

Sonia BOROS

En vu de l'obtention du diplôme d'équithérapeute

Session 2006/2008

« Le reflet du manège »

Ou la conscience de soi en équithérapie chez la personne addictive

Directeur de mémoire : Nicolas Emond

Société Française d'Equithérapie
77 avenue Félix Faure
92000 Nanterre

A mon père,

Table des matières

<i>Introduction</i>	<i>P 3 à 27</i>
<u>Première partie: les addictions et l'image de soi</u>	p 4 à 22
I Qu'est ce que l'addiction?	P 4 à 21
II L'image de soi chez la personne addictive	p 21 et 22
<u>Deuxième partie: la vidéo en équithérapie</u>	p 22 à 27
<i>Méthode</i>	p28 à 40
I La spécificité de la méthode EAGALA	p 28 à 31
II L'insertion de l'outil vidéo dans la méthode EAGALA	p 31 à 36
III Présentation des cas	p 36 à 40
<i>Résultat</i>	p 41 à 51
<i>Analyse</i>	p 52 à 54
<i>Discussion</i>	p 55 à 57
<u>Bibliographie</u>	p 58 et 59

INTRODUCTION

Je me rappelle mon premier cours de poney. Du haut de mes cinq ans, je suis arrivée tout sourire aux lèvres au centre équestre. Le moniteur me dit d'une voix forte : « Caramel, le pie au fond du boxe, au bout de l'allée! ». J'ai trouvé le boxe mais il y a cinq poneys à l'intérieur et mon père et moi ne savons pas ce que veut dire « pie » !

Toutes les questions nous viennent : comment l'attraper ? Lui mettre la selle ? Le brosser ?... et on peut lire dans nos yeux « Au Secours ».

Mais comment demander de l'aide, à qui ?

C'est ici toute la question que peuvent se poser les personnes addictes lorsque la substance leur a fait quitter la *lune de miel* pour entrer dans la *descente aux enfers* ...¹

C'est par hasard, alors que j'avais le désir de faire un stage Outre Atlantique, que j'ai passé un mois à Los Angeles, avec une équithérapeute qui travaillait en « rehab » (centre de désintoxication). C'est un public qui jusque-là m'était professionnellement inconnue, et pour lequel j'ai eu comme un coup de foudre ! Comme dirait le directeur de la structure Suisse vers laquelle je me suis tournée par la suite : « ça passe ou ça casse ! Dans les deux premières heures d'un stagiaire, on comprend s'il est fait ou non pour travailler avec cette population ».

Aujourd'hui, j'ai le désir de me spécialiser dans le domaine des addictions, c'est pourquoi il m'a paru logique et indispensable d'effectuer ma recherche avec ce public. Mon sujet de mémoire est

¹ *Les pathologies de l'excès, sexe, alcool, drogue, jeux....les dérives de nos passions*, Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak, édition JC Lattès, 2006

en lien avec deux de mes passions, le cheval bien sûr mais aussi le montage vidéo que j'utilise à des fins personnelles. Sans oublier une population nouvelle pour laquelle j'éprouve depuis peu empathie et désir de proposer un accompagnement dans son chemin vers la sobriété.

Je vais donc vous présenter les addictions et l'image de soi à travers la vidéo en équithérapie. On se posera la question de savoir si la vidéo peut permettre dans la prise de conscience des comportements chez le patient.

Première partie: Les addictions et l'image de soi

I Qu'est ce que l'addiction?

A Définitions

Les addictions ont été souvent définies comme une dépendance à une substance. En 1990 Goodman nous en propose une définition : « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne , est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. »²

En Europe occidentale, depuis les romains et ce jusqu'au moyen âge, le terme addiction avait le même contexte juridique et correspondait à un arrêt du juge donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » montrant ainsi la contrainte par le corps.

2 *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives* Michel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Lagrue, rapport rédigé à la demande de MR Joël Menard, directeur général de la santé et remis à Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et aux affaires sociales, p09

C'est en psychiatrie que les toxicomanes étaient désignés sous le terme addiction dans les pays anglo-saxons. Au fil du temps, le terme va prendre de l'ampleur pour d'autres catégories cliniques qui vont présenter des ressemblances, notamment au niveau comportemental (peele 1995). Cependant, utilisé le plus largement dans son sens le plus courant, « il recouvre les comportement d'utilisation pathologique de substances telles que les drogues, les médicaments et l'alcool. »

Définir le problème de l'addiction par la maladie a très souvent été l'objet de débat. C. Olivenstein nous donne une définition de la toxicomanie comme « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socio culturel* »³. Certains sociologues, en accord avec N. Zinberg⁴, parlent de « *set, setting, substance* » et réfutent la notion de maladie, pour placer en premier lieu le contexte social (le setting).

Proposé au sens large du terme « maladie », Hans Selye (qui a découvert la notion de stress) pense que la maladie *devrait être conçue comme une interaction entre un hôte, un agent pathogène et l'environnement*.

Si on considère une simplification selon trois points: la personnalité, le produit et le contexte, l'addiction est une dépendance selon ces différents facteurs:

- *La personnalité*: correspond à l'ensemble des facteurs individuels, la structure psychique et l'histoire de la personne. Mais aussi de possible facteurs de protection ou vulnérabilité psychique ou biologique voir génétique.

3 *les cahiers de l'actif*, dossier drogues et toxicomanies, n°310/311, p105

4 *drugs, set et setting*, New Haven, London, yale univ press, 1984

- Le produit: réalité complexe quelque soit la dépendance, drogue unique ou multiple. Encore plus difficile lorsque l'addiction est sans « drogue ». C'est l'action du produit sur le sujet qui importe.
- Le contexte: différents facteurs comme l'entourage familiale, le cadre social, la culture, l'histoire du groupe....

La dépendance résulte donc de la corrélation de ces trois facteurs. C'est une pathologie et *la volonté ne suffit généralement pas pour s'en sortir*.⁵

Aujourd'hui, la dépendance est considéré comme « une maladie » car il existe une souffrance, physique et/ou psychique et une altération à la santé.

B Les différentes addictions⁶

On regroupe sous le terme d'addiction d'une part les substances psychoactives mais aussi les pratiques addictives.

a) *Les substances psychoactives*

D'après l'OFDT⁷ ce sont des substances qui agissent sur le cerveau. On les sépare en substances illicites (les « drogues ») et en substances licites (tabac, alcool, médicaments...). Ces substances produisent une augmentation dans notre cerveau de la libération d'une molécule fabriquée par les neurones, la dopamine. La dopamine est un neuromédiateur, message chimique, qui passe d'un

⁵ *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*, Dr P. Polomeni, Dr D. Bry et I. Célérier, édition JL, p5, 2005

⁶ *Drogues et dépendance le livre d'information*, éditions INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 2006

⁷ *OFDT*: observatoire français des drogues et des toxicomanies

neurone à l'autre. Il y a une notion de plaisir et de bien être qui se dégage de ce système que l'on appelle « circuit de récompense »^{8,9}

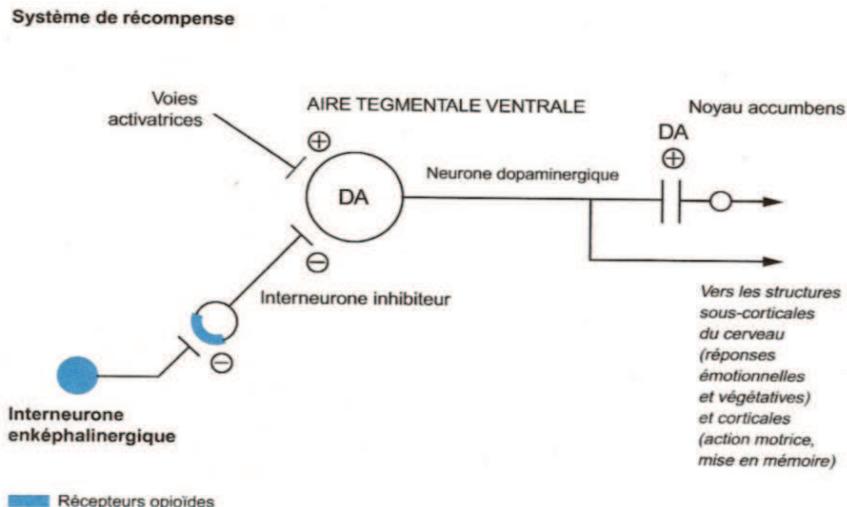
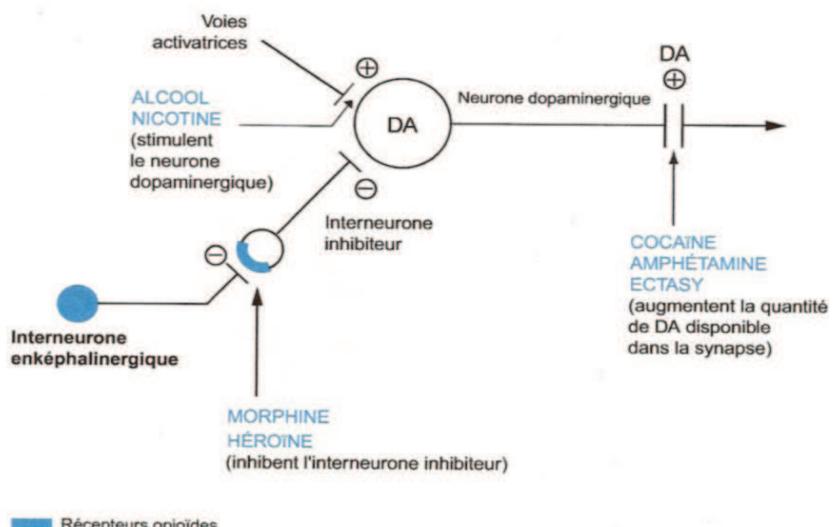


SCHÉMA N° 4

Mode d'action des drogues : modèle hypothétique



⁸ Schémas: www.ic.edu.lb/academics/secondary/biology/DOCUMENTS/accompagnement/1_es.pdf

9 Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives Michel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Lagrue, rapport rédigé à la demande de MR Joël Menard, directeur général de la santé et remis à Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et aux affaires sociales, p34

Les drogues, indiquées ci-dessous, peuvent être avalées, sniffées, fumées ou injectées. Les risques engendrés sont liés aux produits, aux additifs, aux modes de consommation et aux conditions d'administration.

- Le Cannabis: c'est une plante dont le principe actif responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol). Sa concentration est variable selon les préparations et la provenance.

Sous forme d'herbe séchée ou de résine, appelé communément un « joint », on le fume dans des feuilles roulées avec du tabac. Plus rarement on le trouve aussi sous forme d'huile consommé à l'aide d'une pipe.

