Walk and talk therapy: exploration qualitative du vécu du thérapeute

Walk and talk therapy: qualitative exploration of the therapist's experience

In press (uncorrected proof) in Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive

Virginie Samyn[1], Hubert de Condé[2], Damien Brevers[1]

[1]Louvain Experimental Psychopathology Research Group (LEP), Psychological Sciences Research Institute, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

[2]Louvain Psychotherapy Research Group, Psychological Sciences Research Institute, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

Corresponding author

Damien Brevers, PhD, Louvain Experimental Psychopathology research group (LEP), Psychological Sciences Research Institute, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgium, e-mail: damien.brevers@uclouvain.be

RÉSUMÉ

Cette étude avait pour but d'explorer l'expérience et le vécu de thérapeutes pratiquant la « walk and talk therapy » (thérapie par la marche et la parole). Afin de réaliser cet objectif, nous avons adopté une méthodologie empirique qualitative et effectué une analyse thématique d'entretiens réalisées auprès de neuf psychologues francophones. Cinq thèmes sont ressortis de cette analyse: (i) une pratique ancienne et connectée au vécu du thérapeute, (ii) la mise en mouvement du corps comme point d'appui thérapeutique, (iii) la nature comme point d'appui thérapeutique, (iv) le côte à côte, et (v) la walk and talk therapy en pratique. Dans l'ensemble, les résultats obtenus soulignent l'intérêt potentiel de cette pratique à pouvoir capitaliser sur la combinaison des effets bénéfiques de la marche et de la nature dans le processus thérapeutique. Cette étude devrait permettre d'ouvrir la voie vers d'autres recherches en vue de mieux comprendre cette pratique, et ce notamment au niveau des attitudes thérapeutiques et des processus de développement personnel et professionnel des thérapeutes pratiquant la walk and talk therapy.

ABSTRACT

This study aimed to explore the experience of therapists practicing "walk and talk therapy". To achieve this goal, we adopted a qualitative empirical approach by conducting a thematic analysis of interviews undertaken with French-speaking psychologists. Five themes emerged from this analysis: (i) an old practice connected to the therapist's lived experience, (ii) the movement of the body as a therapeutic tool, (iii) nature as a therapeutic tool, (iv) side by side, and (v) walk and talk therapy in practice. Overall, the present results highlight the potential value of this practice in leveraging the combined beneficial effects of walking and nature in the therapeutic process. This study should pave the ground for further research to better understand this alternative form of therapy, with a specific focus on therapeutic attitudes and on the personal and professional development processes of therapists who practice walk and talk therapy.

Introduction

La « walk and talk therapy » (WTT; qui peut se traduire comme « thérapie par la marche et la parole » en français) est définie dans la littérature comme une forme de psychothérapie où le thérapeute et le client marchent côte à côte en plein air (Clark, 2019; Doucette, 2004; McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2016, 2017; Van den Berg, 2021). Ils bénéficieraient ainsi de la combinaison des effets bénéfiques de l'intervention psychothérapeutique (i.e., le travail des objectifs thérapeutiques en soi) et de la marche en extérieur (e.g., améliorations des processus de réflexion et de résolutions créatives de problème; Hongdizi et al., 2023; Imaizumi et al., 2020).

Alors que la WTT prend source dans une pratique thérapeutique de la marche documentée à travers l'histoire (e.g., avec des penseurs tels qu'Hippocrate ou Aristote qui ont reconnu les bienfaits de la pratique de la marche pour la santé mentale et notamment pour le raisonnement créatif), ce n'est que récemment que s'est développée la littérature scientifique sur les apports de la WTT. La plupart de ces travaux ont été réalisés sur base d'études de cas ou d'analyses thématiques avec pour objectif principal de mieux comprendre comment les thérapeutes et les clients expérimentent et donnent du sens à cette forme alternative de prise en charge thérapeutique (Cait et al., 2017; Meuwese et al., 2021; McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2017; Schen, 2020; Schwenk, 2019). Un résultat clé de cette littérature est que la WTT ne se résume pas seulement aux effets bénéfiques de la pratique d'une activité physique ou de l'exposition à la nature sur le bien-être des thérapeutes et des clients (Berger & McLeod, 2006; Berger & Tiry, 2012; Doucette, 2004). Plus spécifiquement, l'action d'aller marcher

permettrait d'ancrer la thérapie dans un cadre différent et d'expérimenter une nouvelle dynamique de relation thérapeutique. Par exemple, il a été proposé que marcher lors d'une séance demande aux thérapeutes d'adopter une position réactive au sein de la thérapie (e.g., adapter la vitesse de marche en fonction de l'état de fatigue ou émotionnel des patients) et d'ainsi travailler de manière plus flexible avec les clients en vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques (Stiles et al., 1998). Le fait de marcher en synchronie et côte à côte engendrerait également un sentiment de partenariat (Revell & McLeod, 2016).

L'adoption de la WTT ne découlerait pas seulement des motivations personnelles des thérapeutes (e.g., de leurs expériences des effets positifs de l'activité physique sur le bien-être), mais d'un accord avec leurs clients sur la définition du cadre thérapeutique. Cette dynamique ajouterait un aspect « tangible » à la thérapie, les thérapeutes et les clients se percevant davantage comme « collaborateurs.trices » au sein du processus thérapeutique (Revell, 2017; Revell & McLeod, 2016, 2017). Par exemple, les exigences de la conduite de la thérapie dans un environnement extérieur nécessitent de porter une attention particulière à l'état physique des clients. Bien qu'il reste encore à démontrer que la WTT augmente l'efficacité de la thérapie au niveau des objectifs thérapeutiques, il a toutefois été avancé que cette sensibilité des thérapeutes peut venir renforcer l'alliance thérapeutique (Revell & McLeod, 2017).

L'environnement extérieur et le fait d'aller marcher dans la nature constituerait une autre ressource clé de la WTT. Plus particulièrement, le fait de s'appuyer sur des éléments variés du contexte extérieur peut dynamiser et enrichir la communication. Par exemple, des aspects du parcours de marche ont le potentiel d'articuler des connexions métaphoriques à partir d'un domaine affectif qui n'aurait pas pu être exprimé en cabinet (e.g., utiliser le fait d'être au-dessus d'une colline pour « prendre du recul », « adopter une vue d'ensemble » sur une situation; Bacon, 1983; Berger & Tiry, 2012; Berger & McLeod, 2006; Santostefano, 2008; Gibbs, Lima, & Francozo, 2004; Revell & McLeod, 2017; Santostefano, 2008).

La WTT peut potentiellement être adaptée à de nombreuses approches thérapeutiques, s'inscrivant au centre du travail thérapeutique, ou comme une activité complémentaire au travail en cabinet de consultation (e.g., afin que les clients bénéficient de différentes dynamiques à travers leur thérapie; Cooper & McLeod, 2011; McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2017; Van den Berg, 2021). En effet, selon Van den Berg (2021) et Revell & McLeod (2017), la WTT n'est liée à aucune théorie spécifique et serait pan-théorique (i.e., qui peut s'appliquer à plusieurs approches théoriques en psychothérapie). Cette perspective intégrative témoigne, toutefois, d'une complexité dans la compréhension des processus thérapeutiques et des changements spécifiquement engendrés par l'aspect « marche » de la thérapie. Par exemple, il n'existe actuellement aucune guideline, fondée sur des données probantes, par rapport à la formation ou à l'enseignement de la WTT. Il est également nécessaire de mieux comprendre les limitations inhérentes à cette forme de psychothérapie (e.g., météo, difficulté du parcours, timing, état de santé des clients, confidentialité, mise à l'épreuve du cadre thérapeutique; Revell & McLeod, 2017). De plus, les recherches actuelles sur la WTT sont exclusivement issues de cultures non-francophones.

