

La walk-and-talk therapy en institution psychiatrique : une étude qualitative auprès de psychologues cliniciens

Walk-and-talk therapy in psychiatric institutions: a qualitative study with clinical psychologists

Hugo Cabo¹, Damien Brevers¹, Hubert de Condé²

¹Sport and Exercise Psychology Research Group, (SEP), Louvain Experimental Psychopathology Research Group (LEP), Psychological Sciences Research Institute (IPSY), UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

²Louvain Psychotherapy Research Group, Psychological Sciences Research Institute (IPSY), 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

La walk-and-talk therapy (WTT), qui consiste à mener des entretiens psychothérapeutiques en mouvement et en extérieur, connaît un intérêt croissant. Si plusieurs études explorent son utilisation en pratique libérale, peu de données sont disponibles quant à sa mise en œuvre en institution psychiatrique. Cette étude vise à explorer les spécificités et les enjeux perçus par des psychologues cliniciens utilisant la WTT dans ce contexte. Afin de réaliser cet objectif, nous avons adopté une méthodologie empirique qualitative et effectué une analyse thématique d'entretiens réalisées auprès de six psychologues exerçant en institution psychiatrique.

L'analyse thématique a fait émerger quatre thématiques principales : (1) l'influence du cadre institutionnel dans la mise en place de la WTT, (2) la transformation de la relation thérapeutique en dehors des murs, (3) les ajustements dans la posture et la manière d'être du psychologue, et (4) le travail thérapeutique spécifique à la marche. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence le potentiel de la WTT comme outil complémentaire favorisant une alliance thérapeutique plus fluide et moins formelle, tout en soulignant des contraintes organisationnelles et éthiques propres au cadre institutionnel. Ces données ouvrent des pistes pour un développement réfléchi de la WTT en institution psychiatrique.

Mots-clés: walk-and-talk therapy, psychothérapie, institution psychiatrique, activité physique, analyse qualitative

ABSTRACT

Walk-and-talk therapy (WTT), which involves conducting psychotherapeutic sessions while moving outdoors, has been attracting growing interest. While several studies have examined its use in private practice, little is known about its implementation within psychiatric institutions. This study aims to explore the specificities and perceived challenges of WTT as experienced by clinical psychologists working in this context. To achieve this goal, we adopted a qualitative empirical methodology and conducted a thematic analysis of interviews with six clinical psychologists practicing in psychiatric institutions. The thematic analysis identified four main themes: (1) the influence of the institutional setting on the implementation of WTT; (2) the transformation of the therapeutic relationship outside the walls of the institution; (3) adjustments in the psychologist's posture and way of being; and (4) the specific therapeutic work associated with walking. Overall, these findings highlight the potential of WTT as a complementary therapeutic tool that fosters a more fluid and less formal therapeutic alliance, while also underscoring organizational and ethical constraints specific to institutional contexts. These results open avenues for a thoughtful integration of WTT within psychiatric institutions.

Keywords: walk-and-talk therapy, psychotherapy, psychiatric institution, physical activity, qualitative analysis

Introduction

La *walk-and-talk therapy* (WTT) désigne une modalité psychothérapeutique au cours de laquelle la séance se déroule en marchant, le plus souvent dans un environnement extérieur, naturel ou semi-urbain. Cette pratique peut prendre des formes variées, allant de séances ponctuelles intégrées à un suivi classique à des prises en charge majoritairement réalisées en marchant, selon le cadre institutionnel, les objectifs thérapeutiques et les préférences du psychologue et du patient. Ces dernières années, la WTT suscite un intérêt croissant, notamment auprès de psychologues souhaitant intégrer la marche, parfois issue d'un intérêt personnel pour cette activité physique, à leur pratique clinique (Samyn et al., 2024; Busigny et al., 2025).

Si la WTT est parfois présentée comme une modalité homogène, la littérature souligne au contraire la diversité des formes qu'elle peut revêtir en pratique. La WTT peut ainsi être intégrée de manière ponctuelle au sein d'un suivi psychothérapeutique classique, ou constituer le cadre principal de la prise en charge, avec des séances réalisées majoritairement, voire exclusivement, en marchant (Revell & McLeod, 2017; Newman & Gabriel, 2023). Les modalités varient également en termes de durée, de fréquence, de type de parcours (urbain, semi-naturel ou naturel), ainsi que de degré de structuration de la séance, reflétant le caractère flexible et adaptatif de cette pratique (Greenleaf et al., 2023). Cette hétérogénéité des formats, bien que susceptible de favoriser une adaptation fine aux besoins des patient.e.s, complexifie toutefois la contextualisation théorique de la WTT et la compréhension de ses processus spécifiques, en particulier lorsqu'il s'agit de comparer les pratiques ou d'en évaluer les effets cliniques.