Ses effets sont principalement la détente et le bien-être avec une modification des perceptions. Légère euphorie avec apaisement, somnolence, malaise, intoxication aigüe (« bad trip ») traduit par des tremblements, des vomissements, de la confusion ou de l'angoisse très forte.

La mémoire immédiate et la concentration sont réduites lorsque la personne est sous l'effet du cannabis. La perception visuelle, la vigilance et les réflexes sont aussi touchés. Au niveau physique le consommateur peut avoir un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges), une augmentation de l'appétit (fringales), des palpitations, la bouche sèche et une sensation de nausée.

Selon l'OFDT¹⁰, en 2005 il y avait 1,2 millions de consommateurs en France dont 550 000 le consommant au quotidien. C'est la drogue la plus consommée chez les jeunes et en particulier

10 OFDT:observatoire français des drogues et des toxicomanies

chez les garçons.

- La Cocaïne: fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle provient des feuilles de cocaïne. Appelée « ligne de coke », elle est sniffée et parfois injectée par voie intraveineuse ou fumée (forme de crack). Elle provoque une forte dépendance.

Ses effets sont généralement une euphorie immédiate, une impression de toute puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur et à la fatigue. Elle lève l'inhibition et peut entraîner des passages à l'acte. Par la suite, la cocaïne provoque un état dépressif et une anxiété. Certains sujets consomment de l'héroïne ou des médicaments psychoactifs pour diminuer les effets secondaires de la cocaïne.

Elle provoque une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins (surtout la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les consommateurs réguliers), des troubles du rythme cardiaque, des troubles psychiques (instabilité d'humeur, délires paranoides ou attaques de panique) et une augmentation de l'activité psychique (avec troubles du sommeil, perte de la mémoire, phase d'excitation...).

Selon l'OFDT, en 2005 on observait une consommation de cocaïne chez les moins de 45 ans (2% chez 18-26 ans, 4% chez 26-44 ans) plutôt que chez les 45-75 ans (0,4%)

- Le Crack: dérivé de la cocaïne, c'est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque, présenté sous forme de cailloux. Le principe d'utilisation est de chauffer le caillou pour en inhaller la fumée, provoquant des « craquements » origine du mot.

Ce sont les mêmes effets que pour la cocaïne mais de manière plus intense car le produit arrive

plus rapidement au cerveau. L'effet « flash » persiste moins longtemps (5 à 10 min).

Comme pour la cocaïne, il y a une dépendance psychique importante tant le besoin d'en reprendre est intense. Dommage rapide au cerveau, grave altération des voies respiratoires, arrêt respiratoire et/ou cardiaque pouvant entraîner la mort, épuisement physique et psychique, lésions cutanées (mains et lèvres) liées au mode de consommation.

Lorsque l'usager cesse d'en prendre il est longtemps variable au niveau de l'humeur et ressent un désir important de reprendre de la drogue (« craving ») à l'origine de fréquents épisodes de rechute.

Selon l'OFDT le crack est beaucoup moins consommé que la cocaïne, et principalement en région parisienne et aux antilles (moins de 1% des 17/18 ans l'ont expérimenté une fois dans leur vie)

- L'Ecstasy et l'Amphétamine: c'est un produit comprenant une molécule de la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine) qui entraîne les effets psychoactifs, mélange de stimulants et d'hallucinogènes.

L'ecstasy se présente sous la forme de petits comprimés de couleurs et formes différentes avec un motif ou logo dessus. Les composants sont très souvent à très fort taux de concentration autre que la molécule amphétaminique.

Dans un premier temps les effets sont généralement l'euphorie; bien être et plaisir qui se transforment en sensation d'angoisse ammenant le consommateur dans l'incapacité de communiquer avec autrui. La durée de l'effet du comprimé est compris entre deux et quatre

heures avant la "descente" sous forme de dépression variable en intensité.

La consommation peut entraîner des sueurs, nausées, maux de tête, déshydratation de l'organisme et augmentation de la température. D'autres troubles ont été rapporté comme des troubles neuropsychiatriques, des troubles digestifs ou des pertes de connaissance. Plus rarement, on a pu constaté des décès par hyperthermie et arythmie cardiaque. Avec le temps les effets révèlent un amaigrissement et une irritabilité. Il peut y avoir une dépendance psychique qui peut nécessiter une prise en charge du consommateur en cas d'usage intense.

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants (utilisé comme coupe faim ou pour stopper le sommeil). Elles entraînent une forte dépendance psychique ce qui les classent depuis 1967 comme stupéfiant. Elles sont présentées sous forme de poudre à sniffer ou comprimés.

Après une sensation d'invincibilité, leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La "descente" peut ammener un découragement ou un état dépressif. Le consommateur régulier altère son état général suite aux effets et est conduit à l'épuisement de l'organisme, à une grande nervosité et à des troubles psychiques (délires). En associant ce produit avec alcool ou substance psychoactive (comme l'ecstasy) la personne augmente les risques de neurotoxicité.

Les ecstasys sont consommés, une fois dans la vie chez les 18-64 ans, pour 3,1% chez les hommes et 1% chez les femmes. Pour les amphétamines, 2% chez les hommes et 1% chez les femmes. (2005)

- L'alcool: C'est la fermentation ou la distillation de végétaux riches en sucre (bière, vin, rhum, alcools distillés, vodka, whisky...).

Entre 1960 et aujourd'hui, la consommation d'alcool a diminué de moitié mais la France reste un pays très consommateur (4ème rang européen et 6ème rang mondial)

L'alcool n'est pas digéré, il est directement transmis dans le sang par le tube digestif vers les vaisseaux sanguins. Il va donc très vite dans tout l'organisme. Le seuil de tolérance dépend de la personne (corpulence, état physique et psychique, homme ou femme) et du contexte.

À court terme, en grande quantité, cela provoque des nausées, vomissements, troubles digestifs...(le taux d'alcoolémie baisse en fonction de la quantité bue. Une heure et demi environ pour 0,5 gramme / litre)

En consommant, la personne court des risques majeurs comme avoir une diminution de la vigilance (cause d'accidents de la route), la perte de contrôle de soi [comportement agressif, passage à l'acte, agressions sexuelles (sur autrui ou subies de par la perte de contrôle de soi), suicide, homicide].

Lorsque la consommation régulière est de 2 verres standard par jour pour les femmes et 3 pour les hommes, avec au moins un jour sans alcool par semaine, il n'y a pas trop d'inquiétude . Au delà, on parle de dépendance. Elle augmente les risques de pathologies graves (cancer, maladie du foie et du pancréas, troubles cardiovasculaires, hypertension, troubles psychiques...).

On parle de dépendance lorsque la personne ne peut pas réduire ou arrêter de consommer. Les symptômes apparaissant sont: tremblements, crampes, anorexie, troubles du comportement. Cette dépendance est souvent accompagnée de difficultés relationnelles, sociales, professionnelles, sanitaires et judiciaires.

Selon l'OFDT en 2002, 27% des adultes (18-75 ans) hommes consomment tous les jours de l'alcool contre 11% chez les femmes. Pour les consommateurs à risque de dépendance, l'OFDT a recensé 15% des hommes et 4% des femmes. Pour information, en 2004 il y avait 13,1 litres d'alcool pur¹¹ vendu par Français de 15 ans et plus soit 2,9 verres par jour et par habitant.

- Les autres drogues: On retrouve aussi les champignons et autres plantes halucinogènes, le LSD, la kétamine, le poppers et autres inhalants et solvants sans oublier le GHB (classé stupéfiant).

Ces drogues sont très souvent utilisées dans un milieu festif chez les jeunes. Selon l'OFDT (entre 2000 et 2005) chez les 18-64 ans, leur consommation est comprise entre 0,4% à moins de 5 % et au moins une fois dans la vie .

11 Alcool pur: nom employé dans le langage courant pour désigner l'éthanol. La concentration en éthanol dans une boisson est indiquée en pourcentage volumique. Ainsi dans un litre de whisky à 40% d'alcool, il y a 0,4 litre d'alcool pur. Dans un litre d'alcool à 12% il y a 0,12 litre d'alcool pur.

b) Les pratiques addictives

Les pratiques addictives se retrouvent dans toutes les dépendances possibles où le produit n'est pas la source de la dépendance mais celle-ci est plutôt liée à un comportement.

Ainsi, on distingue les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), le jeu, le travail, le sexe...

- L'anorexie mentale¹²: Refus de l'alimentation. Elle s'observe surtout chez les adolescentes et jeunes femmes, de 15 à 25 ans, en générale vierges, [...] selon W.H.Kaye (1982), l'anorexique ne mange pas parce que la sensation de faim disparaît, pendant le jeûne, sous l'action des morphines endogènes (endorphines) dont la présence dans l'hypothalamus, en quantité accrue a été objectivée. Mais la raison du jeûne ne sera pas connue. Pourtant, l'analyse psychologique fait apparaître, dans presque tous les cas un conflit actuel avec l'entourage, plus spécialement avec la mère. La crainte de l'abandon, la culpabilité liée à l'éveil de la sexualité provoque parfois ce comportement, qui signifie la nostalgie du passé, le désir de revenir à la situation infantile.
- La boulimie¹³: Appétit excessif entraînant un sujet à manger exagérément. [...] La faim est une sensation résultant d'un ensemble complexe de facteurs psychologiques, endocriniens, neurologiques. [...] Les études modernes, fondées sur l'apprentissage et les reflexes conditionnels ou sur la psychanalyse, ont montré qu'à la nourriture (surtout les sucreries) sont associées l'image maternelle et la tendresse. Inconsciemment, le boulimique chercherait à

12 Anorexie mentale: *dictionnaire de la psychologie*, Norbert Sillamy, Larousse, 1999, p23

13 Boulimie: *dictionnaire de la psychologie*, Norbert Sillamy, Larousse, 1999, p41

combler un vide affectif. [...]

- Le jeu: Les personnes dépendantes au jeu présentent les symptômes de manque lorsqu'elles n'ont pas la possibilité de jouer. Nervosité, irritabilité, tremblement...accompagnés d'autres addictions comme l'alcool. Les personnes dépendantes aux jeux ont des difficultés relationnelles, sociales et financières.

On retrouve les jeux de casino, le PMU, le poker et autres jeux en réseau sur internet....Aujourd'hui, la multiplication de jeux mettant en lien l'argent augmente le nombre de personnes dépendantes de ces pratiques.

C les critères diagnostiques des troubles addictifs

Comment devient-on addict? Il y a généralement trois étapes. La première consiste en une curiosité ou usage simple, une expérience nouvelle, recherche du plaisir ou transgression de l'interdit (liking). Ensuite, on retrouve l'abus ou usage nocif ou le consomateur est encore dans la jouissance, le plaisir (wanting). Enfin, la personne ne peut plus s'en passer et devient dépendante (needing) sous peine de souffrance physique et/ou psychique.