Dans ce cadre, notre objectif principal de recherche est de mieux comprendre les processus et les changements thérapeutiques spécifiques au cadre de la WTT. Pour ce faire, sur base de travaux antérieurs sur la WTT (Charbonneau, 2016; Jordan, 2014; McKinney, 2011; Revell & Mc Leod, 2017), nous avons adopté une exploration qualitative du vécu de thérapeutes qui pratiquent la WTT. Il nous semblait également essentiel de pouvoir élargir et ajuster le champ de la littérature sur la WTT à un échantillon de praticiens et praticiennes francophones. À cette fin, nous avons adopté une méthodologie empirique qualitative sur base d'interviews réalisées auprès de thérapeutes pratiquant la thérapie par la marche en Belgique francophone. Plus spécifiquement, notre étude s'est centrée sur le vécu du thérapeute en WTT à partir de questions réparties sur base des catégories suivantes: *Quelles sont les*

caractéristiques des thérapeutes pratiquant la WTT? Comment ces thérapeutes définissent la WTT? Comment leur pratique de la WTT a-t-elle évolué? Quel est le cadre thérapeutique de la WTT? Quels sont les bénéfices de la WTT? Quelles sont les perceptions associées à la WTT? Quelles sont les limitations de la WTT? Nous avons analysé les réponses à ces entretiens sur base d'analyses thématiques. Cette approche empirique qualitative permet d'identifier et d'analyser des thèmes à partir de données qualitatives (Braun & Clarke, 2006, 2019, 2023). En d'autres termes, l'analyse thématique offre une flexibilité particulièrement adaptée à notre objectif de recherche qui était d'explorer l'expérience des thérapeutes par rapport à leur pratique de la WTT, et ce en vue d'augmenter nos connaissances sur les processus et les changements thérapeutiques spécifiques au cadre de la WTT.

Méthode

Participants

Le recrutement des participants s'est centré sur des thérapeutes francophones pratiquant la WTT en Belgique, et qui étaient disposés à partager leur expérience professionnelle. Les participants éligibles ont été identifiés individuellement via des répertoires professionnels (disponibles en ligne), des réseaux sociaux et le bouche-à-oreille. Ils ont été contactés directement par courriel et informés des objectifs de l'étude ainsi que des critères de consentement éclairé liés à leur participation. Les participants ont été mis au courant de l'aspect anonyme et confidentiel de l'étude ainsi que de leur droit de se retirer à tout moment et à modifier le contenu s'ils souhaitent faire retirer un élément de l'enregistrement pendant l'entretien.

Au total, treize participants ont été invités par courriel, dont deux ont été écartés car l'un avait arrêté la pratique de la WTT et l'autre ne la commençait qu'après le début de l'étude. Deux autres participants n'ont pas donné suite à notre invitation. Neuf participants

ont finalement participé à l'étude (six femmes et trois hommes ; âge moyen = 43.56 ans, écart-type = 7.81). Huit participants sont diplômés en psychologie clinique et un en neuropsychologie. Parmi eux, cinq se décrivent comme d'orientation cognitive-comportementale, un d'orientation systémique et existentielle, un d'orientation psychanalytique Lacanienne, et un décrit ne pas avoir d'orientation particulière. En moyenne, ils travaillent comme thérapeute depuis 11.83 ans et pratiquent la WTT depuis 4.67 ans (écart-type = 2.76).

Six des neuf participants ont suivi des formations en lien avec le corps, allant de spécialités plus conventionnelles comme la psychomotricité et la psychologie du sport, à des approches plus alternatives comme l'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), le somatic experiencing, la kinésiologie, la musicothérapie, l'écothérapie et la méditation pleine conscience. Trois participants sur neuf ont suivi une formation à la WTT. Le pourcentage de clients avec lequel notre échantillon de thérapeutes pratiquent la WTT varie entre 10% et 100% (moyenne = 31.11%).

Collecte des données

Les données ont été obtenues via des entretiens individuels réalisés par la chercheuse principale et guidés par un protocole d'entretien standardisé comprenant 40 questions (voir **Tableau 1**). Ces questions ont été reprises et adaptées des travaux de McKinney (2011) sur le vécu du thérapeute en WTT. En effet, par rapport aux autres études portant sur le vécu des thérapeutes en WTT (Charbonneau, 2016; Jordan, 2014; Revell & Mc Leod, 2017), McKinney (2011) offre un large échantillon de question spécifique à notre sujet de recherche ainsi que des perspectives concrètes en vue d'améliorer le protocole d'entretien. Dans ce contexte, nous avons utilisé l'ensemble des questions de McKinney (2011) et adapté le protocole initial en ajoutant des questions (voir questions en italiques dans le **Tableau 1**) portant sur le "cadre de la WTT", les « bénéfices de la WTT », et les "perceptions associées à

la WTT" tel que suggéré par Mc Kinney (2011). Les questions de notre protocole d'entretien ont été réparties en sous-sections par souci de lisibilité (voir **Tableau 1**). Les 40 questions ont toujours été posées. Les entretiens ont eu lieu sur une période de cinq semaines (du 21 mars au 29 avril 2022) et ont duré en moyenne 69 minutes (écart type = 20). Ils ont été menés soit par vidéoconférence (*n* = 6), soit en face à face (*n* = 3) sans la présence d'autre personne que la chercheuse principale et le participant.

---TABLEAU 1---

Analyses de données

Les questions de départ mentionnées ci-avant ont été sélectionnées afin de cibler l'exploration phénoménologique des participants. Des thèmes ont été élaborés après un traitement rigoureux des données où une analyse thématique a été privilégiée. Il s'agit d'une méthodologie qualitative exploratoire utilisée pour répondre à une question de recherche précise, en essayant de rassembler et de comprendre l'expérience des participants. Les thèmes et sous-thèmes ont été construits grâce à la mise en évidence d'expériences convergentes parmi les participants (Levitt et al., 2021). De manière concrète, l'ensemble des entretiens ont d'abord été retranscrits sous forme de verbatim. La retranscription est une étape importante permettant de s'imprégner des expériences des interviewées et de se familiariser avec les données. Dans ce sens, les entretiens ont été lus et analysés plusieurs fois. Afin de protéger l'anonymat des participants, nous les avons nommés d'un chiffre allant de 1 à 9 (e.g., participant 1).

Les données retranscrites ont ensuite été analysées via une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006, 2019; Clarke & Braun, 2013). Cette méthode d'analyse est reconnue pour permettre d'identifier et d'analyser des thèmes à partir de données qualitatives. Cette méthode offre notamment une flexibilité particulièrement adaptée pour explorer l'expérience des thérapeutes par rapport à leur pratique de la WTT. Pour cette analyse thématique, les

étapes d'analyse recommandées par Braun & Clarke (2006, 2019, 2023) ont été suivies afin de faire émerger des thèmes de façon neutre et objective.