Au-delà de la diversité de ses formats, la WTT se distingue également par la manière dont elle s'articule aux cadres théoriques et aux pratiques cliniques des thérapeutes. Plusieurs auteurs la décrivent comme une approche pan-théorique, pouvant être mobilisée au sein

d'orientations cognitivo-comportementales, systémiques, psychodynamiques ou intégratives, sans constituer une technique spécifique en soi (Revell & McLeod, 2017; Berger & McLeod, 2006). Cette transversalité implique néanmoins, pour les psychologues, des ajustements cliniques particuliers, notamment en matière de cadre thérapeutique, de gestion de la confidentialité, de posture relationnelle et d'utilisation du corps et de l'environnement comme supports du travail psychothérapeutique (Cooley et al., 2020; Meuwese et al., 2021). Malgré cette hétérogénéité des formats et l'absence de recommandations consensuelles, la littérature existante permet déjà d'identifier plusieurs apports récurrents de la WTT, au-delà des seuls effets de la marche ou de l'exposition à la nature. Ces travaux majoritairement fondés sur des études de cas ou des analyses qualitatives, suggèrent que la WTT influence la dynamique relationnelle en séance : le fait de marcher côte à côte modulerait la posture clinique, la rendant plus flexible et davantage ajustée à l'état du patient, tout en renforçant un sentiment de partenariat au sein de l'alliance thérapeutique (McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2016, 2017; Meuwese et al., 2021).

Au-delà de ces effets relationnels, le cadre spécifique de la WTT entraîne des changements pratiques notables. D'une part, la tenue des séances dans un environnement perçu comme plus neutre peut contribuer à réduire la stigmatisation ressentie par certain.e.s patient.e.s, d'autant plus que thérapeute et patient partagent une expérience commune du mouvement (Prince-Llewellyn & McCarthy, 2011). Le passage d'une position assise en face-à-face à une marche côte à côte est également décrit comme diminuant la pression interactionnelle, facilitant l'expression émotionnelle et favorisant un sentiment d'égalité (Clark, 2019; Revell & McLeod, 2015; Greenleaf et al., 2024; Meuwese et al., 2021; Samyn et al., 2024). D'autre part, cette modalité comporte des contraintes spécifiques, notamment en matière de confidentialité ou d'exposition à des imprévus environnementaux tels que les

conditions météorologiques ou les enjeux de sécurité (McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2015; Meuwese et al., 2021; Schwenk, 2019; Walker, 2023).

Ces avantages et limites doivent toutefois être envisagés à la lumière du cadre dans lequel la WTT est pratiquée. À ce jour, la majorité des recherches portent sur des pratiques exercées en libéral, tandis que l'intégration de la WTT en institution psychiatrique demeure largement inexplorée. Or, ce contexte présente des spécificités importantes, tant en termes d'opportunités que de contraintes: organisation des services, règles de sécurité, travail en équipe pluridisciplinaire et accompagnement de patient.e.s aux profils cliniques souvent plus complexes.

La pratique psychologique en institution s'inscrit en effet dans une dynamique collaborative impliquant psychiatres, soignant.e.s et autres professionnel.le.s de la santé (Christofides et al., 2012; Wood et al., 2018). Dans ce cadre, les psychologues occupent un rôle double: contribuer au processus thérapeutique en mobilisant leurs compétences propres, notamment pour soutenir l'élaboration subjective des difficultés rencontrées par les patient.e.s, et accompagner les équipes dans leur travail clinique quotidien. Cette pratique est toutefois marquée par certaines contraintes structurelles, telles que la brièveté des séjours, la forte médication ou encore les hospitalisations sous contrainte (McGowan & Hall, 2009; Seed et al., 2016; Small et al., 2018), qui exigent de la part des psychologues une capacité d'adaptation soutenue et une posture relationnelle empathique (Bramley & Matiti, 2014; Donaghay-Spire et al., 2015).

Dans ce contexte, examiner la WTT en institution psychiatrique présente un double intérêt. D'une part, cette modalité pourrait constituer un outil innovant dans des environnements où les approches classiques sont parfois perçues comme rigides ou limitées (Morin & Franck, 2020). D'autre part, elle soulève des enjeux cliniques, logistiques et

éthiques spécifiques, susceptibles d'influencer l'alliance thérapeutique et l'expérience des patient.e.s.