Afin de diagnostiquer plus précisément la dépendance, Goodman a établi en 1990 une série de critères qui sont:

A_ échecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique

B_ le sentiment de tension augmente avant de débuter le comportement

C _ le sentiment de plaisir , de soulagement en entreprenant le comportement

D _ le sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement

E _ au moins cinq des neuf items suivant:

1- fréquentes préoccupations liées aux comportements ou aux activités préparatoires à sa réalisation

2- fréquence du comportement plus important ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée

3 -efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement

4- importance de la perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets

5- réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies

6- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement

7- poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement

8- tolérance: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir

l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité

9- agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être suivi

F_ certains symptômes ou troubles ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée

D Les traitements pour les troubles addictifs

a) Médicamenteux

- les opiacés¹⁴: Une personne dépendante aux opiacés, âgé de plus de 15 ans, se verra conseiller un traitement adapté de substitution dit TSO¹⁵. Il permet de supprimer le manque, de « normaliser » le comportement et de se déshabituier de l'héroïne. On trouve actuellement le buprénorphine et la méthadone qui ont une durée d'au moins 24h.

Individualisé à chaque personne les TSO se présentent sous forme buvable pour la méthadone (flacon de 5, 10, 20, 40, 60 mg) alors que la buprénorphine se présente sous comprimé de 0,4mg, 2 ou 8 mg.

Comme tout traitement les TSO peuvent provoquer des effets indésirables: constipation, hypersudation, insomnie, asthénie, somnolence, vertiges, chute de tension lors de mouvements brusques, nausées, vomissements, céphalés....

14 *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie* , Dr P. Polomeni, Dr D. Bry et I. Célérier, édition JL, p23 à 30, 2005

15 TSO: “traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, psychologique et sociale”

Mésusage: Lorsqu'un dépendant arrête l'héroïne, le temps de la journée est modifié et l'ennui peut entraîner la personne à consommer d'autres substances comme l'alcool. Il est donc conseillé d'être suivi de près par un médecin ou un centre d'accueil pour avoir la meilleure prise en charge tant au niveau médicamenteux qu'au niveau de l'écoute pour le patient.

Surdosage: Il arrive qu'il y ait surdosage de méthadone amenant des difficultés respiratoires pouvant aller jusqu'à la mort.

- Autres traitements associés: La vie des personnes dépendantes est bien souvent entrecoupée d'événements traumatisques (violence et abus sexuels, maladies graves, pertes et deuils...) ce qui peut dans l'arrêt de la substance provoquer des troubles chez la personne comme la dépression.

Aussi, certains toxicomanes présentent des troubles psychiatriques nécessitant d'associer aux TSO d'autres médicaments.

On retrouve donc les anxiolitiques, les anti-depresseurs ainsi que les neuroleptiques dans les cas de troubles de la personnalité.

Les douleurs sont très fréquentes lorsque le dépendant est dans un sevrage des opiacés. Pour palier à ces souffrances le médecin peut leur prescrire des antalgiques. Il est d'ailleurs conseiller de prendre en charge ces douleurs comme un effet secondaire du sevrage.

b) Psychothérapeutique

Les personnes dépendantes ont besoin d'un soutien psychologique en cure ou post-cure afin de mieux comprendre leur addiction et les raisons pour lesquelles ils le sont devenus.

- En groupe: Lors des cures, il est obligatoire de faire parti des groupes de paroles qui ont lieu généralement chaque jour. Animé par des thérapeutes, ces réunions permettent de parler de sujets précis tel que le mécanisme de l'addiction, les difficultés rencontrées au quotidien durant la cure, mais aussi parfois les hommes et les femmes sont séparés pour parler de choses plus intimes.

Les alcooliques anonymes, les narcotiques anonymes, les boulimiques anonymes....tant d'associations et de groupes permettant à chacun, selon sa problématique et avec le soutien d'un « parrain » d'aller au devant de ses souffrances pour une vie nouvelle. Ces groupes de paroles se réunissent dans un lieu précis, parfois une salle communale, afin de parler de leur expérience dans la dépendance au niveau famillial, social, professionnel...mais aussi des obstacles après le sevrage pour ne pas être tenter de rechuter. Le partage qui a lieu dans ces réunions est généralement fort en émotion et permet à chacun de gravire les étapes amenant à la sobriété.

- Individuelle: la prise en charge individuelle en psychanalyse par un psychologue ou un psychiatre est complémentaire dans l'aide proposée aux personnes en cure ou post-cure. Elle est parfois indispensable lorsque les difficultés psychiques liées à la dépendance ou à l'histoire du patient sont trop apparentes dans la cure de celui-ci et gênent ainsi le processus de guérison.

- Hypnose¹⁶: certains médecins ou psychologue, psychanaliste considère l'hypnose comme la thérapie première pour les dépendants avant d'en réaliser d'autres.

Christian Miel, qui a dirigé un centre de soins pendant huit ans pour toxicomanes et maintenant directeur d'un établissement de l'association Montjoie au Mans, défend cette théorie qui vise à réutiliser la méthode cathartique "himself" que Freud préconisait en début de carrière . Pour lui, cela consiste à mettre le patient en état de transe hypnotique pour lui faire revivre "*l'évènement traumatique réel ou fantasmatique à l'origine de ses symptômes, sous la forme de récits plus ou moins mis en scène.*" Ceci afin d'amener le patient dans un état de confusion comme dans les moments toxicomaniaques, état modifié de conscience. Le patient se voit alors suggéré "*de penser à un moment heureux de son enfance lui permettant de faire l'expérience d'une mère protectrice après qu'il ait vécu celle d'une mère envahissante et morbide*" il fait donc un lien avec sa "dépressivité" mais il doit y faire face car le produit ne peut entrer en relation à ce moment T. La souffrance du manque va se faire ressentir, le "*lien entre l'affect et la représentation se rétablit et le champs du désir se réactive, [le patient] fait l'expérience de la perte de l'objet qu'il lui faut combler par des processus et des contenus psychiques, sans avoir recours pour cela à la satisfaction hallucinatoire que lui procure le produit.*" Pour Christian Miel, le retour à la mentalisation du patient jusque là incapable de pouvoir le faire, va pouvoir être faite par ces souvenirs retrouvés, la mémoire et les rêves.

- L'équithérapie: cette forme de thérapie est une aide psychothérapeutique supplémentaire permettant au patient de comprendre ce qu'il s'est passé pour lui en lien avec son histoire. Il pourra à travers le cheval revivre des moments de sa vie et les analyser avec l'équithérapeute.

16 L'hypnose pour sortir de la toxicomanie, p 8 à 15,Lien social, n°821, 14 décembre 2006

Le cheval étant un animal fort de symbolique et non jugeant, il paraît être un bon support thérapeutique dont le patient dépendant a besoin pour vérifier le tracé de sa vie.

II L'image de soi chez la personne addictive

*A Qu'est ce que l'image de soi?*¹⁷

Prise dans le sens subjectif et non pas physique (l'image dans le miroir), l'image de soi est la représentation d'une évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes de son développement et dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve. Il n'y a ainsi pas une, mais de multiples images de soi. Les psychologues de l'enfant et les psychanalystes ont montré comment ces représentations se construisent à travers un jeu d'identification aux personnes de l'entourage ou à des figures héroïques réelles ou imaginaires. Les images de soi dépendent aussi du regard et des évaluations que les autres portent sur l'individu. Enfin l'image de soi se rattache à la genèse de la conscience de soi.

*B Et l'estime de soi?*¹⁸

L'estime de soi est une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept soi). En tant que structure cognitive, le concept de soi est fait d'élément autodescriptif (traits, comportements, états...), chroniquement accessibles ou temporairement saillants, variant quant à leur désirabilité ou leur utilité sociale. Cette valeur résulte de processus d'intériorisation et de comparaisons

17 Image de soi, *Dictionnaire de psychologie*, Doron Parot, puf, 1991, p 363

18 Estime de soi, *Dictionnaire de psychologie*, Doron Parot, puf, 1991, p274,275

sociales plus ou moins sélectives. Bien que certaines personnes s'attribuent peu de valeur (dépressifs), les psychologues tablent sur une motivation des gens à maintenir l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes à un niveau élevé.

C Le regard de la personne addictive

Les personnes souffrant d'addictions font très souvent l'objet d'une histoire et d'une enfance difficile, mais parfois un seul événement douloureux à vivre pour la personne devient l'élément déclencheur de l'addiction. Ce sont des personnes fragiles psychologiquement dont l'image de soi et l'estime de soi ne sont pas suffisamment fortes pour permettre à la personne de ne pas se laisser emporter dans le cercle vicieux de la dépendance. Il est nécessaire de travailler ces points avec eux.

deuxième partie: la vidéo en équithérapie^{19 20}

A La vidéo en général dans les thérapies

L'attitude que l'on a face à sa propre image renvoie à la relation que l'on a établi face au regard maternel. La vidéo met en valeur les stratégies que le patient a dû mettre en place pour survivre. En rapport au jeu de la bobine de Sigmund Freud, on peut faire la comparaison similaire que là où il y avait une relation à l'objet s'établit une relation symbolique dans l'apparition et la disparition de l'image sur l'écran vidéo. Le patient dans sa quête de *confirmation d'idéal*, se

19 *Vidéothérapie l'image qui fait renaître*, Jean-Paul THENOT, édition Greco, 1989

20 *Vidéo...Formation et Thérapie d'autres images de son corps*, Yannick Geffroy, Patrick Accolla et Anne Ancelin Schützenberger, édition épi, 1980

questionne d'une certaine manière et n'espère de réponse que de l'autre, son premier objet d'amour, sa mère. En se regardant, la personne fait un retour incessant vers cet objet d'amour dont il attend toujours la réponse constitutive. Cette image de soi vu par les autres, qui est aussi l'image des autres, d'autres en particulier tel le père ou la mère qui peuvent ressurgir à l'occasion de la perception de ses propres traits ou de ses propres comportements.

On désigne le terme d'*autoscopie* pour parler de ces confrontations de soi face à soi. Chaque patient, en fonction de son histoire personnelle et de ses mécanismes de défense spécifiques, réagit de manière bien différente à l'apparition et à la présence de sa propre image dans cet ensemble qui engage le processus de la cure.

Il faut savoir que la caméra peut être vécue comme répressive car elle emprisonne les images. Il est important de pouvoir laisser la caméra enregistrer seule. Comme cela le psychothérapeute implique aussi son image et ne se trouve pas *dans une toute-puissance silencieuse et technique* ce qui évite pour le patient d'avoir le sentiment d'être manipulé ou observé et que ne s'établisse pas *une relation de dominant / dominé induite par la présence d'un voyeur manipulateur de l'image sonore de chacun*. Aussi, cela simplifie nettement *l'analyse des mécanismes relationnels et transférentiels* dans lesquels se déroule la cure.

B Qu'appelle-t-on vidéo en équithérapie?