Tout d'abord, les entretiens retranscrits ont été codés. Le codage consiste à surligner les extraits pertinents avec l'objectif de recherche et à leur attribuer un code. Ce travail de codage sert d'ébauche à l'analyse thématique. A l'issue de cette première étape, des thèmes et sous-thèmes sont apparus. Une attention particulière a été portée sur la dénomination des thèmes. L'analyse thématique est donc un processus évolutif et récursif, qui demande des allers-retours constants entre les données analysées et l'analyse en cours (Braun & Clarke, 2006). Lors de ce processus, les thèmes et sous-thèmes identifiés ont été partagés et discutés avec deux autres chercheuses et psychologues cliniciennes extérieures au projet. Celles-ci ont agi en tant que « collègues critiques » (Smith & McGannon, 2018). Cette démarche a encouragé une réflexivité collaborative afin de renforcer la qualité de l'analyse (Braun & Clarke, 2019).

A la fin du processus d'analyse thématique, un audit a été effectué par les co-auteurs de l'étude (DB et HdC) afin de vérifier la cohérence des résultats dans le but de les clarifier, tout en restant fidèles aux données récoltées. Les thèmes et sous-thèmes ont ensuite été validés et suivis de la rédaction de la partie résultats.

Résultats

Listing des thèmes et sous-thèmes

L'analyse thématique a permis de dégager 5 thèmes principaux, dont 3 assortis de sous-thèmes:

Thème 1. Une pratique ancienne et connectée au vécu du thérapeute

Thème 2. La mise en mouvement du corps comme point d'appui thérapeutique

Sous-thème 2.1. La marche comme respiration de l'esprit

Sous-thème 2.2. Le reflet et l'exploration de l'esprit par le rythme

Thème 3. La nature comme point d'appui thérapeutique

Sous-thème 3.1. La nature comme cadre thérapeutique

Sous-thème 3.2. La nature comme co-thérapeute

Sous-thème 3.3. La nature comme théâtre de la mise en scène thérapeutique

Thème 4. Le côte à côte

Thème 5. La WTT en pratique

Sous-thème 5.1. Initiation de la (dé)marche

Sous-thème 5.2. Déroulements d'une séance

Sous-thème 5.3. La nature du parcours

Sous-thème 5.4. Sécurité, confidentialité et limites de la pratique

Thème 1. Une pratique ancienne et connectée au vécu du thérapeute

A travers les entretiens, les participants ont souvent évoqué le fait que la WTT prends source dans la pratique thérapeutique de la marche à travers l'Histoire.

> *Les thérapies par la marche ne sont pas une nouveauté. En réalité, elles sont aussi anciennes que le monde, à l'image du Chemin de Compostelle […] C'est une métaphore d'un cheminement intérieur. La notion de marche, de chemin, est l'une des métaphores les plus éloquentes de notre existence. Ainsi, la thérapie par la marche n'est qu'une relecture de connaissances ancestrales et archétypales. C'est un élément fondamental de notre humanité!* (participant 3)

> *Mes lectures sur des philosophes, notamment Socrate qui dialoguait en marchant avec son disciple, attestent que cette pratique est ancestrale. Je n'ai rien inventé!* (participant 8)

Nous avons également pu constater chez l'ensemble des participants que leur pratique de la WTT prend source dans un intérêt et une affinité envers la marche. La pratique de la WTT serait en connexion avec leur vécu et leur mode de vie.

Thème 2. La mise en mouvement du corps comme point d'appui thérapeutique

La marche comme respiration de l'esprit

Les participants soulignent que la composante marche de la WTT entraînerait une « (re)mise en mouvement de l'esprit ». L'intégration du mouvement corporel dans le travail thérapeutique faciliterait notamment l'accès au vécu émotionnel du client.

> *L'intériorité est beaucoup plus facilement révélée. Là où en étant statique, je me demande à quel point l'égo ne peut pas prendre plus facilement le dessus. Pour moi, l'émotionnel est beaucoup plus révélé, l'intériorité est beaucoup plus révélée quand le corps est mis en mouvement*. (participant 5)

> *C'est ce que je vois dans ma pratique: quand on ne fait pas intervenir le corps, la compréhension intellectuelle ne suffit pas, il faut qu'il y ait un point d'appui corporel pour que les choses bougent. Pour moi, il n'y a pas de libération du trauma sans prise en compte de corps, et, le corps, c'est le mouvement* ». (participant 3)

Dans le contexte de la WTT, le mouvement du corps peut être perçu comme une métaphore de la « respiration de l'esprit » où la présence du client est expérimentée physiquement (non-verbalement) et verbalement

> *C'est le travail du corps. La marche, c'est quand même le primo mouvement du corps après la respiration. Ce qu'un enfant fait après avoir respiré, c'est se lever et marcher. Pour moi, la marche est le mouvement le plus simple, le plus élémentaire. .... Le propre de la vie, c'est le mouvement. La différence entre le fait d'être mort ou vivant, c'est qu'on respire et, quand on respire, on bouge.* (participant 3)

> *Le patient amène sa présence au sens large […], va amener sa personne dans une démarche de mouvement dans tous les sens du terme. […] Son rôle est alors de venir déposer des aspects verbaux et non verbaux et de les soumettre au regard bienveillant et professionnel d'un thérapeute.* (participant 3)

La WTT viendrait ancrer l'individu au sein d'une démarche thérapeutique axée sur l'utilisation du corps lors de sa mise en mouvement en milieu naturel. La WTT demanderait

au client de faciliter une intégration de ce qu'il se passe dans son corps et dans son esprit durant le temps de marche dans la nature.

> *Pour moi, c'est combiner un moment où on va marcher ensemble et où on va parler. On peut parler de choses qui n'ont rien à voir avec la marche, mais aussi par rapport aux sensations que l'on ressent avant, pendant et après ce moment de marche.* (participant 2)

En plaçant la thérapeute dans un rôle de guide et d'accompagnateur du parcours de marche, c'est comme si cette dernière incarnait la thérapie elle-même, permettant un lien thérapeutique plus aisé avec les clients moins enclins à s'engager dans le processus

> C'est *comme un processus qui bouge à l'intérieur de nous. Il y a moins cet aspect figé, statique. Et évidemment, ça met beaucoup plus à l'aise beaucoup plus rapidement, que ce soit avec un nouveau patient, un ado, un enfant qui n'a pas tellement envie de venir, un homme qui vient pour la première fois chez un psy. Je trouve que ça facilite la prise de contact.* (participant 7)

Le reflet et l'exploration de l'esprit par le rythme

Plusieurs thérapeutes nous ont indiqué qu'il était essentiel de réguler le rythme de marche durant une session de WTT afin de permettre au processus thérapeutique de se réaliser, permettant de respirer confortablement et de pouvoir parler