L'objectif principal de cette étude était de mieux comprendre les processus et les ajustements thérapeutiques spécifiques à la WTT lorsqu'elle est pratiquée en institution psychiatrique. Dans la continuité des travaux antérieurs (Charbonneau, 2016; Jordan, 2014; McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2017; Samyn et al., 2024), une étude qualitative a été menée auprès de psychologues exerçant en institutions psychiatriques francophones en Belgique et ayant intégré la WTT à leur pratique clinique. À travers des entretiens, leur manière de définir et de mettre en œuvre cette approche, l'évolution de son usage en contexte institutionnel, ainsi que les bénéfices et limites perçus ont été explorés. Une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006, 2019, 2023) a ensuite permis d'identifier des processus et des ajustements spécifiques à ce cadre, contribuant à enrichir la compréhension des apports et des limites de la WTT en institution psychiatrique.

Méthode

Éthique

Le protocole de l'étude a été validé par le comité d'éthique d'Institut de Recherche en Sciences Psychologiques (IPSY) de l'UCLouvain (#Projet 2023-29).

Participants

Le recrutement s'est appuyé sur les critères d'inclusion suivants : être psychologue titulaire d'un master en sciences psychologiques, être francophone, exercer en Belgique et pratiquer la WTT en institution psychiatrique, avec une disposition à partager son expérience professionnelle. Les participant.e.s potentiels ont été identifiés individuellement à partir de répertoires professionnels accessibles en ligne, de réseaux sociaux (LinkedIn, Facebook), ainsi que par le biais du bouche-à-oreille. Ils ont été contactés directement par courriel, dans

lequel figuraient une présentation du projet, les objectifs de la recherche, les modalités de participation et les conditions du consentement libre et éclairé. Les participant.e.s ont été informé.e.s du caractère anonyme et confidentiel de l'étude, ainsi que de leur droit de se retirer à tout moment ou de demander le retrait de tout élément de leur entretien.

Entre septembre 2024 et mars 2025, 29 psychologues et institutions ont été contactés: 16 n'ont pas répondu, 7 ne répondaient pas aux critères d'inclusion, et 6 ont accepté de participer. Ces six participant.e.s ont signé un formulaire de consentement avant la tenue des entretiens. Les entretiens ont été réalisés soit en visioconférence ($n = 5$), soit en présentiel ($n = 1$), selon la disponibilité des participant.e.s. L'échantillon final comprenait trois femmes et trois hommes, âgés de 27 à 63 ans (*Moyenne*, $M = 44.5$, *Écart-Type*, $ET = 12.86$), tous francophones et de nationalité belge. La pratique de la WTT variait entre 2 et 23 ans. Aucun.e ne proposait cette modalité à l'ensemble de ses patient.e.s: la proportion estimée de client.e.s concernés allait de 16 % à 66.7 %.

Tous les participant.e.s détenaient un master en sciences psychologiques obtenu dans l'enseignement supérieur belge. Quatre avaient achevé une formation de troisième cycle, un.e était encore en cours et un.e autre en fin de parcours. Les orientations thérapeutiques étaient diverses: thérapie cognitivo-comportementale ($n = 1$), systémique ($n = 2$), analytique ($n = 2$) et intégrative ($n = 1$). Aucun.e participant.e n'avait suivi de formation spécifique à la WTT, mais plusieurs avaient approfondi leur pratique à travers des approches corporelles ou expérientielles (e.g., EMDR, pleine conscience, écothérapie). Concernant leur champ d'intervention, deux participant.e.s travaillaient dans le domaine des assuétudes, trois auprès d'adultes présentant des troubles psychiatriques, et un.e auprès d'adolescents souffrant de troubles du comportement et de difficultés psychiques. Au niveau du cadre institutionnel dans lequel les participant.e.s exerçaient, plusieurs contextes de travail étaient représentés. Précisément, une majorité des personnes interrogées pratiquaient au sein d'un hôpital psychiatrique ($N = 4$). Parmi le reste des

participant.e.s, un pratiquait au sein d'un centre de posture et un autre au sein d'un centre d'accompagnement psycho-social. Les modalités de WTT différaient: un.e psychologue proposait des treks de plusieurs jours, un.e des randonnées d'une journée, trois exerçaient dans des parcs ou forêts proches de leur institution, et un.e pratiquait la WTT au sein même de son établissement, dans un espace non vert.