De la même manière que dans une thérapie classique, l'outil vidéo serait disposé dans un coin de la carrière ou du manège pour enregistrer seul. Cela déterminera un champ de prise de vue que l'on appelle le *champ scopique*, il est possible et même recommandé de proposer au patient

d'observer celui-ci avant le début de la séance.

C'est dans plusieurs cadres de thérapies, avec différentes problématiques, que la vidéo a été utilisée par des psychologues et des psychothérapeutes. Entre autre, en 1954, Carrère filmait des alcooliques en phase de delirium tremens pour leur montrer et en discuter une fois la crise passée. Cette expérience, donne un autre élément permettant de croire que la vidéo peut être utilisée en équithérapie avec les personnes addictes.

On peut utiliser la vidéo en séance individuelle et en séance de groupe. En tant que miroir social, le groupe offre l'occasion à un individu de se voir tel qu'il est vu par les autres. *C'est à partir de la confrontation à cette image de lui-même, à celle d'autrui, à partir de l'interaction et de l'intercommunication à l'intérieur du groupe, que peut s'opérer le changement ou l'évolution personnelle.* Lorsqu'un comportement est relevé par un membre du groupe, la personne concernée peut douter de l'authenticité. Alors qu'avec l'appui de l'image vidéo le patient sera confronté directement à ces comportements.

M.Berger (1978,37) désigne par le terme de « *vidéo feed-back confrontation* » le fait d'être en confrontation par la vidéo en direct ou en différé.

En l'occurrence, il est difficile de mettre en place une confrontation directe d'une part pour des raisons techniques et d'autre part pour laisser aux patients une liberté inconsciente d'agir avec le cheval.

On parlera donc de feed-back différé : *il atténue l'effet de projection, de dédoublement et d'écho puisqu'il instaure par définition une distance temporelle entre moment vécu et visionnement ainsi*

qu'entre le patient et lui-même. Il introduit de fait le regard d'un tiers, le psychothérapeute, dans cette confrontation.

Il faut savoir que chaque feed-back est différent dans l'action et la mise en jeu des attitudes et des instances par rapport à l'image de soi. Il faut apprendre à laisser à chacun le temps d'accepter de se regarder c'est-à-dire de se retrouver confronté à son image. C'est pourquoi, en équithérapie avec des personnes addictes, il est préférable de proposer l'outil dès le début et de le laisser se mettre en place à la demande du patient (parfois à la troisième ou quatrième séance). Par contre, lors de la troisième partie de la séance où nous utilisons les images pour la discussion, c'est le psychothérapeute qui décide de visualiser les moments porteurs de sens.

C La vidéo comme support

a) Pour le patient

La confrontation fait appel à un certain nombre de processus narcissiques qui permettent de mieux cerner et de faire évoluer. Cela va permettre au patient d'accéder à une compréhension, à une reconstruction narcissique, puis à un investissement dans l'ordre du symbolique, on pourra par la suite aborder la relation oedipienne. La vidéo peut provisoirement exposer chacun à la régression, il faut cependant être prudent de savoir si le patient a la capacité d'aller vers cette régression. En effet, cela renvoie aux prémisses de la construction identitaire et de la personnalité sur un plan individuel et social. Aussi, elle renvoie à la formation de l'image de soi, *image de soi désirée ou refusée mais toujours fascinante*, ce qui amène le patient à cette confrontation et *auto-interrogation de soi par soi*.

L'image vidéo va faire émerger une source émotionnelle particulière. Dans la perception qu'une personne a d'elle-même, cela stimule des souvenirs, des associations la concernant profondément, mais elle peut provoquer aussi des réactions de défense.

La perception de sa propre image place le patient dans une triple confrontation:

- *confrontation avec la réalité « ici et maintenant » de l'image projetée*
- *confrontation avec autrui dans la mesure où le groupe a accès à cette image projetée*
- *confrontation avec ses propres désirs, ses propres défaillances, en référence à une image qu'il a pu construire de lui-même au fur et à mesure de son évolution.*

b) Outil de médiation entre le thérapeute et le patient

Avec l'aide du discours du thérapeute, le fait de se voir et de s'entendre « de l'extérieur » permet au patient de mieux se comprendre par *l'ancrage des mots à partir de l'image du corps*. C'est le retour sur soi ainsi que la mise à distance par rapport à soi qui permet d'accélérer la prise de conscience et la verbalisation.

D Comment l'introduire dans le cadre thérapeutique avec des personnes addictes?

Jean-Paul Thénot nous dit qu'*avec l'utilisation de cet outil, les patients réussissent à se comprendre beaucoup mieux et beaucoup plus vite. La perception de leur image, en direct ou en différé, provoque de rapides modifications de comportement.*

Comment, en séance d'équithérapie, la vidéo peut-elle être un support d'analyse pour le patient et un outil de médiation entre le thérapeute et le patient présentant des troubles de l'addiction? La vidéo peut-elle être un outil permettant au patient de se remettre en question de manière plus rapide? De se réinsérer dans la société à partir de son image?

J'émet l'hypothèse que dans la relation établie entre le patient, le cheval et le thérapeute, il existe une particularité à la prise de conscience des comportements pour la personne addictive, grâce à la vidéo. La vidéo peut jouer un rôle important dans l'analyse pour le patient et va lui permettre davantage de comprendre sa problématique. La pratique de l'équithérapie amène une réflexion autour de la réinsertion. En ayant accepter de se regarder et de comprendre le comportement qu'il peut avoir en société le patient addictive « revient à la vie ».

Méthode

Nous allons pouvoir tenter de répondre à cette hypothèse grâce à l'étude de plusieurs cas clinique et de la méthode EAGALA.

I La spécificité de la méthode EAGALA²¹

EAGALA (The Equine Assisted Growth and Learning Association) a été créée en juillet 1999, c'est l'Association Equestre Assisté de Développement et d' Apprentissage (EAGALA). Organisation sans profit qui est développée pour répondre aux besoins de ressources pour l'éducation et le professionnalisme dans le champ de la Psychothérapie Assistée par le cheval (EAP: Equine Assisted Psychotherapie).

A Comment fonctionne-t-elle?

La méthode EAGALA est pratiquée par deux professionnels : un psychothérapeute et un professionnel du cheval. C'est l'association de ces deux personnes qui permet un travail complet pour le patient.

Toute la méthode est basée sur des exercices avec le cheval en liberté pratiqué au sol à 99 %, les 1 % restant se fait en montant sur le cheval. Certains jeux requièrent un certain nombre d'éléments. On utilise alors, ce que j'appelle, « le panier EAGALA ». On y trouve des foulards de couleurs différentes, des jouets tels que des petits sujets en plastique, un petit cheval, un dragon,

21 www.eagala.org

une boîte en fer, un hamburger, un couteau en plastique... Tout ce qui pourrait aider le patient à travailler sur son histoire, ce qui l'a amené à être dans une démarche de soins et ce qui pourrait représenter les obstacles à la guérison.

Aussi, on utilise des carottes ou granulés afin que le cheval, attiré par la nourriture, mette en difficulté le patient, représentant généralement la rechute.

Sur la plupart des exercices, trois consignes sont données :

- ne pas toucher le cheval
- ne pas l'attirer comme si on avait de la nourriture
- ne pas se parler entre eux (dans le cas d'une session de groupe)

Si l'une de ces trois consignes n'est pas respectée, les patients doivent effectuer un gage qu'ils auront choisi au préalable.

Cette méthode est adressée au personnes addictes, dépressives, voulant faire un travail psychologique personnel, aux couples en difficulté, aux jeunes en difficultés sociales et familiales, à des chefs d'entreprises ...

B Ses avantages et inconvénients

Elle permet au participant de se connaître lui-même, d'être dans le ressenti et dans le comportement. Grâce à cette méthode, le patient travaille la communication non verbale et l'assertivité. Il développe la pensée créative et trouve les solutions pour résoudre les problèmes. Il

peut renforcer chez lui ce qu'on appelle le « leadership », améliorer sa force de travail, prendre des responsabilités. Il peut consolider sa relation de travail en équipe et la confiance ... Le travail réalisé avec cette méthode est assez profond. Très vite, le patient est amené à parler de lui-même, de son histoire et grâce aux interventions du thérapeute il comprend petit à petit ses comportements.

Même si cela présente des avantages d'être deux (thérapeute et professionnel du cheval) il est très délicat que le thérapeute n'est aucune connaissance du cheval. D'une part le cheval est un élément indispensable et d'autre part il donne toute la signification de la thérapie pour le patient. La collaboration des deux personnes nécessite qu'ils puissent parler entre eux devant le patient. Cela peut mettre mal à l'aise la personne qui peut se demander ce qu'ils se disent. Aussi, dans cette méthode il est indispensable de ne pas intervenir si le patient ne demande pas d'aide, de ne pas donner d'éléments de réponse pour la réussite de l'exercice et d'intervenir le moins possible auprès du patient. Sachant cela, il peut arriver que des patients repartent sans avoir réussi l'exercice. L'échec dans lequel le patient se trouve pourrait être responsable d'un passage à l'acte, d'une colère ou du risque qu'il ne revienne plus. Pour ma part, je pense qu'il y a d'autres moyens d'intervenir (questionnements, indices...) afin de gérer frustrations et échecs pour le patient sans non plus lui donner tous les éléments de réponses pour réussir l'exercice demandé.

C Le soin et le cadre thérapeutique

La méthode EAGALA offre un soin pour lequel des résultats sont rapidement visible. On peut considérer que ce sont en général des thérapies brèves qui sont proposées par cette méthode. Il est vrai que la régularité des soins est indispensable, mais il est parfois difficile de tenir dans le

temps car ces personnes ont parfois beaucoup de difficultés à faire le deuil de leur vie sous l'emprise du produit. Le deuil est d'ailleurs un point essentiel à travailler pour les personnes addictes.

Dans le cadre thérapeutique, nous savons que pour les problèmes d'addiction il est important d'établir une relation pour que le soin soit de bon augure pour le patient. « *Cette relation est à la fois le cadre et le lieu de l'expression de l'alliance thérapeutique* »²² Les principaux éléments de cette alliance thérapeutique sont « *l'intentionnalité de soins et la continuité des soins* ». Il faut donc établir un lien de confiance avec le patient et garder assez de distance pour lui permettre un travail sur lui-même, où les enjeux de fonctionnement personnel se retrouveraient entre le patient, le cheval et le thérapeute.

II L'insertion de l'outil vidéo dans la méthode EAGALA

La méthode EAGALA suit une logique dans la construction d'une séance. La découpe se fait comme suit, avec une légère modification puiqu'ici entre en considération l'outil vidéo.