> *… un rythme où on est capable de parler facilement, voire de chantonner un peu, où on n'est pas coupé par des difficultés de reprendre sa respiration. … Il y a une recherche de ce qu'on ressent et de régulation. On s'adapte: si c'est trop difficile, on régule. Il faut être dans un bien-être. Dès qu'on est bien au clair avec ça, on peut se décaler et commencer à parler parfois d'autres choses, mais toujours avec un moment où moi je vais demander comment la personne se sent, aussi au niveau de la respiration. On travaille aussi sur les sensations qui ont été confortables lors des expériences de l'exposition dans ces moments de marche et qu'on a envie de retrouver. Le but est que le patient soit centré sur lui.* (participant 2)

> *Ralentir le rythme, changer le rythme, laisser le choix au client quand on est à la croisée des chemins, le laisser sentir ce qui est le plus agréable pour lui, le plus proche de son objectif. L'inviter à se poser pour ressentir les choses, par la méditation, par exemple. Apprendre à respirer.* (participant 5)

Bien qu'il soit important de respecter le rythme de marche du client en WTT, il est également possible d'utiliser ce rythme comme un outil thérapeutique. Cet aspect a été abordé par plusieurs thérapeutes qui modulent le rythme de marche de leurs clients afin qu'ils perçoivent les effets produits par ce changement de rythme sur leur corps et leur esprit. En effet, la plupart des participants partagent l'hypothèse que le rythme de marche et la façon dont le client se met en mouvement pourraient donner des indications sur son état émotionnel.

> *J'essaye vraiment de m'adapter au rythme de la personne, j'essaye de n'imposer aucun rythme de marche. [...] Mais pour les personnes qui ont tendance à aller vite, à être un peu trop actives, je dirais que les amener petit à petit à un rythme un peu plus lent peut être intéressant afin qu'elles intègrent le fait de ralentir*. (participant 6)

> *… Par exemple, lorsqu'on est face à des émotions négatives qu'on n'a pas envie d'aborder, on va marcher beaucoup plus vite. Il ne s'agit donc pas de la vitesse initiale du patient, mais des évolutions dans son rythme de marche de base. Le rôle du thérapeute va donc être d'utiliser ce non-verbal, ces modifications du rythme de marche pour faciliter l'exploration émotionnelle et l'acceptation émotionnelle des thématiques évoquées par la personne. … Si le patient commence à marcher plus vite, on ralentit très légèrement. Il faut donc être très attentif afin d'essayer de ralentir le rythme de marche. Au contraire, si le patient est figé, envahit par une émotion plutôt qu'en train d'explorer cette émotion, son rythme de marche à tendance à ralentir. Ici, le rôle du thérapeute va être d'accélérer légèrement pour ramener de la dynamique dans le corps et permettre que cette dynamique se répercute au niveau psychologique, afin que le patient puisse revenir dans une démarche exploratoire plutôt que d'être assailli par ses émotions*. (participant 1)

> *… le rythme, la marche devient un média thérapeutique, tout est intéressant dans la prise en compte du rythme de la marche, des arrêts éventuels qu'on va faire, des patients qui n'ont pas envie de marcher et avec qui on va trouver un tronc d'arbre, une pierre ou un banc et on va s'arrêter. Il y a beaucoup de choses qui sont ponctuées par le parcours qui est fait. J'ai des parcours plus courts pour ceux qui marchent moins vite, j'ai des parcours plus longs pour ceux qui marchent plus vite. Et ce qui se dit quand on s'arrête est souvent très important aussi et, quand on marche à nouveau, on sent qu'il y a comme une page tournée, on passe à autre chose. Je trouve que le processus est plus concret et matérialisé dans l'expérience physique.* (participant 7)

Thème 3. La nature comme point d'appui thérapeutique

La nature comme cadre thérapeutique

L'ensemble des participants ont identifié la nature comme un élément central du cadre de la WTT.

> *L'idée est de déployer des outils de psychothérapies à l'extérieur en marchant. […] Dans ma pratique, c'est vraiment le fait d'avoir la thérapie verbale dans ce contexte de l'extérieur.* (participant 4)

> *L'intérêt de sortir, c'est qu'on a plus d'espace: on va dans la nature, la forêt devient le cabinet.* (participant 1)

La nature comme co-thérapeute

La majorité des participants utilisent la nature comme base pour le travail thérapeutique. Ils la considèrent comme un contexte qui est source de métaphores et de symboles. Ce pattern viendrait renforcer la parole thérapeutique. La nature renverrait notamment un aspect impartial et inconditionnel, sans jugement, qui libérerait la parole chez le client et déclencherait un processus de réflexion plus approfondie.

> *Il arrive que les patients expriment des pensées troublantes. Lorsque je suis physiquement fatigué, notamment lors d'une ascension difficile, je ne m'attarde pas outre mesure sur ces révélations. En cabinet, j'aurais probablement adopté une approche plus formelle, en m'arrêtant sur ces points précis. Cependant, en pleine montée, où chaque pas invite à une pause, l'expression de contenus émotionnellement chargés pour le patient est facilitée. Dans ces instants, je laisse le patient s'exprimer librement tout en me concentrant sur ma propre respiration. Je m'assure toujours de disposer d'un banc ou d'un lieu de repos offrant une vue panoramique. Lorsque nous nous y arrêtons, je questionne le patient sur ses ressentis relatifs à ses confidences. Face à l'immensité du paysage, les difficultés évoquées semblent s'estomper. Ainsi, aborder des sujets difficiles conjointement à une douleur physique, suivis d'un moment de repos avec une perspective visuelle étendue, permet de créer une distance avec le problème. La nature devient alors co-dépositaire de la souffrance du patient.* (participant 8)

La nature comme théâtre de la mise en scène thérapeutique

Quelques participants ont souligné le fait que la nature aurait un bénéfice sur la créativité durant leurs sessions de WTT. La nature constituerait pour certains une véritable « scène de théâtre » emplie d'une multitude d'outils. Dans ce contexte, la reconnaissance des parcours de marche par le thérapeute permettrait de créer un environnement thérapeutique adapté en vue de maximiser les avantages de la thérapie réalisée en pleine nature. Il est notamment nécessaire de repérer les accessoires et outils qui pourraient être utilisés pour un temps de pause et de silence (e.g., banc, rocher, souche d'arbre). Des participants rapportent également utiliser les éléments météorologiques (grêle, vent, plaque de verglas, boue). D'autres laissent parfois le client choisir le parcours de marche (e.g., petits sentiers versus grandes allées) comme source de métaphores ou pour trouver le symbole idéal d'entrée et de sortie de séance (e.g., grandes allées pour sortir de la séance par une « grande porte »).

> *J'ai exploré et puis j'ai trouvé ce lieu magique pour moi; ça a été le coup de foudre ce cabinet-là, avec toute la logistique qui était déjà prête à l'emploi par rapport à ma façon de travailler, c'est-à-dire, la symbolique de la porte: on commence une séance en s'arrêtant à la porte, on respire, on regarde la nature qui nous accueille, on formule son objectif avant de faire ce que j'ai appelé «le tour de la question» pendant une heure ou une heure et demie selon les besoins et les envies des gens. Et c'est un environnement très varié, un grand espace de jeu.* (participant 4)

Thème 4. Le côte à côte

En filigrane de ses bienfaits pour la santé physique et mentale, la marche implique une posture corporelle différente de celle adoptée dans la thérapie en cabinet. Lors d'une séance de marche en duo, le client se retrouve aux côtés, et non en face, de son thérapeute. Leur regard se porte sur un même chemin ou vers le paysage environnant. La majorité des participants s'accordent à dire que cette position de « côte à côte » constituerait un pilier de la WTT.