Collecte des données

Les données ont été recueillies par l'expérimentateur (HC) au moyen d'entretiens semi-directifs individuels, guidés par un protocole d'entretien standardisé. Le guide comprenait environ 40 questions ouvertes, élaborées à partir d'une étude de notre équipe (e.g., Samyn, 2024) et adaptées au contexte institutionnel. Les questions ont été regroupées en sous-thèmes pour faciliter la cohérence de la discussion (e.g., motivations, pratique clinique, enjeux institutionnels). Les entretiens étaient de type semi-directif et s'appuyaient sur un guide d'entretien structuré, conçu comme un canevas souple permettant une adaptation au déroulé de chaque rencontre. Bien que celui-ci comprenne un nombre conséquent de questions, celles-ci visaient principalement à soutenir les relances et à garantir l'exploration des thématiques centrales, sans imposer un déroulé systématique. Les participant.e.s étaient encouragé.e.s à développer librement les aspects de leur expérience qu'ils et elles jugeaient pertinents. Certaines questions n'étaient pas abordées lorsque les éléments correspondants avaient déjà été évoqués spontanément plus tôt dans l'entretien.

Chaque entretien débutait par un rappel du cadre éthique (confidentialité, droit de retrait, enregistrement audio) et des objectifs de l'étude. Les entretiens abordaient ensuite les données sociodémographiques et professionnelles, puis exploraient trois axes principaux (voir **Tableau 1** pour les questions associées à chaque axe): (1) *motivations à la pratique de la WTT*: contexte de découverte, raisons personnelles et professionnelles, valeurs associées à la démarche; (2) *pratique clinique*: modalités d'exercice, attitudes thérapeutiques, enjeux

relationnels (anonymat, alliance, communication non verbale), populations concernées, inscription théorique; et (3) *perspectives d'avenir*: évolution de la pratique, besoins de formation, reconnaissance institutionnelle. Les entretiens ont été menés entre février et avril 2025, et ont duré en moyenne 72 minutes ($\bar{ET} = 18$). Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord explicite des participant.e.s, puis retranscrits intégralement par la chercheuse principale. La durée moyenne des entretiens (72 minutes) reflète cette posture semi-directive, permettant une exploration approfondie du vécu subjectif des participant.e.s tout en respectant le rythme et la dynamique propres à chaque rencontre.

---TABLEAU 1---

Analyse des données

Les entretiens retranscrits ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique réflexive proposée par Braun et Clarke (2006, 2019, 2023), particulièrement adaptée à l'exploration de l'expérience vécue des praticien.ne.s. Cette approche vise à identifier et interpréter les thèmes récurrents à partir des données qualitatives tout en reconnaissant la subjectivité inhérente au processus interprétatif. Les verbatims ont été lus plusieurs fois afin de favoriser une immersion complète dans les données. Le codage initial a consisté à surligner les extraits pertinents au regard de la question de recherche et à leur attribuer des étiquettes descriptives. Ce codage inductif a servi de base à l'émergence progressive de thèmes et de sous-thèmes. Le processus d'analyse, récursif et itératif, impliquait des allers-retours constants entre les données brutes et les interprétations en développement.

Une attention particulière a été portée à la formulation des thèmes pour refléter fidèlement le sens donné par les participant.e.s (Clarke & Braun, 2013). Le logiciel NVivo a été utilisé pour faciliter le classement, la comparaison et la structuration des données. Afin de

renforcer la rigueur scientifique et la réflexivité, les thèmes et sous-thèmes ont été discutés avec deux psychologues cliniciennes extérieures au projet, agissant comme collègues critiques (Smith & McGannon, 2018). Cette confrontation des points de vue a permis de questionner les interprétations, d'enrichir la profondeur analytique et d'assurer la cohérence interne du cadre thématique. Enfin, un audit de la structure finale a été mené par les co-auteurs du projet (DB et HdC), dans le but de vérifier la cohérence et la fidélité des résultats vis-à-vis des données initiales. Les thèmes et sous-thèmes définitifs ont ensuite été validés et intégrés à la section Résultats.

Résultats

L'analyse thématique réflexive des entretiens a permis de dégager quatre grands thèmes décrivant les dimensions centrales de l'expérience de la WTT en institution psychiatrique (voir **Tableau 2**). Ces thèmes portent respectivement sur: (1) l'influence du cadre institutionnel dans la mise en place de la WTT, (2) la transformation de la relation thérapeutique en dehors des murs, (3) les ajustements dans la posture et la manière d'être du psychologue, et (4) le travail thérapeutique spécifique à la marche.