A La découpe d'une séance

Nous pouvons diviser la séance en trois parties distinctes :

- *La détente* : ce moment est indispensable, il permet au patient d'entrer peu à peu dans la séance. Le thérapeute en quelques minutes, en quelques questions, arrive à percevoir chez le

²² *Drogues et toxicomanies: vers de nouveaux modes d'intervention*, Les cahiers de l'actif, numéro 310/311, p109

patient à quel niveau de détente il se trouve, quels sont les événements qui auraient pu troubler le patient dans les dernières 24 heures. Une fois tout cela mis en place, le thérapeute peut maintenant adapter sa séance au patient.

- Les exercices : C'est donc en fonction du niveau de détente du patient que le thérapeute adapte les exercices. À raison d'un ou deux exercices, le thérapeute dispose d'un nombre suffisant d'éléments pour passer à la troisième et dernière partie de la séance. L'outil vidéo, se trouve disposé dans un endroit stratégique du lieu de l'exercice, sur un pied support de caméra ou tenu par une personne autre que le thérapeute, enregistrant les exercices de A à Z.
- La discussion : Au milieu du manège ou de la carrière, avec le cheval en liberté, ou dans un espace aménagé non loin de là, le thérapeute et le patient entrent dans ce qu'on appelle le « process ». À partir du comportement du patient, le thérapeute va amener la personne à puiser au fond d'elle-même ce qui reflète sa vie dans ses comportements.

Lors de mes expériences avec les différents cas cliniques, on visualisait directement les images sur l'écran de la caméra.

C'est à ce moment-là, que l'outil vidéo va permettre au thérapeute d'aider le patient dans son analyse. En repassant certains moments de l'exercice, le patient pourra effectuer un feed-back plus rapide que s'il allait le rechercher dans sa mémoire, sachant que ce que perçoit le patient est différent de ce qu'il a pu réaliser. C'est pourquoi, la vidéo informe le patient des faits réels et non de ce qu'il a ressenti. Souvent, la première fois, le patient est choqué de son comportement. Les défenses qu'il peut mettre en place durant l'exercice, sont visibles à l'oeil nu pour le thérapeute et exprimé sur la vidéo pour le patient.

B Le contenu

Les exercices proposés aux patients ont chacun une particularité permettant de refléter les comportements de la personne, de les amener à parler de leur enfance, de leur addiction, mais aussi de leur niveau de réflexion quant au processus de guérison vers le chemin de la sobriété.

C'est pourquoi, chaque exercice est réalisé de manière différente par chaque patient. Il est possible de réaliser plusieurs fois le même exercice dans une thérapie. Cela a pour but d'amener le patient à franchir des étapes dans son cheminement vers la sobriété.

Je vais maintenant vous exposer quelques exercices que nous avons réalisés avec les patients présentés dans ce récit. D'une façon générale, dans les exercices, le patient est soumis aux trois consignes de la méthode EAGALA suivi du gage si nécessaire.

- *Catch the horse* : à l'aide d'un licol, le patient doit attraper le cheval et le ramener vers le thérapeute. Aucune consigne n'est donnée, aucune recommandation ni même une parole devant l'interrogation de la personne. Seul, le patient doit trouver la solution.
- *Attaché le cheval au sol* : une fois le cheval en licol, il faut laisser tomber la longe de façon à faire croire au cheval qu'il est attaché au sol, technique utilisée par les cow-boys. Ensuite le patient doit tourner autour du cheval autant de fois que l'on veut et aussi loin que possible.
- *Dirigé le cheval en liberté* : le principe consiste à faire passer le cheval dans un chemin délimité par des barres, en liberté, sans le toucher et sans lui parler.

- *Le cheval dans la boîte* : un carré est formé au sol par des barres ou des plots. Avec les trois consignes propres à EAGALA et en liberté, le patient doit mettre le cheval dans la boîte alors que celui-ci est en liberté, il ne peut utiliser le licol.
- *Observation des chevaux* : il est tout à fait possible d'observer des chevaux dans un pré afin que le patient puisse réagir par rapport à son histoire. En l'occurrence, nous avons fait l'expérience avec deux chevaux dont celui utilisé pour l'équithérapie.
- *Le parcours vers la sobriété* : le patient doit construire une allée représentant le chemin de la guérison sur lequel il dispose les étapes et obstacles qu'il pense rencontrer. Après cela, il doit faire circuler le cheval dans ce chemin toujours en utilisant les trois consignes principales d'EAGALA. Dans un deuxième temps, on peut disposer à chaque obstacle ou étape un bout de carotte. Si le cheval mange la carotte sans que le patient ne l'en empêche cela signifie qu'il rechute autant de fois que le cheval mange de carotte.
- *Longer un cheval* : faire tourner le cheval autour du patient qui exécute lui-même l'exercice.
- *Le déménagement* : le patient dispose d'un cheval, d'un licol et d'une longe, ainsi qu'une dizaine d'objets, ayant une certaine signification, placés sur une chaise (coussin, brosse à dents, couteau, téléphone, couverture...). Il doit choisir un endroit pour installer sa nouvelle maison et doit déplacer ce qu'il veut pour cette maison. L'exercice se termine quand le cheval est dans la maison, le déménagement est donc fini.
- *« Pool »* : cet exercice consiste à disposer trois enclos (symbolisé par des barres) et un obstacle de 40 cm environ, représentant l'addiction et les possibilités de rechute. Cet exercice

est principalement fait en groupe. Toujours avec les mêmes consignes d'EAGALA, les patients doivent diriger le cheval successivement dans les trois enclos puis lui faire franchir l'obstacle.

- « My world » : à l'aide de plots, de barres et un certain nombre d'objets (le « panier EAGALA ») le patient doit imaginer et construire son monde en quelques minutes. Une fois terminé il doit pouvoir expliquer comment il perçoit son monde. Dans un deuxième temps, alors que le patient est dans « son monde », on lui donne un sceau de granulés ou avec des carottes, et on lui donne comme consigne de protéger « son monde » face au cheval, qui, en liberté, va venir chercher à manger !

C La durée dans le temps

La séance dure une heure et se découpe de la façon suivante:

- la détente : 5 à 10 minutes
- les exercices : 10 minutes à une demi-heure
- la discussion : 10 minutes à une demi-heure

Je considère qu'une séance individuelle d'une heure est profitable à la thérapie mais cela est plus difficile lorsque c'est une séance de groupe. C'est pourquoi, je pense qu'il est nécessaire de faire bénéficier les patients de séances d'1 h 30 et non d'une heure lorsque c'est un groupe.

L'intensité des séances permet aux patients un réel travail sur soi. Cela m'amène à penser qu'une

thérapie suivant la méthode EAGALA peut être brève. En l'occurrence, il me semble possible de proposer un minimum de huit séances au patient. Il est à noter, que la personnalité des personnes addictes ne permet pas de rester évasif sur le nombre de séances. En effet, afin qu'ils s'accrochent à ce travail difficile qu'ils ont commencé, il faut leur donner un objectif proche. Néanmoins, on peut proposer de continuer la thérapie sur d'autres séances pour leur permettre un travail plus en profondeur. Notamment, sur la régression du maternage avec des séances montées à cheval à cru. L'addiction se situant généralement au stade oral, dans le plaisir immédiat de mettre à la bouche comme un enfant se nourrit au sein de sa mère, il paraît nécessaire de proposer cette étape au patient.

III Présentation des cas²³

L'étude de ces cas s'est donc déroulée aux U.S.A, avec une équithérapeute qui travaillait dans un centre de désintoxication. Les célébrités faisaient parties de ce centre, mais dans un espace clos, uniquement accessible au personnel de la chaîne de télévision qui les filmait 24h/24h.

A Session individuelle

a) Dean

Dean est un homme de 40 ans, addict à la cocaïne et à l'alcool, il vient d'effectuer une cure d'un mois dans un centre de désintoxication. Après une rechute il entre dans une maison de rétablissement qui offre des services plus individualisés (maximum huit patients) avec un emploi du temps chargé de thérapie plusieurs fois par jour. Il restera dans cette maison un mois et suivra

²³ Pour des raisons de confidentialité, le prénom de chacune des personnes citées dans ce récit a été changé.

des séances d'équithérapie à raison de deux fois par semaine.

C'est un homme qui a été maltraité par sa mère physiquement. Les psychologues qui l'ont rencontré ont diagnostiqué une dépression. Son objectif est de rester sobre, retourner au travail et avoir une bonne relation avec sa fille de neuf ans.

b) Mélanie

Mélanie est une jeune fille de 19 ans accro au cristal (sorte de crack). Lorsque nous faisons la première séance, elle termine, après 3 mois, sa désintoxication dans le centre. C'est une jeune fille fragile psychologiquement et mince mais pas encore abîmée par la drogue. Elle continuera son processus de guérison dans une maison qui permet la transition, entre le centre de désintoxication et chez elle. En effet, dans cette nouvelle maison, elle est libre de circuler à l'extérieur mais doit chaque jour participer à des groupes de paroles et continuer les thérapies. En l'occurrence, elle a décidé de poursuivre en équithérapie.

B Session de groupe

a) Mélanie et Arnold

Mélanie est la même jeune fille de 19 ans vu ci-dessus, qui a souhaité faire une séance de groupe. Arnold, est un jeune homme de 29 ans grand et musclé addicte à la cocaïne. Il est le fils d'une femme richissime de Los Angeles qui lui paye depuis son enfance, appartements, voitures et même sa cure! Il était dans le même centre de désintoxication que les autres, mais vient de se faire renvoyer car avec un autre jeune il faisait le mur pour aller acheter de la cocaïne. Lorsque

nous faisons cette séance, il dit ne pas avoir consommé depuis deux jours. Il se trouve maintenant dans la même maison que Mélanie.

b) *Céline et Julie*

C'est en Suisse que j'ai effectué un deuxième stage avec les personnes addictes et où j'ai pu diriger une séance de groupe avec Céline et Julie.

Céline est une jeune femme de 30 ans de taille moyenne et très mince, mère de deux enfants, ayant une dépendance à différentes drogues (amphétamine, ecstasy, cannabis....) et à l'alcool. En cure à long terme dans le centre de désintoxication, elle termine son sixième mois. Chaque matin, elle est autorisée à partir tôt le matin pour accompagner ses enfants à l'école et revient vers 10 heures pour le groupe de paroles. Elle n'est pas très à l'aise avec les chevaux et ne vient que très rarement à cette activité.

Julie a 28 ans, ancienne gymnaste au niveau national durant une dizaine d'années, elle a aujourd'hui un actif de 10 années de prise d'héroïne et de crack. Elle a vécu quelques années en Amérique du Sud avec un petit ami maltraitant physiquement, sexuellement et moralement. Elle a vécu l'enfer, avec des journées rythmées par la prise du produit et les viols répétés de son ami. Elle est de taille normale et a pris un peu de poids, elle reste toutefois de corpulence normale. C'est une femme fragile psychologiquement, avec des douleurs physiques au niveau du dos dû à son niveau de compétition et à la prise de produits. Elle va bientôt commencer à suivre un traitement d'infiltrations pour soulager ses douleurs. Elle est en cure à moyen terme depuis quatre semaines.

c) Hector, John et Tom (groupe témoin sans la vidéo)

Hector, est un jeune Mexicain de 28 ans qui a une dépendance au crack et à l'alcool. Pas très grand et très souriant, Hector est un enfant issu de famille pauvre. Il est dans le centre de désintoxication depuis six mois par décision du juge et termine dans quelques jours. Il a envie de reprendre le travail et de construire une vie de famille.

