moitié du temps	4 la plupart du temps	5 presque toujours
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez vous répondu à tous les énoncés?

Merci!

Version française validée:

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), in press.

Anxiété

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger *

* Schweitzer & Paulhan : *Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y)*. Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.

Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Si vous le repassez dans quelques mois, il sera probablement différent : moins bon si la vie vous a amené plus de soucis, ou meilleur s'il y en a eu moins et/ou si votre démarche de développement personnel porte ses fruits.

Ce test ne permet aucun diagnostic ni pronostic, que seul un professionnel de santé est autorisé à effectuer : il ne donne qu'une estimation ponctuelle.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, *ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement*.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	1				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0				
3	Je me sens content(e) de moi.	1				
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0				
5	J'ai un sentiment d'échec.	0				
6	Je me sens reposé(e).	1				
7	J'ai tout mon sang-froid.	1				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0				
10	Je suis heureux(se).	1				
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0				
12	Je manque de confiance en moi.	0				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	1				
14	Je prends facilement des décisions.	1				
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0				
16	Je suis satisfait(e).	1				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0				

18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	I				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0				
	Totaux					

Calcul du total :

Pour les lignes indiquées par I, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.
La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel *Relaxation et principes d'équilibre* associé au manuel *Confiance et apaisement* vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

Stress Reactivity (MOCS)

Il existe différents niveaux dans la capacité à répondre aux défis et aux exigences de la vie quotidienne. Les items suivants listent plusieurs choses qu'une personne peut faire - à un niveau plus ou moins élevé - pour gérer son stress. Pour chaque item, indiquez votre niveau d'aptitude réel, pas ce que vous espérez pouvoir faire. Il ne s'agit pas d'indiquer ce que vous pensez pouvoir faire ou ce que vous espérez pouvoir faire. Soyez aussi précis que possible sur votre niveau de confiance à faire chaque activité.

	Je ne peux pas faire ça du tout	Je peux faire cela seulement un peu	Je peux faire cela régulièrement	Je peux faire cela assez bien	Je peux faire cela extrêmement bien
Je suis capable d'utiliser des techniques de relaxation musculaire pour chaque tension que j'expérimente					
Je prends conscience dès qu'une tension apparaît dans mon corps					
Je peux exprimer clairement mes besoins à ceux qui sont importants pour moi					
Je peux facilement arrêter mes pensées et les réexaminer pour prendre du recul					
Il m'est aisé de trouver des solutions à n'importe quel problème qui se présente à moi					
Il m'est aisé de reconnaître les situations qui me stressent					

Quand des problèmes surviennent, je sais comment les gérer					
Je remarque de suite dès que mon corps se tend					
Dans la vie, il est aisé pour moi de demander de l'aide ou du soutien à quelqu'un quand j'en ai besoin					
Je suis capable d'utiliser l'imagerie mentale pour réduire chaque tension que je rencontre					
J'ai confiance en ma capacité à choisir la meilleure manière de régler des situations complexes					
J'arrive à trouver un équilibre entre mes pensées positives et négatives dans les moments compliqués					
Je peux demander à des personnes de l'aide ou du soutien dès que j'en ai besoin					

French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale
Auto-efficacité Généralisée

Michelle Dumont, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, Berlin, Germany, 2000

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui vous décrit le mieux.

		pas du tout vrai	à peine vrai	moyenne- ment vrai	Totale-ment vrai
1	Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.	1	2	3	4
2	Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.	1	2	3	4
3	C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.	1	2	3	4
4	J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.	1	2	3	4
5	Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.	1	2	3	4
6	Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.	1	2	3	4
7	Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.	1	2	3	4
8	Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4
9	Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.	1	2	3	4
10	Peu importe ce qui arrive je suis capable d'y faire face généralement	1	2	3	4

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président

de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021/2022
PEREZ-ARDA GARAYO MARIA VIOLETA

TITRE DE LA THESE :

Le cheval médiateur du soin dans le trouble de stress post-traumatique : évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes victimes de violences sexuelles

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Le Trouble de stress post-traumatique (TSPT) est fréquent, notamment chez des personnes ayant subi des violences sexuelles. Il est à l'origine d'un retentissement fonctionnel marqué dans la vie des sujets atteints ainsi que des comorbidités psychiques et somatiques importantes et donc une morbidité élevée. Il existe des psychothérapies ayant montré leur efficacité, mais elles présentent des limites : un taux d'abandon élevé et des symptômes résiduels. Ce sont en plus des thérapies qui exigent de réaffronter de prime abord le traumatisme, ce qui fait que beaucoup de personnes n'accèdent jamais aux soins. Les psychothérapies psychocorporelles répondent aux besoins existants dans le soin de ce trouble. Une de ses formes, l'équithérapie, est étudiée avec des résultats prometteurs. Nous étudions ici un protocole d'équithérapie pour des femmes ayant été victimes de violences sexuelles ; il est composé de dix séances, chacune axée sur un thème de réparation. Une évaluation quantitative et qualitative est réalisée, montrant des améliorations significatives sur les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sur l'acceptation des émotions négatives, sur l'anxiété et sur la capacité de gestion du stress, et ce, sur des personnes souffrant de traumatismes multiples. L'acceptabilité et la faisabilité du protocole qui en résultent sont élevées. Une poursuite de l'évaluation de ce protocole est nécessaire pour consolider ces résultats.

MOTS CLES : Trouble de stress post-traumatique ; psychotraumatisme ; violences sexuelles ; psychothérapie psychocorporelle ; thérapie assistée par les animaux ; équithérapie, hippothérapie ; traitement

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS :

The horse as a mediator of care in post-traumatic stress disorder : evaluation of an equithérapie protocol in women victims of sexual violence

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is common, especially in people who have been sexually abused. It has a marked functional impact on the lives of the affected individuals, as well as significant psychological and somatic comorbidities and therefore a high morbidity. There are psychotherapies that have shown their effectiveness but they have limitations: a high drop-out rate and residual symptoms. In addition, these therapies require the patient to face the trauma again first, which means that many people never access care. Mind-body psychotherapies respond to the existing needs in the care of this disorder. One of its forms, equithérapie, is being studied with promising results. We study here a protocol of equithérapie for women who have been victims of sexual violence; it is composed of ten sessions, each focused on a theme of reparation. A quantitative and qualitative evaluation of this practice was conducted, showing significant improvements in negative cognitive and mood alterations, acceptance of negative emotions, anxiety, and stress management skills in individuals with multiple trauma. The acceptability and feasibility of the protocol are high. Further evaluation of this protocol is necessary to consolidate these results.

KEY WORDS : Post-traumatic stress disorder ; sexual violence ; Mind-body psychotherapy ; equithérapie ; hippotherapy ; psychotrauma ; treatment ; animal assisted therapy