---TABLEAU 2---

Thème 1. La place de l'institution: entre contraintes, collectifs et espaces de liberté

L'ensemble des participant.e.s ont souligné que le cadre institutionnel influençait fortement la pratique de la WTT. Quatre dimensions apparaissent particulièrement marquantes: la nature de la patientèle, le rôle de l'équipe, l'informalité relationnelle propre à l'institution et la flexibilité que permet la marche.

S'adapter ou s'ajuster aux spécificités du patient

La première dimension évoquée par les thérapeutes concerne directement la patientèle rencontrée dans les institutions. Les publics sont diversifiés: troubles addictologiques (P1, P2,

P5), troubles psychotiques (P3, P6), ou adolescents en détresse psychique et scolaire (P4).

Cette diversité influencerait la mise en place de la WTT, en s'adaptant aux risques potentiels (fugues, comportements auto-agressifs, tentatives de suicide) mais aussi aux limites physiques (handicaps, faible condition physique, tabagisme important).

« Je pense qu'il faut rester assez prudent avec la question de la maniaco-dépression. (...). Pas juste une bipolarité, mais des gens qui ont vraiment des décompensations maniaques. (...). Et donc on essaye quand même de faire attention à ce que les personnes, il y a vraiment des personnes qui ont plein de profils différents dont de la psychose, mais quelqu'un est en train de faire une phase haute, il faut faire super attention avec ça. » (P2)

Plusieurs praticiens rappellent qu'ils fixent des règles claires pour sécuriser le cadre, par exemple en limitant le tabac ou en définissant un parcours précis (P5).

Naviguer entre formalité et informalité du soutien institutionnel

Au-delà des caractéristiques des patients, les participant.e.s insistent sur l'importance du collectif institutionnel. Le soutien de l'équipe est perçu comme une ressource essentielle, permettant d'évaluer l'indication de la WTT et d'intervenir en cas de difficulté. P2 souligne l'importance des discussions en amont pour sécuriser la démarche, tandis que P6, travaillant dans un service de crise, met en avant la sécurité qu'offre l'appui de ses collègues.

Cette dynamique collective se traduit aussi dans le style relationnel. Plusieurs psychologues estiment d'ailleurs que la WTT favorise une certaine informalité, qui s'inscrit dans une continuité avec la vie en institution. Le thérapeute peut parfois se rapprocher d'une posture d'éducateur.trice pour maintenir la cohésion du groupe (P1), tandis que la proximité quotidienne induit une connaissance réciproque plus large que dans le cadre du cabinet (P3) :

« C'est vrai que les patients de l'institution connaissent plus de choses sur moi que ceux que

j'ai en cabinet par exemple que je rencontre juste dans l'entretien. ». P6 ajoute que cette proximité caractéristique de l'institution se prolonge lors des marches, venant colorer la relation thérapeutique.

Offrir une flexibilité hors murs par la marche

Enfin, les thérapeutes décrivent la WTT comme un espace de souplesse permettant de contourner certaines rigidités institutionnelles. Le fait de sortir des bureaux ou des lieux communs jugés oppressants offre un cadre plus respirant et adapté à certaines situations: *« C'est effectivement un bon compromis entre le bureau qui est trop oppressant, les lieux communs qui ne sont pas assez privés. Le parc permet de trouver ce lieu qui est plus adapté. »* (P3).

Selon P3 également, cette flexibilité s'avèrerait particulièrement précieuse avec des patients ayant des limitations cognitives ou des difficultés relationnelles: la marche, moins confrontante que le face-à-face du bureau, faciliterait la parole et ouvre un espace thérapeutique plus fluide.

« Ça va permettre effectivement que ce soit moins oppressant dans un bureau où il faut que j'arrive à dire quelque chose d'intelligent. Quand on marche à l'extérieur, ça prend beaucoup moins cet aspect-là (...) Je sais que mes patients borderlines par exemple je fais souvent en walk and talk therapy parce que c'est justement moins confrontant »
(P3).

Thème 2. La relation avec le patient “en dehors” du cadre institutionnel

Les entretiens montrent que la WTT modifie sensiblement la relation thérapeutique en institution. Le fait de marcher ensemble, en dehors des murs hospitaliers, entraîne une redéfinition du cadre, de la confidentialité et de la distance relationnelle. Cette modalité apparaît, dans le discours des participant.e.s, à la fois comme un levier d'alliance thérapeutique et comme un espace où la relation devient plus naturelle et spontanée.