> *La position côte à côte est pour moi très importante et vraiment différente du face-à-face. Le côte à côte va permettre de ne pas avoir le regard soutenu et, quelque part, ce regard peut parfois être source de stress ou de pression pour la personne qui peut se sentir dans le devoir de répondre. Le côte à côte laisse beaucoup plus de liberté dans le fait de trouver son rythme dans l'expression. Donc, pour moi, ça laisse une parole plus libre et surtout beaucoup plus de place à l'absence de parole. C'est important parce que la nature est là avec ses différents éléments visuels, auditifs, olfactifs…Ces éléments de la nature peuvent parfois venir répondre à une interrogation. Laisser place à l'absence de parole pour justement laisser la pensée se développer à son rythme. Donc pour moi, le silence est aussi un élément important.* (participant 5)

Le « côte à côte » faciliterait donc également la gestion des moments de silence. Il serait plus facile de les laisser se produire en marchant en pleine nature que lors d'une séance en face-à-face en cabinet. Le client pourrait notamment utiliser les moments de silence comme un temps d'intégration de ce qui a été échangé tout en continuant à avancer.

> *Je me rends compte aussi que j'ai plus facile à laisser un temps de silence dans la thérapie par la marche, parce que justement je peux regarder devant moi et continuer à avancer et marcher et laisser la personne intégrer ce qui a été échangé, la laisser réfléchir par rapport à un point qui a été discuté. Je n'ai pas nécessairement beaucoup de silences, mais je sens que c'est plus facile d'en laisser, de laisser à la personne le temps de poser ce qui a été dit.* (participant 6)

De manière ultime, la dynamique de « côte à côte » pourrait venir renforcer l'alliance thérapeutique.

> *… la proximité thérapeutique: on marche dans une rythmique, même la respiration s'accorde, on est côte à côte. On est, d'une certaine manière, égal à son patient, on chemine ensemble vers un but commun.* (participant 4)

Thème 5. La WTT en pratique

Initiation de la (dé)marche

À travers les entretiens, les thérapeutes ont décrit l'importance de discuter de leur approche en WTT avec leurs clients. Que ce soit en début ou en cours de thérapie, le thérapeute

demande au préalable à son patient s'il se sentirait prêt « à sortir marcher ». Selon les participants, le thérapeute se doit de discuter avec son client afin de déterminer si ce type d'approche pourrait répondre à sa demande et ses besoins.

Cette conversation prend souvent la forme d'un appel téléphonique pour un nouveau client. Cette première séance thérapeutique téléphonique (gratuite) permet notamment au thérapeute de détailler le cadre thérapeutique (durée de la séance, coût, habillement pour la marche), d'expliquer le déroulement d'une séance en extérieur, et surtout de concrétiser la demande et les besoins du patients afin de cerner si la WTT est indiquée pour le client. Lorsque la proposition de WTT vient en cours de thérapie, cette conversation à le plus souvent lieu lors d'une séance en cabinet.

Déroulements d'une séance

Plusieurs dynamiques de séances de WTT ont été décrites par les participants. Pour certains des thérapeutes interrogés, la séance se déroule entièrement à l'extérieur et en marchant, avec un lieu de rendez-vous préalablement convenu. Pour d'autres, une partie de la séance a lieu au cabinet avant de sortir. Les étapes de la séance comprennent généralement un lieu de rencontre, une marche en extérieur, et un lieu de débriefing. Cependant, le lieu de débriefing peut varier d'un thérapeute à l'autre. Il peut se faire à l'extérieur ou au cabinet du thérapeute.

Le schéma de la séance de WTT se révèle être flexible et peut s'adapter aux besoins du client ainsi qu'à son état physique. Si le lieu de rendez-vous est en dehors du cabinet, les thérapeutes peuvent signaler au client (e.g., la veille d'une séance) tout changement de parcours (e.g., changement du lieu de rendez-vous) ou alternative à la séance de marche (e.g., proposer une séance en cabinet en cas d'une blessure ou d'une mauvaise météo).

La nature du parcours

Chacun des thérapeutes dispose de plusieurs itinéraires à proposer, avec des longueurs et des niveaux de difficulté variables en fonction de l'état physique et du niveau de fatigue du client.

Avant de commencer la séance, chaque itinéraire est préalablement repéré par les thérapeutes, notamment en vue de prévoir des moments de pause lors de la séance. Les préférences des patients peuvent également être prises en compte. Le degré de décision des clients par rapport au parcours varie d'un thérapeute à l'autre, allant du choix de l'itinéraire jusqu'à celui des différents chemins à emprunter au sein d'un même parcours.

Sécurité, confidentialité et limites de la pratique

Tous les praticiens interviewés soulignent l'importance de préserver la confidentialité de la relation thérapeutique. Ils conviennent qu'il est crucial de discuter, dès le début de la thérapie, sur comment réagir en cas de rencontre avec une connaissance du client ou du thérapeute. Lors des entretiens, les praticiens en WTT ont également souligné l'importance de se porter garant de la sécurité physique du client (e.g., conditions météorologiques, hydratation, bâtons de marche, mouchoirs).

D'autres limites de la WTT ont été soulignées par nos participants. Certains clients peuvent exprimer de nombreuses appréhensions à l'idée de sortir pour leur séance de psychothérapie. D'autres clients, au contraire, peuvent se sentir frustrés d'être privés de la possibilité d'une séance de marche (e.g., trop faible niveau condition physique) ou encore par le choix du parcours (e.g., une marche réalisée dans un environnement urbain).

Il y a aussi les risques liés au caractère imprévisible de l'environnement naturel (malgré la connaissance du parcours et la préparation de la séance par le thérapeute), aux éventuels distracteurs et aux réactions tout aussi imprévues que le client pourrait avoir au contact d'éléments extérieurs.

Enfin, la dynamique de marche côte à côte WTT pourrait engendrer de la confusion relationnelle. En effet, les participants décrivent que l'expérience de marche côte à côte peut s'apparenter à des expériences amicales et il est donc essentiel que le thérapeute y soit attentif afin de préserver des attitudes thérapeutiques optimales.

Discussion

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer l'expérience de thérapeutes pratiquant la WTT. À cette fin, nous avons réalisé une analyse thématique d'entretiens réalisés auprès de psychologues francophones pratiquant cette forme alternative de psychothérapie. Cinq thèmes sont ressortis de ces analyses. Ils ont pu mettre en évidence les apports potentiels de l'environnement extérieur et de la marche dans le processus thérapeutique. Dans l'ensemble, nos résultats indiquent que la WTT repose sur une mise en mouvement du corps dans la nature qui va moduler le ressenti du client ainsi que la dynamique des échanges entre le thérapeute et le client. À travers cette section, nous allons discuter plus en détails les thématiques centrales qui ont émergé de ces analyses. Il s'agit de détailler en quoi nos analyses thématiques d'entretiens augmentent nos connaissances sur les processus et les changements thérapeutiques spécifiques au cadre de la WTT, tout en élaborant des liens avec la littérature et en proposant des perspectives de recherches. Deux éléments principaux sont mis en évidence dans cette section, la WTT comme facilitatrice de l'expression émotionnelle et la synchronie des corps présents dans la WTT. Nous terminerons cette section de discussion par une description des limites de notre étude.