John, jeune homme de 23 ans, grand et mince, prenait différentes drogues et de l'alcool. Fils d'un grand businessman de Los Angeles, John n'a jamais eu de souci pour trouver les drogues dont il avait besoin. Il a le désir de se soigner et l'espérance que ses parents retrouvent une estime de lui.

Tom, jeune homme de 30 ans, propre sur lui, lunettes de soleil et Bob de rigueur, est un addict à différentes drogues mais aussi au sexe. Ce n'est pas sa première désintoxication, il a l'intention de reprendre une vie normale d'ici quelques jours à la fin de sa cure. Tom a monté son entreprise, il est masseur professionnel... !

d) « 8 célébrités » (groupe témoin habitué à la vidéo)

Nous avons fait la connaissance de huit célébrités, qui sont filmés 24 heures sur 24 par une chaîne de télévision américaine pour un reality show dans un centre de désintoxication. Elles sont connues au niveau national et très peu au niveau international. Nous avons effectué deux sessions, une le matin et l'autre l'après-midi.

Il y avait Joseph, un homme de 50 ans environ ancien acteur et musicien. Il passe ses journées à écrire un livre dont il terminera les dernières lignes durant le déjeuner. Trop affaibli, il est

souvent en fauteuil roulant et ne participera que très peu, à la première session seulement.

Angèle, qui est la femme d'un grand acteur américain, a participé à la première session car l'après-midi elle ne pouvait être parmi nous, ayant un autre rendez-vous.

Rick, est un ancien boxeur de 35 ans environ, de grande corpulence. C'est un homme souriant et dans la séduction.

Naomie, âgée d'une vingtaine d'années, fine et jolie, cette jeune fille a tourné plusieurs films étant petite. Aujourd'hui, en quête de reconnaissance elle a participé au tournage de plusieurs films à caractère pornographique.

Claudia, âgé de 25 ans tout au plus, assez grande elle se présente très maquillée avec deux couettes comme coiffure. Actrice dans quelques films, elle a une certaine notoriété.

Steven faisait parti d'un groupe de rock dans les années 90. Il a aujourd'hui une trentaine d'années, se présente avec des tatouages sur tout le corps et une crête sur la tête.

Jane, jeune fille d'une vingtaine d'années fine et jolie elle a été la gagnante de la star académie américaine.

Samantha, jeune femme de 25 ans environ grande et blonde est une actrice de films pornographiques.

Ces huit célébrités ont toutes l'habitude des caméras, parfois depuis leur plus jeune enfance ce qui a un impact réel et certain sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de celle qu'ils véhiculent.

Résultat

A Session individuelle

a) Dean

Au fur et à mesure des séances, on a pu découvrir Dean, l'aider à faire émerger ses difficultés, son histoire qui l'ont conduit à faire ce traitement.

Avec l'exercice « attacher le cheval au sol », nous avons découvert chez Dean un besoin de performance. C'est un homme attaché à son travail et qui a besoin de reconnaissance. Nous observerons d'ailleurs sur une autre séance, cette attache à son travail, lorsqu'il passe une bonne partie de la séance à se promener avec la jument dans la carrière, au téléphone. Pourtant il doute toujours de faire quelque chose de mal, ce qu'il a réussi à mettre en relation avec ses difficultés de relations avec sa mère qui avait la critique facile. Durant son enfance, il a ressenti une mère abandonnante et a fonctionné sur un mode d'attention négative. À la recherche d'une mère qui s'occupera de lui, avec cette peur de non contrôle, il pense qu'en poussant les autres à bout de nerf il peut les contrôler. C'est ce qu'il fera avec sa mère et sa petite amie. Il tentera de faire la même chose avec nous lorsque nous lui proposons de longer le cheval. En effet, partant dans tous les sens, ne réussissant pas à exécuter l'exercice demandé, il essaie de nous mettre hors de nous afin qu'on le fasse à sa place, plutôt que demander de l'aide.

Lorsqu'il doit mettre le cheval dans la boîte, la tâche se révélant assez difficile, Dean éprouve des difficultés de décision, exprime ses carences affectives, nous montre son expérience dans la

manipulation et la négociation.

C'est donc un travail sur l'histoire de ce patient qui va permettre de refléter ces comportements dans la vie quotidienne. Ce patient a notamment besoin de travailler l'honnêteté et la confiance en soi, deux éléments indispensables à travailler chez les personnes addictes. Pour Dean, la drogue, le travail et l'alcool lui permette de mettre à distance ses sentiments.

Lorsque nous observons deux chevaux, en l'occurrence la jument avec nous dans la carrière et un cheval dans une carrière voisine, Dean commence à nous parler de son enfance. Pour lui les deux chevaux ont envie d'être ensemble, comme lui voulaient voir ses amis quand sa mère mettait l'interdiction. En souffrance par rapport à cette situation, il a aujourd'hui du mal à gérer la séparation. Cela se retrouve dans l'absence de prises de décisions claires concernant son divorce ainsi que dans la relation avec sa femme. Lorsque la jument se désintéresse du cheval il évoque ses difficultés de relations avec sa femme, par rapport à sa prise de distance, son indifférence ou son désintérêt. Il nous parle de sa décision de séparation mais d'impossibilité de divorcer. Il ne prend donc aucune décision et nous lui faisons remarquer son incapacité à prendre en considération ses propres désirs et le fait qu'il donne toujours l'importance aux volontés et désirs des autres. Cette scène est aussi mise en lien avec son comportement lorsque sa mère était en colère et qu'il se cachait sous la table. Il savait détecter ses humeurs avant qu'elles n'apparaissent et agissait en conséquence. Alors que c'était une survie lorsqu'il était enfant, aujourd'hui cela est nocif dans ses relations. Après cela, Dean a compris son fonctionnement avec autrui et son manque de désir.

L'excitation des chevaux le laisse parler de sa première relation sexuelle. Expérience

douloureuse, à 16 ans, lorsque la fille s'enferme dans la salle de bains et pleure après l'acte. Dean a ressenti énormément de culpabilité. Enceinte, elle a avorté et l'a quitté peu après. Plus engagé qu'elle dans la relation Dean en a souffert et est resté en retrait dans ces relations suivantes. Histoire difficile à raconter, le cadre de l'équithérapie avec le cheval et de l'espace, a permis au patient de s'éloigner lorsqu'il en avait besoin, de prendre le cheval comme support et de s'évader tel un jeune enfant accoudé à une barrière.

En utilisant la vidéo, Dean est resté comme d'habitude et n'a montré aucun signe de perturbations. Par contre, lorsque nous lui avons proposé de regarder les images, sans un mot, il a commencé à visionner. Mais déjà au bout de 30 secondes, Dean lève le regard de la caméra et exprime l'image qu'il a de son corps « mon Dieu que je suis gros ». C'est pourtant un homme d'une carrure moyenne sans aucun souci de surpoids. L'image qu'il a de lui est assez peu positive et est en relation avec toute la confiance en lui qu'il a encore besoin de travailler.

Quelques minutes après, toujours les yeux en dehors de l'écran, il nous parle de son addiction, de la drogue qu'il prenait dont sa petite amie gérait la consommation et des différents alcools qu'il buvait. Peut-on considérer son impossibilité de se voir avec une certaine angoisse qui l'amène à parler du problème pour lequel il est ici? Coïncidence ou pas, Dean a montré un malaise et n'a pas souhaité continuer le visionnage. Je lui ai proposé de le visionner plus tard, et il m'a répondu : « si tu as besoin que je le fasse, je le ferai ». Nous comprenons ainsi que Dean présente bien une difficulté à prendre des décisions et se préoccupe du bien-être des autres plutôt que du sien.

Pourtant, c'est bien une décision qu'il a prise de ne pas se regarder. Trop difficile, il trouvera peut-être plus tard un autre moyen de regarder ces comportements.

b) Mélanie

C'est la première séance de Mélanie, un peu tendue elle approche timidement de Sunshine et l'observe dans son ensemble. Lorsqu'on lui demande d'aller chercher le cheval avec le licol (« catch the horse »), elle nous regarde interrogative et nous dit : «comment faire ? ». N'ayant aucun retour verbal de notre part elle se lance dans l'exercice. Avec beaucoup de difficultés: en le mettant à l'envers, accroupi à ses côtés pour tenter de le retirer, suivant la jument à l'autre bout de la carrière... Mélanie finira par le mettre à l'endroit après un quart d'heure pénible que l'on pouvait lire sur son visage. Nous lui faisons remarquer la focalisation qu'elle porte à une chose et lui demandons en quoi cela reflète sa vie. Elle admet en effet que c'est ce qui reflète sa vie au quotidien. Cependant, elle exprime la joie qu'elle a eue de réussir l'exercice sans demander d'aide et que malgré ses angoisses et sa peur du cheval, elle y est arrivée. Après lui avoir demandé de construire son parcours vers la sobriété, nous avons disposé les carottes et nous lui avons demandé de s'arrêter avec le cheval à chaque étape en l'empêchant de manger la carotte. Mais Sunshine a plusieurs fois pris le légume. Mélanie semblait être dans la difficulté, d'une part de l'empêcher de manger et d'autre part, lorsque nous discutions après l'exercice, alors que la jument tirait sur la longe pour aller manger, Mélanie ne trouvait ni la force de lui dire non, ni de lâcher la longe ni de demander pourquoi elle faisait cela. Au lieu de cela, Mélanie a subi. Après quelques minutes nous lui avons fait remarquer et elle a décidé de lâcher la longe. Durant la troisième partie de la séance, nous lui avons montré les moments forts de la séance sur l'écran de la caméra. Extrêmement tendue, tremblotant, elle a accepté de se regarder. Elle a répondu à nos questions, a compris les erreurs qu'elle a fait, les comportements qu'elle a adopté avec lesquels elle a fait le lien dans ses relations à autrui. Elle fera une réflexion sur son apparence physique: « qu'est-ce

que je fais grosse ». Il est à noter que dans son parcours, elle avait placé un hamburger en plastique, représentant des choses grasses qui font grossir et qui lui donnent envie de consommer une substance. Il est vrai que les mots qu'elle nous a dit en regardant la vidéo était en lien avec ce qu'elle faisait, les émotions ressenties à ce moment-là et non sur ce qu'il se passait dans sa relation avec le cheval. Nous verrons que dans la séance de groupe, Mélanie évolue différemment lors du visionnage de l'exercice.