Bénéficier du cadre comme facteur de transformation

Tous les psychologues interrogés soulignent que le changement de cadre influence directement la relation. La marche introduit un mouvement, une ouverture vers l'extérieur et parfois une dimension partagée qui dépasse les interactions habituelles en institution : *« Ce qui change au niveau du cadre, c'est surtout le fait qu'on va se mettre en mouvement et qu'on va vivre une expérience émotionnelle ensemble »* (P4).

Pour plusieurs praticien.ne.s, la WTT permet d'installer un climat moins formel et plus détendu (P2, P3). Si la météo peut constituer une contrainte (P6), elle est aussi décrite comme une expérience partagée qui renforce le lien (P5), ou encore comme une perturbation comparable à celles rencontrées en cabinet (P4).

« On essaie de partager un moment véritablement de bien-être. En tout cas si c'est le cas, ... On s'est parfois aussi un petit peu promené, il faisait moche, (...) il pleuvait, ben voilà, c'était autre chose, mais on l'a tous vécu de la même façon ». (P5)

Redéfinir la confidentialité

La question de la confidentialité divise les participant.e.s. Pour P4, la marche en forêt assure une discrétion satisfaisante, contrairement à un environnement urbain : *« Moi, je ne suis pas quelqu'un qui veut me balader en ville. D'abord parce qu'il y a trop de gens. Donc, le niveau de confidentialité n'est pas respecté. »* (P4)

À l'inverse, P6 exprime des réserves liées à la possibilité d'être observé ou entendu, ce qui l'amène parfois à éviter certains sujets sensibles lors des marches, pour les aborder ultérieurement en cabinet : *« (...) il peut y avoir quelqu'un que le patient connaît et peut-être que ni lui ni moi n'avons envie que cette personne-là soit au courant (...) Donc on va faire attention. »* (P6)

Vivre une relation plus naturelle et spontanée

Un autre effet récurrent de la WTT est la tendance à rendre la relation plus simple, informelle et proche. Quatre participant.e.s évoquent une spontanéité accrue, tant du côté du thérapeute

que du patient. P3 illustre cette souplesse en expliquant s'autoriser davantage de conversations hors du strict cadre clinique afin de nourrir le lien:

« Avec elles je sais que je vais autoriser beaucoup plus qu'on puisse parler parfois de choses et d'autres pour permettre aussi de travailler dans le lien. » (P3)

De même, P4 évoque une marche en forêt marquée par une bonne humeur partagée, renforçant la proximité avec son patient. Cependant, plusieurs psychologues rappellent que cette proximité ne supprime pas nécessairement la distance thérapeutique. Pour P2, le degré de proximité évolue de manière continue en institution, indépendamment du lieu:

« Cette proximité elle est à l'œuvre aussi dans la façon dont on travaille, évidemment on ne va pas être hyper formel et distant en institution pour finalement se tutoyer et parler de ce qu'on a bouffé la veille après qu'on rentre en rando. » (P2)

Construire une alliance thérapeutique en marchant

Enfin, la WTT apparaît pour certain.e.s comme un vecteur d'alliance thérapeutique. Le fait de partager une expérience physique et émotionnelle commune contribuerait à renforcer le lien patient-thérapeute. P4 décrit ainsi la marche comme : *« une expérience d'aventure »*, tandis que P1 insiste sur la richesse relationnelle qu'elle permet : *« Et donc, c'est ça la richesse de la marche, ce n'est pas seulement marcher, c'est aussi tout ce qui se passe autour de la relation 'soigné' et 'soignant' pendant la marche. » (P1)*

Thème 3. Les outils thérapeutiques et la manière d'être du psychologue

Ce thème regroupe les éléments liés à la posture adoptée par les praticien.ne.s lors des séances de WTT et à l'usage qu'ils font des outils thérapeutiques dans ce cadre particulier.