Premièrement, un processus central de la WTT serait que la mise en mouvement du corps dans la nature activerait davantage l'expression de soi et faciliterait l'accès aux émotions par rapport aux sessions de thérapies réalisées en cabinet. De plus, comme observé par d'autres analyses thématiques (McKinney, 2011; Revell & NcLeod, 2017; Schwenk, 2019), les participants ont relevé que la nature jouerait un rôle central dans la WTT. Elle viendrait offrir un espace dénué de jugement social et déclencherait une réflexion plus profonde ainsi qu'une meilleure capacité de verbalisation. Dans ce contexte, la WTT correspondrait à une forme de thérapie qui capitalise sur les effets du mouvement du corps et de la nature afin d'inviter à une exploration flexible, créative voire métaphorique des mécanismes de pensée du client. Cette

description est en lien avec la littérature sur les « embodied cognitions » (ou « cognitions incarnées » en français) qui renvoient à des mécanismes de pensées qui émergent des interactions corporelles avec l'environnement (Lakoff & Johnson, 1999). Des études ont notamment démontré que le fait de se déplacer librement (par exemple, marcher à l'extérieur) pourrait activer et augmenter les processus de réflexion (e.g., fluences verbales, flexibilité, et originalité) et de résolutions créatives de problème (e.g., Hongdizi et al., 2023; Imaizumi et al., 2020; Kuo & Yeh, 2016; Matheson & Kenett, 2021; Murali & Händel, 2022; Rominger et al., 2022; Zhou et al, 2017). Cette dynamique offrirait ainsi la possibilité de générer des idées et d'établir des liens entre de nouveaux éléments. Ce type de recherche est donc particulièrement pertinent en vue de comprendre comment la marche dans la nature faciliterait la génération de contenu de qualité (e.g., permettant l'accès à des solutions potentielles non considérées auparavant) qui viendrait favoriser le processus de changement des clients.

Deuxièmement, le processus de synchronie qui caractérise la marche en côte à côte constituerait également un élément clé de la WTT. Cette observation est en lien avec des recherches sur l'activité motrice synchronisée qui indiquent que la coordination du mouvement peut augmenter le niveau de coopération et d'affiliation entre deux individus (e.g., Cheong et al., 2023; Hove & Risen, 2009; Stupacher et al., 2022; Wiltermuth & Heath, 2009). Il a également été observé que les mouvements corporels réalisés "en harmonie" peuvent augmenter les ressenti d'affect positif (Tschacher et al., 2014). Dans ce contexte, la marche en côte à côte pourrait contribuer à la qualité de l'alliance thérapeutique (pour une revue, voir Høgenhaug et al., 2024). En effet, la dynamique de collaboration constituerait un élément clé dans la construction d'une alliance thérapeutique en WTT (Lambert & Barley, 2001; McKinney, 2011; Revell & NcLeod, 2017).

Toutefois, la posture de côte à côte en WTT pourrait également venir perturber certains indices non-verbaux qui caractérisent les sessions de thérapies menées en cabinets.

Par exemple, le contact visuel, le fait de rester relativement immobile et de faire face au client sont des éléments cruciaux dans la formation et le développement de la relation thérapeutique (Duff & Bedi, 2010; Horvath & Symonds, 1991; Levitt & Williams, 2010; Martin et al., 2000). Les participants de notre étude ont également souligné différents défis (i.e., sécurité et confidentialité) et limites (i.e., confusion relationnelle) associés à la pratique de la WTT et qui pourraient nuire à la relation thérapeutique. Des études supplémentaires sont donc nécessaires en vue d'examiner spécifiquement la dynamique des attitudes thérapeutiques à adopter face à ces différents challenges engendrés par la pratique de la WTT. Par exemple, notre étude suggère que les thérapeutes pourraient capitaliser sur la modification du rythme de la marche ou sur le caractère non-jugeant de la nature en vue de mettre au point des stratégies de communication non-verbales pour construire des attitudes thérapeutiques optimales (e.g., empathie, considération positive inconditionnelle).

Perspectives de recherche

À travers les entretiens, il est apparu que la décision d'intégrer la WTT dans leur pratique professionnelle semble être influencée par un intérêt des thérapeutes pour la marche et le contact avec la nature. Chaque thérapeute interrogé cultive également une approche de la WTT qui lui est propre. L'expérience et le développement personnels et professionnel des thérapeutes semblent donc être des facteurs déterminants de leur approche de la WTT. Cette dynamique est en lien avec la perspective du « self intégré de la personne-du-thérapeute » (Aveline, 2005; de Condé et al., 2024; Regas et al., 2017; Rønnestad & Skovholt, 2003; Salter & Rhodes, 2018; Zech et al., 2021). Cette approche considère que le développement professionnel et le développement personnel évoluent en parallèle. La perspective du self intégré diffère de celle du « self-compartimenté » qui avance que les compétences professionnelles et personnelles sont deux concepts qui se développent de manière indépendante chez le thérapeute (Rief, 2021; Stoltenberg et al., 2007). Plus spécifiquement,

alors que l'approche du self-compartimenté met l'accent sur l'acquisition de compétences professionnelles, celle du self intégré inclut davantage le développement personnel basé sur les vécus personnels, les valeurs et perceptions de la vie, le bien-être, et la contribution que chacun souhaite apporter et transmettre aux autres (Zech, 2021). Cette approche serait donc particulièrement adaptée à la WTT car les thérapeutes entretiennent tous un niveau élevé de motivation et d'engagement envers la marche dans la nature. Dès lors, afin de mieux comprendre la pratique clinique en WTT, il serait important d'explorer (sur base d'analyses thématiques d'entretiens; e.g., de Condé et al., 2023) les trajectoires de développement professionnel et personnel du thérapeute sur base d'une perspective du self intégré.

Limites

Il est important de décrire les limites de notre étude. Une première limitation est que notre approche ne s'est centrée que sur une population de thérapeutes. Ainsi, dans notre étude, les descriptions du vécu du client reposent toutes sur des observations et interprétations de thérapeutes. Ces descriptions pourraient donc ne pas être représentatives de ce qui est réellement expérimenté par les clients lors de sessions de WTT. Des études supplémentaires sont donc nécessaires en vue de pouvoir généraliser nos résultats aux vécus du client en WTT. Une deuxième limitation est que notre échantillon était exclusivement constitué de thérapeutes qui pratiquent et valorisent la WTT. En d'autres termes, nous n'avons pas exploré le vécu de praticiens qui ne sont pas enclins à pratiquer la WTT, qui ne la connaissent pas, ou encore le vécu de ceux qui ont décidé d'arrêter de pratiquer la WTT. La prise en compte de ces perspectives pourrait offrir de nouvelles pistes de réflexion sur les obstacles et les limites de cette approche thérapeutique, et mériterait donc une exploration plus poussée dans le cadre de futures recherches.