B Session de groupe

a) Mélanie et Arnold

Au début de la séance, Mélanie et Arnold sont allés caresser « Sunshine » (La jument que l'on utilisait pour chaque séance) au milieu de la carrière. Arnold a marché un peu en la tenant par le garrot et en revenant vers nous il dit : « je crois qu'elle m'aime bien ». Nous leur proposons le jeu de la boîte et ils choisissent un gage de 10 pompes au sol. Sans trop d'assurance et demandant si les bruits sont autorisés, ils essaient en vain de la faire rentrer dans le carré. Mais ils ne travaillent pas en équipe, chacun fait de son côté. Mélanie s'accroupit dans le carré, lui, reste près du cheval et en même temps ne trouvent pas de solution ou plutôt n'a pas l'air d'y croire. Pour finir, Mélanie réussit à la faire rentrer. Arnold, défaitiste, dit : « c'est fini ». Mais pour Mélanie ce n'était pas fini, alors elle a recommencé, avec Arnold à l'intérieur du carré et la jument est rentrée! Ils ont tous deux, par leur regard, demandé une validation au thérapeute. Puis Mélanie a dit : « c'est terminée ». Nous avons donc commencé le « process » à l'ombre sur une table du parc. C'est à ce moment-là qu'Arnold a raconté une partie de son histoire. Il dit avoir perdu son père à 12 ans mais n'est pas sûr que ce soit son père. Il sait que sa mère porte un lourd secret mais ne sait pas

lequel. Mélanie a pu poursuivre dans son histoire, sa mère la menaçait régulièrement, petite, de la mettre dans les poubelles derrière et partir si elle n'était pas sage. Elle parle beaucoup d'amour entre elle et sa mère et du mal qu'elle lui fait en prenant de la drogue.

Lorsque je leur montre la vidéo il est difficile de voir son image pour Arnold. Avant même que je la démarre il était mal à l'aise, il présentait quelques traits « autistiques » (balancements, discrète stéréotypie des mains). Mélanie a décrit de nouveau ce qu'il se passe dans la vidéo, mais a pu dire qu'elle était contente car moins anxieuse que la dernière fois. Elle parlait d'ailleurs de la semaine dernière alors que la séance était deux jours avant. De plus elle a dit que cette fois-ci elle regardait plus son comportement que son image, elle a donc apprécié et dit aussi que cela lui permettait de comprendre davantage ce qui se passait pour elle et comment elle se comportait avec le cheval. Cela lui a renvoyé qu'elle progressait et quel comportement elle devait avoir en dehors et ce qu'elle peut renvoyer aux autres comme image d'elle même.

b) Céline et Julie

Céline et Julie sont très proches l'une de l'autre au centre. C'est pourquoi, c'est naturellement que le travail en équipe demandé s'est fait entre les deux femmes.

Je leur ai proposé l'exercice « pool » et elles ont choisi comme gage de tenir 12 secondes sur une jambe.

Avec un début difficile, elles ont su chacune trouver leur place et ont senti cette satisfaction de la réussite de l'exercice, avec au fur et à mesure de la confiance en soi. À plusieurs reprises, Céline et Julie ont parlé, ce qui leur a valu de réaliser leur gage. À un moment donné, Céline était agacée

car le cheval ne bougeait pas d'un pouce. Je lui ai fait remarquer que les émotions sont faites pour être évacuées et que pour permettre au cheval d'avancer et de pouvoir communiquer avec lui, il fallait qu'elle exprime d'une manière quelle qu'elle soit son mécontentement. Une fois les barrières tombées, l'exercice s'est fait naturellement.

Nous avons terminé la séance par une discussion sur les ressenties, le parallèle avec les addictions respectives de chacune, le chemin parcouru vers la guérison. Puis autour du thé, elles ont visionné les images. Julie qui en avait peur au début, a été surprise de son image mais aussi, toutes deux, attendaient ce moment où le cheval faisait d'une traite l'exercice jusqu'à passer cet obstacle. Là, on peut voir sur la vidéo qu'elles se sont prises l'une l'autre dans les bras et ont caressé et félicité le cheval. Ces images ont permis une revalorisation au niveau de l'estime de soi pour chacune et d'avoir un aperçu de « l'image de soi », leur comportement et ce à quoi elles ressemblent aujourd'hui, après quelques semaines d'abstinence.

c) Hector, John et Tom (groupe témoin sans la vidéo)

Nous avons fait deux séances avec ce groupe témoin, à aucun moment nous avons utilisé la vidéo afin de savoir si cet outil permet ou non un feed-back plus rapide dans l'analyse des comportements pour le patient.

Dans la première séance, nous avons proposé de pratiquer l'invitation avec la jument. Il s'agit là d'entrer en connexion avec le cheval pour qu'il nous suive partout où nous allons. Hector a eu de grandes difficultés à réaliser cet exercice, il pensait que la jument ne l'aimait pas. John, lui, a réussi partiellement l'exercice. Quant à Tom, dans un grand jeu de séduction a promené la jument

dans la carrière. Les deux autres, excédé de voir cela ont voulu retenter l'expérience. S'en est suivi, tout un jeu à celui qui arrivera le premier et le plus longtemps. Tom a pris beaucoup de place dans cet exercice, il était en démonstration devant nous et devant la jument. John, timide a eu du mal à s'imposer, quant à Hector, il s'énervait de ne pas y arriver. Durant le process, chacun a pu parler de son histoire, ce qui nous a permis par la suite de comprendre chacun de leurs comportements.

Hector : a, toute sa vie était considéré comme un moins que rien avec un père parti du foyer, et une grand-mère disant que le grand-père et le père était des moins que rien.

John : il nous raconte qu'à 7 ans sa mère s'est fait arrêter puis emprisonner. Alors qu'il était leader de son groupe d'amis à l'école, il ne se faisait plus respecter lorsque ses amis l'ont appris. Quand sa mère est rentrée, il a changé et a commencé à faire des bêtises.

Tom : il dit avoir été violé à 12 ans et perdu sa mère dans la même année. Il a cherché par la séduction à dire qu'il n'était pas un homosexuel.

Les histoires de chaque patient ne font que mettre des mots sur leur comportement. En effet, en observant les patients agirent auprès du cheval nous comprenons déjà une partie de leur histoire.

Dans la deuxième séance, nous proposons l'exercice « pool ». Le gage que les hommes choisissent est d'effectuer 10 pompes. C'est avec beaucoup de difficultés qu'ils ont procédé. Nous leur avons posé la question : « travaillez-vous en équipe? » Puis cela s'est mis en place tout doucement, mais rien à faire. Hector s'énerve, abandonne l'équipe lance un cailloux sur son partenaire... Nous lui faisons remarquer son comportement violent. Il se sent mal à l'aise et

n'osent plus beaucoup prendre part au jeu. John quant à lui, est beaucoup dans l'hésitation alors que Tom prend toute la place et est même dans le jeu. À plusieurs reprises ils ont parlé, ils ont donc effectué plusieurs fois les 10 pompes du gage.

Le fait de trouver un gage punissant peut nous faire penser que ces personnes ont subi des maltraitances. Cela répond en partie à l'histoire que l'on connaît des patients.

John a fini par timidement demander de l'aide, ce qui est rare chez la personne addictive. Nous avons donc fait en sorte de faire passer le cheval, et c'est à ce moment-là qu'Hector, qui bouillait à l'intérieur de lui-même, a hurlé de joie. Tout le monde était content. Hector, durant le process, a pu dire que pendant l'exercice, il avait vraiment envie d'une bière car cela était trop dur pour lui de voir que le cheval ne passait pas.

d) « 8 célébrités » (groupe témoin habitué à la vidéo)

Durant la première session, nous leur proposons le jeu « my World ». Le groupe étant nombreux, nous utilisons deux chevaux pour cette journée. Chacun délimite donc son monde. Alors que Rick et Claudia ont construit un monde presque aussi grand que le quart de la carrière, nous leur posons la question : « avez-vous dans votre enfance subi de la maltraitance ? ». Le fait, que ces deux personnes ont construit un grand monde sans trop de limite pourrait faire penser qu'ils ont été abusés dans leur enfance. En effet, Rick et Claudia répondent tout de suite oui. C'est aussi le cas, lorsque la personne a des difficultés à protéger son monde et donc à dire non au cheval qui vient pour manger. Naomie et Claudia n'arrivaient pas à éloigner les chevaux, elles disaient non, rigolaient et se tournaient. Les chevaux partaient, mais revenaient. La question se

pose de savoir qui représentent les chevaux à ce moment-là. Lorsqu'on leur a posé la question, elles ont répondu: un petit ami, un père, une mère...chaque fois des personnes qui ont pu être maltraitant avec elles.

Chaque objet placé dans leur monde a une signification et très souvent chacun arrive à expliquer pourquoi par rapport à son histoire. Durant la discussion, chacun était posé. Dans ce groupe, il y avait une personne, Angèle, qui prenait en charge tout le monde en permettant une ambiance sereine et apaisée.

Alors que pour la deuxième session Joseph ne fait pas partie de l'exercice et qu'Angèle est partie, le groupe est constitué de six personnes. En leur proposant le jeu « pool », toujours avec les deux chevaux, nous divisons le groupe en deux équipes de trois. Ils devaient trouver leur capitaine.

Première équipe : Claudia (capitaine), Rick, Naomie. Leur gage choisi :3 pompes

deuxième équipe: Steven (capitaine), Samantha, Jane. Leur gage choisi: faire un tour sur un pied

Les équipes ont été choisies en fonction de leur histoire, on peut d'ailleurs observer la nature des gages choisis. Avec l'absence d'Angèle, on sentait que le groupe n'était plus tenu.

L'exercice s'est avéré compliquer pour eux. Certains s'énervaient. Un moment donné Steven m'a demandé s'il pouvait monter sur le cheval (je rappelle que le cheval était en liberté), d'abord je n'ai rien dit. Puis voyant qu'il allait le faire j'ai dit non et lui expliqua que ce n'était pas le jeu et la règle donné au départ. Mais il dérogea à la règle et a finit par le faire et redescendre aussitôt. Il y avait beaucoup de colère dans cette équipe qui n'y arrivait pas et Steven, en particulier, était violent avec le cheval. Dans la première équipe, ils ont plus travaillé ensemble et ont réussi la

moitié de l'exercice. Durant le « process » la première équipe a approuvé la méthode et la deuxième l'a désapprouvé montrant ainsi que leurs problèmes d'addiction était peut-être à un autre niveau dans le chemin vers la sobriété. Cependant, en y observant de plus près, il y avait cinq ou six caméras présentes dans la carrière, aux alentours ou à quelques centimètres des participants, ce qui peut laisser penser que l'effet de groupe rajouté à la prise d'images a pu amplifier certaines mises en scène... J'ai la sensation que Steven ne serait peut-être pas monté sur le cheval en l'absence des caméras. C'est un jeune homme rebelle, avec une dent contre la société, et pour le prouver il déroge aux règles et peut se mettre en danger. C'est en tout cas l'image qu'il veut donner de lui car à l'intérieur il est possible que ce soit un homme blessé, timide et en quête de reconnaissance. Jean-Paul Thénot dit que *l'on peut penser qu'un contexte différent induit des mécanismes d'expressions ou de défense eux-mêmes différents*. Y.Geffroy et P.Accolla explique que *la présence d'un groupe, en elle même, joue un rôle important dans la modification du comportement habituel du sujet*.