Adopter une posture respectueuse et adaptable

Plusieurs participant.e.s ($n = 3$) soulignent que la WTT favorise l'adoption d'une posture clinique respectueuse du rythme du patient, en offrant davantage de liberté tant sur le plan

corporel que verbal. La marche permet en effet de réduire le cadre prescriptif de la séance et d'ouvrir un espace dans lequel la parole n'est ni systématiquement attendue ni imposée : « *On donne peu de consignes, peut-être juste d'être dans le moment présent, mais avec ouverture et liberté, parole ou pas parole.* » (P4)

Cette posture apparaît spécifiquement liée au dispositif de la WTT, dans la mesure où l'absence de supports physiques fixes, contrairement à la séance en cabinet, engage le patient dans un rapport plus direct à son corps et à son rythme. Un.e participant.e décrit ainsi comment la marche rend perceptibles des variations corporelles et rythmiques (ralentissement, arrêt, accélération) qui participent à la communication thérapeutique et orientent l'ajustement de la posture clinique:

« Dehors, il n'y a rien qui soutient le patient si ce n'est lui. S'il s'arrête, c'est son corps qui parle. (...). Une augmentation de la vitesse, est-ce une agitation psychomotrice ? Ce sont des éléments que l'on va davantage ressentir physiquement, dans le rythme, alors qu'en bureau cela peut être freiné. Ici, on le vit avec le patient, c'est différent. » (P6)

Développer une empathie et une authenticité accrues

La majorité des psychologues rapportent se sentir plus proches du vécu émotionnel des patients grâce à la marche. Le mouvement faciliterait la connexion empathique et l'authenticité relationnelle, tant du côté du thérapeute que du patient:

« On est plus proches des patients, donc aussi plus proches de nos émotions et de ce qu'on ressent. » (P1)

Certains ajoutent que l'environnement naturel ou familial favorise leur propre disponibilité émotionnelle, ce qui rend la communication plus authentique et spontanée. P3 illustre ce sentiment en évoquant l'usage de l'humour pour détendre la relation:

« Je crois que je m'autorise de plus en plus à affirmer mon style thérapeutique qui utilise pas mal l'humour, parfois ce qui permet un petit peu de décontracter les choses et que les gens se sentent à l'aise aussi. Ça nous rend plus humains. » (P3)

Identifier des limites dans l'expression empathique

Cependant, plusieurs praticiens soulignent que la WTT n'élimine pas toutes les contraintes. Le P6 relève ainsi que certains perturbateurs extérieurs compliquent le maintien d'une posture empathique : *« ça dépend si je suis en train de lire la carte, il y a un truc compliqué (...), mon empathie là, elle ne va pas être dingue, ça c'est clair » (P2)*. Par exemple, les aléas de la marche (orientation, météo) ou la disposition côte-à-côte peuvent réduire la perception fine des signaux émotionnels (P2, P3, P4):

« En cabinet, j'ai plus facile à sentir l'ambiance parce que le visuel m'aide. En marchant côte à côte, il me manque parfois des informations. » (P3)

Ajuster la communication non verbale

La WTT modifie sensiblement la communication non verbale. Le dispositif côte-à-côte peut favoriser un contact plus spontané (P5), mais il oblige aussi les thérapeutes à adapter leur posture. Plusieurs participants expliquent qu'ils se tournent ponctuellement vers le patient pour retrouver un face-à-face et capter plus finement les signaux émotionnels (P3, P4):

« Je remarque que quand j'ai besoin de me connecter aux ressentis, j'ai tendance à ce moment-là à me tourner quand même vers la personne, à avoir les signaux visuels de son visage pour pouvoir sentir quand même ce que la personne peut ressentir. » (P3)

Certains soulignent aussi que la posture corporelle du patient constitue un indice important en WTT, en l'absence des repères habituels du cabinet. L'agitation ou le rythme de marche peuvent ainsi informer sur l'état émotionnel, tandis que l'absence de point d'appui modifie la manière dont le patient exprime son vécu (P6).

« Dehors il n'y a rien qui soutienne le patient si ce n'est lui. Donc si à un moment il s'arrête, c'est son corps... mais ça peut être de la fatigue, mais voilà il y a une communication qui se dit. Il y a sa posture parce que là en fait il y a que lui qui se soutient. ». (P6)

Le fait d'être « soustrait au regard » (P2) transforme également la dynamique relationnelle. Si la disposition côte à côte limite parfois l'accès aux micro-signaux, elle réduit en revanche la pression du contact oculaire, rendant les silences plus supportables pour certains patients (P2, P3). Comme le résume P3: *« Le fait d'être pas face à face mais côte à côte change beaucoup parce qu'il n'y a pas le regard... Ça rend les silences plus faciles à vivre. »* (P3)

Thème 4. Le travail thérapeutique en WTT

Enfin, les participant.e.s décrivent la WTT comme un espace particulier de travail thérapeutique, qui favorise à la fois une plus grande liberté d'expression, une simplification des échanges, et une mobilisation des expériences vécues en marche comme matériau clinique.