CONCLUSION

Cette étude offre une exploration du vécu de thérapeutes qui pratiquent la WTT. Les résultats obtenus soulignent l'intérêt potentiel de cette pratique à pouvoir capitaliser sur la combinaison des effets bénéfiques de la marche et de la nature dans le processus thérapeutique. Davantage d'études sont nécessaires en vue de mieux comprendre les bénéfices et limites de cette pratique, et ce notamment au niveau de la mise en place des attitudes thérapeutiques appropriées au cadre d'une thérapie réalisée à la fois dans la nature et en marchant. Il s'agira également de tendre vers une meilleure compréhension des processus de développement personnel et professionnel des thérapeutes qui pratiquent la WTT. L'ensemble de ces perspectives de recherche permettra d'améliorer le fondement théorique de la WTT. Dans l'absolu, nous espérons que cet article aura permis à des thérapeutes de s'ouvrir à une nouvelle approche thérapeutique, et ce notamment en vue de pouvoir aider des personnes qui éprouvent des difficultés avec le cadre thérapeutique traditionnel.

RÉFÉRENCES

Aveline, M. (2005). The Person of the Therapist. *Psychotherapy Research, 15*(3), 155–164. https://doi.org/10.1080/10503300500090902

Bacon, S. (1983). *The conscious use of metaphor in Outward Bound*. Denver, CO: Outward Bound.

Bager-Charleson, S. (2010). Reflective practice in counselling and psycho-therapy. Sage

Ball, C., & Corrie, S. (2024). "Bridging the Gap": A reflexive thematic analysis of the experiences of therapy trainees transitioning from psychodynamic counselling to cognitive behavioural therapy. Counselling and Psychotherapy Research, 24, 631–641. https://doi.org/10.1002/capr.12700

Berger, R., & McLeod, J. (2006). Incorporating Nature into Therapy : A Framework for Practice. *Journal of Systemic Therapies*, *25*(2), 80-94. https://doi.org/10.1521/jsyt.2006.25.2.80

Berger, R. & Tiry, M. (2012). The enchanting forest and the healing sand: Nature therapy for people coping with psychiatric difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, *39*(5), 412–416. https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.009

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589-597. https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806

Braun, V., & Clarke, V. (2023) Toward good practice in thematicanalysis: Avoiding common problems and be(com)ing aknowingresearcher, InternationalJournal of Transgender Health, 24:1, 1-6. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597

Cait, C.-A., Skop, M., Booton, J., Stalker, C. A., Horton, S., & Riemer, M. (2017). Practice-based qualitative research: Participant experiences of walk-in counselling and traditional counselling. *Qualitative Social Work*, *16*(5), 612-630. https://doi.org/10.1177/1473325016637910

Cheong, J. H., Molani, Z., Sadhukha, S., & Chang, L. J. (2023). Synchronized affect in shared experiences strengthens social connection. *Communications biology*, *6*(1), 1099. https://doi.org/10.1038/s42003-023-05461-2

Clark, D.C (2019). *Adult Clients' Experience of Walk-and-Talk Therapy* (Published Dissertation). Walden University.

Clarke, V., & Braun, V. (2013). Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners. London: Sage.

de Condé, H., Willemsen, J., & Zech, E. (2023). What are the personal and professional development trajectories of experienced therapists? Exploring their experiences. *Psychotherapie-Wissenschaft*, *13*(2), 51–62. https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-51

de Condé, H., Zech, E., & Willemsen, J. (2024). The person behind the therapist : A recall study on significant events that contribute to therapists' personal and professional development. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *27*(2). https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.791

Doucette, P.A. (2004). Walk and talk: An intervention for behaviorally challenged youths. *Adolescence, 39* (154), 373-388.

Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, *23*(1), 91–110. https://doi.org/10.1080/09515071003688165

Høgenhaug, S. S., Kongerslev, M. T., & Kjaersdam Telléus, G. (2024). The role of interpersonal coordination dynamics in alliance rupture and repair processes in psychotherapy-A systematic review. *Frontiers in psychology*, *14*, 1291155. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1291155

Hongdizi, J., Cui, Y. X., Zhou, X., & Zhai, H. K. (2023). Influence of Analytic Processing on Divergent and Convergent Thinking Tasks: The Role of Rational and Experiential Thinking Styles. *Journal of Intelligence*, *11*(2), 23. https://doi.org/10.3390/jintelligence11020023

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139

Hove, M. J., & Risen, J. L. (2009). It's all in the timing: Interpersonal synchrony increases affiliation. *Social Cognition, 27*(6), 949–961. https://doi.org/10.1521/soco.2009.27.6.949

Imaizumi, S., Tagami, U., & Yang, Y. (2020). Fluid movements enhance creative fluency: A replication of Slepian and Ambady (2012). *PloS one*, *15*(7), e0236825. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236825

Kuo, C. Y., & Yeh, Y. Y. (2016). Sensorimotor-Conceptual Integration in Free Walking Enhances Divergent Thinking for Young and Older Adults. *Frontiers in psychology*, *7*, 1580. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01580

Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy In the Flesh: The Embodied Mind And Its Challenge To Western Thought*. New York, NY: Basic Books.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357–361. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357

Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research, 20*(3), 337–352. https://doi.org/10.1080/10503300903476708

Levitt, H. M., McLoed, J., & Stiles, W. B. (2021). The Conceptualization, Design, and Evaluation of Qualitative Methods in Research on Psychotherapy. In M. Barkham, W. Lutz, L. G. Castonguay, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Éds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th edition, 50th anniversary edition, p. 51-86). Wiley.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 438–450.

Matheson, H., & Kenett, Y. N. (2021). A novel coding scheme for assessing responses in divergent thinking: An embodied approach. *Psychology of aesthetics, creativity, and the arts*, *15*(3), 412–425. https://doi.org/10.1037/aca0000297

McKinney, B. L. (2011). *Therapist's Perceptions of Walk and Talk Therapy: A Grounded Study*. Published Theses and Dissertations. University of New Orleans.

McLeod, J., & Cooper, M. (2011). A protocol for systematic case study research in pluralistic counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Review, 26*(4), 47–58.

Meuwese, D., van der Voort, N., Dijkstra, K., Krabbendam, L., & Maas, J. (2021). The Value of Nature During Psychotherapy: A Qualitative Study of Client Experiences. *Frontiers in psychology*, *12*, 765177. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765177

Murali, S., & Händel, B. (2022). Motor restrictions impair divergent thinking during walking and during sitting. *Psychological research*, *86*(7), 2144–2157. https://doi.org/10.1007/s00426-021-01636-w

Regas, S. J., Kostick, K. M., Bakaly, J. W., & Doonan, R. L. (2017). Including the self-of-the-therapist in clinical training. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *6*(1), 18.

Revell, S. (2017). Walk and talk therapy: Potential Client Perceptions. *Scope Health & Wellbeing*, *2*, 24-32. https://www.thescopes.org/assets/Uploads/728c13e765/Revell.pdf

Revell, S. and McLeod, J. (2017). Therapists' experience of walk and talk therapy: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, *19*, 1-23. http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2017.1348377

Revell, S. and McLeod, J. (2016). Experiences of therapists who integrate walk and talk into their professional practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, *16*, 35-43. https://doi.org/10.1002/capr.12042

Rief W. (2021). Moving from tradition-based to competence-based psychotherapy. *Evidence-based mental health*, *24*(3), 115–120. Advance online publication. https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300219

Rominger, C., Schneider, M., Fink, A., Tran, U. S., Perchtold-Stefan, C. M., & Schwerdtfeger, A. R. (2022). Acute and Chronic Physical Activity Increases Creative Ideation Performance:

A Systematic Review and Multilevel Meta-analysis. *Sports medicine - open*, *8*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s40798-022-00444-9

Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, *30*(1), 5–44. https://doi.org/10.1023/A:1025173508081

Salter, M., & Rhodes, P. (2018). On becoming a therapist: A narrative inquiry of personal–professional development and the training of clinical psychologists. *Australian psychologist*, *53*(6), 486-492.