Nous ne leur avons pas fait visionner les images, mais ils en auront l'occasion plus tard. Pour eux, c'est un travail quotidien depuis plusieurs années que de faire véhiculer leur image auprès des téléspectateurs. Ils sont habitués à la caméra mais ne l'oublient pas pour autant. Je pense, qu'il est plus difficile de faire prendre conscience des comportements d'une célébrité que d'une personne lambda. En effet, manipulés et coachés par des managers, les célébrités présentes un certain nombre de mécanismes de défenses plus nombreux que pour une personne lambda.

Analyse

Les cassettes vidéos utilisées pour filmer le patient restent chez le thérapeute. Le cadre thérapeutique peut être défini ainsi par respect et pour l'intérêt du patient. Il n'est pas conseillé de laisser repartir la personne avec. En effet, les images vidéo sont discutées à l'intérieur des séances pour le soin du patient dans un cadre thérapeutique. Cela n'aurait plus de rapport si cela devait devenir le film à visualiser en famille le dimanche !

En restant chez le thérapeute et dans le cadre exclusif des séances du patient concerné, cela donne toute la confidentialité du film et des images du patient.

On peut voir dans ce récit que les réactions sont diverses selon que c'est la première fois ou non que le patient visionne les images. En effet, R. H. Geertsma et R.S. Reivich montrent dans les conclusions de leurs travaux que la première observation de soi à la vidéo a provoqué une anxiété dans 77 % des cas des malades. Par contre, la deuxième exposition a réduit considérablement l'anxiété et 68 % des malades ont répondu favorablement au questionnaire. Répondre favorablement, signifie que la plupart des termes qui suivaient les différents items étaient des termes positifs tels que « intéressant », « rassurant », « réjouissant », « profitable », « utile » etc... (cf M.Berger, 1970:21).

Aussi, que ce soit pour Dean ou Arnold il est fort possible qu'au deuxième visionnage, leurs réactions auraient été différentes. Cela étant dit, Dean prouve par sa réaction que le regard de soi à soi est extrêmement difficile. Arnold, était mal à l'aise de se regarder et lorsque je lui ai demandé si je pouvais enregistrer la séance, il a répondu : « oui, sans problème. Attention les Françaises vont tomber amoureuse de moi ! » Il exprime ici, par de l'humour, le malaise qu'il a

fasse à son image et ses doutes.

Alors que c'était aussi la première fois pour Céline et Julie, le résultat positif de cette expérience laisse à penser que c'est aussi grâce à leur avancée dans le chemin de la guérison. Elles ont pu exprimer le fait qu'avant le visionnage elles ne se voyaient pas comme ça et que cela était très positif pour elle. Elles ont pu visualiser leur comportement et vont donc les modifier pour leur quotidien. Les deux femmes ont compris qu'elles avaient changé depuis le début de leur cure et qu'elles se sentaient de plus en plus proche de la réinsertion professionnelle, en se voyant évoluer avec le cheval sur les images.

Mélanie, a, elle, pu faire l'expérience de se voir deux fois et m'a fait part de l'évolution rapide de la prise de conscience de ses comportements. Elle a exprimé une sorte de soulagement et commençait à parler de ses projets professionnels.

Il m'a paru indispensable de prendre un groupe témoin afin de visualiser les effets sur les résultats. Dans ce groupe, Hector, après deux sessions a compris énormément de choses sur lui et nous a, à plusieurs reprises, remercié de lui avoir fait prendre conscience de ses agissements.

La vidéo aurait certainement eu un effet similaire sur lui. Cela désigne le fait que le thérapeute joue un rôle important dans l'interaction avec son patient. S'il choisit les mots justes il peut aussi avoir l'effet de l'image vidéo. Mais, la vidéo en elle-même apporte dès la première seconde un feed-back chez le patient. C'est peut-être ce qui aurait pu se passer pour John et Tom., qui malgré certains éléments de compréhension sur eux-mêmes, sont repartis sans qu'il y ait eu assez de lumière pour accélérer la prise de conscience.

Enfin, je pense que les sessions mettant en scène des célébrités ont constitué une chance pour moi de pouvoir observer les résultats chez des personnes qui sont sans cesse interrogées sur leur image. J'ai compris qu'il est plus difficile, qu'avec une personne lambda, de faire évacuer les mécanismes de défenses qui au fil du temps se sont épaisse pour ne rien laisser passer.

La présence des caméras, se retrouver en groupe pendant un mois 24h/24h, constitue des éléments importants à prendre en compte dans les comportements des célébrités.

Discussion

Il est à prendre en compte la différence entre une séance individuelle et de groupe. Là où il est bénéfique de recevoir une séance individuelle, il en est deux fois plus intéressant lorsque la personne est en session de groupe. Plus la personne va échanger sur elle-même, va fonctionner avec d'autres et se regarder, plus elle aura de faciliter à aller plus vite et plus loin dans sa quête de la sobriété. Elle parviendra à se visualiser dans l'avenir en terme social et professionnel.

On comprend par ses résultats que l'équithérapie apporte pour le patient les éléments nécessaires à la prise de conscience de ces comportements. Ajouté à cela, l'outil vidéo devient alors un accélérateur dans le feed-back pour le patient et lui permet d'avoir une réflexion sur la réinsertion professionnelle, de comprendre son comportement en société et de « revenir à la vie ».

Alors que la vidéo nous apparaît comme un outil performant pour les personnes addictes, on peut penser qu'elle peut l'être tout autant dans d'autres problématiques comme celles citées pour la pratique de la méthode EAGALA.

Dans un avenir professionnel, il est à réfléchir la question de la diffusion des images. En effet, il n'est peut-être pas pratique de visualiser sur le petit écran de la caméra. C'est pourquoi on pourrait réfléchir à poursuivre la discussion dans une salle où l'on brancherait la vidéo sur une télévision. Cela permettrait, au patient ou groupe de patients, d'avoir un meilleur regard.

Cependant, effectuer la diffusion des images sans le cheval proche de nous, cela peut diminuer les émotions du patient. On pourrait alors, réfléchir pour disposer un rétroprojecteur ou un écran plat sur le pare-botte afin d'être aux côtés du cheval pendant cette discussion.

La présence du cheval durant toute la séance apparaît donc comme une nécessité dans le processus thérapeutique du patient.

Nous pouvons conclure de l'intérêt et de la cohérence de la vidéo en séance d'équithérapie en fonction des résultats ci-dessus.

D'une façon générale la vidéo a un effet différent au deuxième visionnage. Les patients ne regardent plus ce qui leur apparaît évident au niveau physique mais plutôt ce qu'il se passe au niveau de leurs comportements. Il faut donc un laps de temps au patient pour s'habituer à se regarder afin de réaliser un réel travail sur soi et comprendre ses comportements.

À l'inverse d'un patient lambda, les célébrités, qui ont l'habitude de véhiculer leur image, sont finalement différentes de ce qu'elles peuvent être en dehors des caméras. On observe donc comme un faux self, celui-ci travaillé exprès pour se trouver face au nombre indéfini d'observateurs. Le patient lambda, va, lui, être en amont dans un faux self pour finir par être dans un « vrai » comportement.

Les résultats de groupes témoins témoignent qu'il est tout à fait intéressant de généraliser l'idée que la vidéo en équithérapie peut être un outil précieux pour permettre aux personnes addictes d'avoir une prise de conscience de leur comportement .

Sur un aspect méthodologique de mon travail, mon expérience s'étant limitée principalement sur des patients qui ont pu se regarder une seule fois, j'aurais voulu pouvoir proposer la vidéo à plusieurs reprises pour chaque patient.

Aujourd'hui, on peut se poser la question de savoir si l'outil vidéo doit être l'élément indispensable de la prise en charge du début jusqu'à la fin. Faut-il le proposer dès le début, mais en laissant le choix de le débuter à la troisième ou quatrième séance sur les huit séances comptées ?

Il paraît compliqué d'y mettre un caractère obligatoire dès le début, car cela pourrait engendrer un échec ou un blocage qui pourrait faire fuire le patient. Cependant, cela pourrait tout aussi bien être l'élément déclencheur dans la prise de conscience de ses comportements. Aussi, je pense qu'un peu de souplesse dans l'introduction de cet outil permettrait peut-être un meilleur usage pour le patient.

En conclusion, je pense que l'équithérapie est très bénéfique pour le patient dépendant et que l'utilisation de la vidéo pour ceux-ci permet un fort feed-back par rapport à la prise de conscience des comportements par le patient. C'est à partir de la particularité de cette thérapie, que le patient sera amené à une réflexion autour de la réinsertion, sociale et professionnelle, pouvant ainsi « le ramener à la vie ».

Bibliographie

➤ **Dictionnaires**

- *dictionnaire de la psychologie*, Norbert Sillamy, Larousse, 1999
- *Dictionnaire de psychologie*, Doron Parot, puf, 1991

➤ **Livres**

- *Les pathologies de l'excès, sexe, alcool, drogue, jeux....les dérives de nos passions*, Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak, édition JC Lattès, 2006
- *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie* , Dr P. Polomeni, Dr D. Bry et I. Célérier, édition JL, 2005
- *Drogues et dépendance le livre d'information*, editions INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé),2006
- *Vidéothérapie l'image qui fait renaître*, Jean-Paul THENOT, édition Greco, 1989
- *Vidéo...Formation et Thérapie d'autres images de son corps*, Yannick Geffroy, Patrick Accolla et Anne Ancelin Schützenberger, édition épi, 1980

➤ **revues**

- *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*
Michel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Lagrue, rapport rédigé à la demande de MR Joël Menard, directeur général de la santé et remis à Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et au affaires sociales
- *Drogues et toxicomanies: vers de nouveaux modes d'intervention*, les cahiers de l'actif, dossier drogues et toxicomanies, n°310/311
- *drugs, set et setting* , New Haven, London, yale univ press, 1984
- *l'hypnose pour sortir de la toxicomanie*, Lien social, n°821, 14 décembre 2006

➤ **internet**

- *Schémas:*
www.ic.edu.lb/academics/secondary/biology/DOCUMENTS/accompagnement/1_es.pdf
- www.eagala.org