Santostefano, S. (2008). The sense of self inside and environments outside: How the two grow together and become one in healthy psychological development. *Psychoanalytic Dialogues*, *18*, 513–535. https://doi.org/10.1080/10481880802198384

Schen C. R. (2020). Flexibility in Treatment: A Trial of Walking Psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, *48*(3), 295–313. https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.3.295

Schwenk H. (2019). Outdoor Therapy: An Interpretative Phenomenological Analysis Examining the Lived-Experience, Embodied, and Therapeutic Process through Interpersonal Process Recall. *Sports*, *7*(8), 182. https://doi.org/10.3390/sports7080182

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(4), 439–458. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x

Stoltenberg, C. D., & Pace, T. M. (2007). The scientist-practitioner model: Now more than ever. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*, 195-203.

Stupacher, J., Mikkelsen, J., & Vuust, P. (2022). Higher empathy is associated with stronger social bonding when moving together with music. *Psychology of music*, *50*(5), 1511–1526. https://doi.org/10.1177/03057356211050681

Tschacher, W., Rees, G. M., & Ramseyer, F. (2014). Nonverbal synchrony and affect in dyadic interactions. *Frontiers in psychology*, *5*, 1323. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01323

van den Berg, A. E., & Beute, F. (2021). Walk it off ! The effectiveness of walk and talk coaching in nature for individuals with burnout- and stress-related complaints. *Journal of Environmental Psychology*, *76*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101641

Willig, C. (2013). Introducing qualitative research in psychology (3rd ed.). Open University Press.

Wiltermuth, S. S., & Heath, C. (2009). Synchrony and cooperation. *Psychological science*, *20*(1), 1–5. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02253.x

Zech, E. (2021). Se former aux PCPE. In E. Zech, G. Demaret, J.M. Priels & C. Demaret-Wauters, Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: Fondements et développements contemporains (pp. 357–390). De Boeck Supérieur.

Zhou, Y., Zhang, Y., Hommel, B., & Zhang, H. (2017). The Impact of Bodily States on Divergent Thinking: Evidence for a Control-Depletion Account. *Frontiers in psychology*, *8*, 1546. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01546

Tableau 1. Questions posées lors de l'entretien

Catégorie	Question
Caractéristiques du thérapeute	1. Quel est votre niveau de formation? Quelles sont les certifications ou licences que vous détenez?
	2. Quelle est votre orientation psychothérapeutique?
	3. Quelle est votre formation spécifique à la thérapie par la marche et la parole?
	4. Depuis combien de temps (années/mois) êtes-vous impliqué dans la thérapie par la marche et la parole?
	5. Combien de clients que vous voyez sont des clients de la thérapie par la marche et la parole?
Définition de la WTT	6. Comment définissez-vous la thérapie par la marche et la parole?
	7. Quels sont les éléments centraux de la thérapie par la marche et la parole?
	8. Qu'est-ce qui différencie la thérapie par la marche et la parole d'autres approches?
	9. Quel est le rôle du psychologue dans la thérapie par la marche et la parole?
	10. Quel est le rôle du client dans la thérapie par la marche et la parole?
	11. Quelles stratégies ou interventions sont utilisées dans la thérapie par la marche et la parole?
Évolution de leur pratique de la WTT	12. Comment avez-vous appris l'existence de la thérapie par la marche et la parole?
	13. Décrivez pourquoi vous pensez que la thérapie par la marche et la parole est apparue?
	14. Comment la thérapie par la marche et la parole a-t-elle évolué?
	15. Qui a été important dans le domaine de la thérapie par la marche et la parole?
	16. Qu'est-ce qui vous a motivé à commencer à utiliser la thérapie par la marche et la parole?
	17. Quels changements avez-vous dû faire en tant que thérapeute pour pratiquer la thérapie par la marche et la parole?
	18. Faites-vous toutes vos séances en thérapie par la marche et la parole ou y avez-vous recours de manière ponctuelle ?
Cadre de la WTT	19. Décrivez une séance typique
	20. Quels sont les éléments constitutifs du cadre ?
	21. Est-ce que vous faites toujours le même tour? Et si oui/ non, pourquoi ?
	22. Toujours la même durée ? Y-a-t-il un rationnel derrière le choix de cette durée ?
	23. Quel est l'impact de la position côte à côte ? du "eye contact " minimum ?
	24. Le rythme (lent, rapide) est-il une dimension à part entière de votre pratique? Et si oui pourquoi ?
	25. Recommandez-vous de marcher entre les séances? A quel rythme?
	26. La thérapie par la marche et la parole est-elle applicable à toutes et tous (genre, âge, condition physique, mentale)? Y-a-t-il des populations mieux adaptées ?
	27. Que pensez-vous de l'ajout des bâtons pour faire la technique de la marche nordique?
Bénéfices de la WTT	28. Qu'est-ce qui est bénéfique dans la thérapie par la marche et la parole ?
	29. Quels sont les résultats de la thérapie par la marche et la parole pour le client ?
	30. Quels sont les résultats de la thérapie par la marche et la parole pour le psychologue?
	30a. en général ?
	30b. Les psychologues par la marche et la parole sont-ils moins susceptibles de faire l'expérience de l'épuisement professionnel, de la fatigue de compassion ou de traumatismes vicariants ?

	30c. Les psychologues de la marche et de la parole expérimentent-ils plus de satisfaction que les thérapeutes traditionnels ?
	31. Quelle approche est la plus efficace, la traditionnelle ou la thérapie par la marche et la parole ?
	32. Quels sont les facteurs qui contribuent à la santé mentale, santé physique, physique et cognitive : la nature, l'activité physique, la thérapie ou une combinaison?
Perceptions associées à la WTT	*33. Quelles sont les perceptions des autres professionnels de la thérapie par la marche et la parole ?*
	34. Quelles perceptions les clients ont-ils de la thérapie par la marche et la parole ?
	35. Y-a-t-il une dimension culturelle dans la pratique de la marche? Et si oui quelle en est son impact?
	36. Y-a-t-il une dimension de classe sociale dans la pratique de la marche? Et si oui quelle en est son impact?
Limitations de la WTT	37. Décrivez les obstacles ou les limites de l'approche de la thérapie par la marche et la parole.
	38. Quels ont été les obstacles au développement de la thérapie par la marche et la parole dans votre pratique ?
	39. Comment gérez-vous ces obstacles ou limites de l'approche de la thérapie par la marche et la parole ?
	40. Pourquoi l'obtention de la clientèle semble-t-elle un défi ?

Note. Les questions en *italiques* sont celles suggérées dans la section « implications pour les recherches futures » de l'article de McKinney (2011).