Favoriser une liberté accrue

Plusieurs psychologues rapportent que la marche ouvre un espace de liberté, notamment dans la parole, qui se différencie de celui du cabinet.

« C'est vrai que durant les walk-and-talk thérapies (...), les personnes vont parler librement de choses et d'autres, ce qui pour moi a quand même un sens. Ensuite, je peux ramener sur quelque chose d'un peu plus d'un travail de réflexion, un peu plus poussé. » (P3)

P5, par exemple, précise qu'elle structure ses séances en ménageant un temps d'échange avant et après, afin que la marche elle-même reste un espace libre où la parole circule sans contrainte. P6 souligne quant à lui l'importance d'adopter une posture plus en retrait lors des sorties, laissant le.la patient.e s'exprimer à son rythme, sans pression extérieure:

« On invite parfois aussi à réfléchir à comment il se sent avant de démarrer le temps de marche, pour pouvoir après dire : ‘tiens, comment finalement je me suis senti après ? Comment ça s'est passé ?’. Donc il y avait un temps d'échange avant, un temps d'échange après, et pas mal de liberté au milieu finalement pendant ce temps-là, où il y a ou non de la parole. » (P5)

Simplifier le déroulement des séances

Trois praticien.ne.s estiment que la WTT rend les séances « plus simples » et plus fluides. La marche permettrait de réduire la pression ressentie par les patient.e.s en cabinet, où le cadre peut être perçu comme plus formel. *« Je pense que les gens (...) aussi sont à l'aise dans ce milieu très naturel, et donc dans les moments où on leur dit qu'il faudrait quand même faire un entretien (...) c'est évidemment plus formel. » (P2).*

Plusieurs décrivent une libération de la parole, rendue possible par la mise en mouvement: *« (...) il y a vraiment ce truc où on est parti, il y a quelque chose qui lâche dès qu'on est là à marcher. » (P2) ; « Mais c'est vrai que du coup ça permet de pouvoir les laisser parler un peu librement d'abord plus facilement que dans un bureau où il y a effectivement le côté de ‘faut que je dise quelque chose’. » (P3).* Comme le résume P1 : *« On est plus détendu physiquement. On est moins dans l'intellect quand on est dans l'effort. »*

Mobiliser l'expérience de la marche comme outil thérapeutique

Un autre aspect largement souligné est l'utilisation de l'expérience vécue durant la marche comme matériau thérapeutique. Les comportements, les réactions physiques ou encore les interactions avec l'environnement sont autant d'éléments susceptibles d'éclairer la compréhension clinique. P1 raconte par exemple l'histoire d'un patient qui, lors d'un trek, continua à marcher malgré des blessures sévères aux pieds:

« Il marche sur ses pieds en sang pour ne pas qu'on arrête, mais ça, c'est un élément thérapeutique fondamental. (...) Et ça, c'est un matériel thérapeutique énorme qu'on va pouvoir mettre en lien avec sa vie. » (P1)

D'autres thérapeutes utilisent l'environnement comme support métaphorique (P4) ou observent le rythme de marche comme indicateur de l'état émotionnel : accélérations, ralentissements ou arrêts signalant parfois une difficulté à entrer en contact avec le monde intérieur (P3, P6). P3 illustre ainsi : *« Bien souvent c'est quand ils n'ont pas très envie d'être en contact avec leur monde émotionnel et donc ils ont tendance à avancer. »*

Enfin, quelques praticiens notent que cette richesse clinique comporte aussi des limites. P6 rappelle que l'absence d'outils de support (notes, médiations, etc.) rend parfois le travail plus complexe: *« Moi par exemple j'aime bien les supports, bah c'est moins facile quand je marche. » (P6)*

Discussion

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer la manière dont des psychologues cliniciens exerçant en institution psychiatrique intègrent et expérimentent la *walk-and-talk therapy* (WTT) dans leur pratique. À cette fin, nous avons réalisé une analyse thématique d'entretiens semi-directifs menés auprès de praticien.ne.s francophones travaillant dans différents contextes institutionnels. Quatre grands thèmes sont ressortis de ces analyses: (1) l'influence du cadre institutionnel dans la mise en place de la WTT, (2) la transformation de la relation thérapeutique en dehors des murs, (3) les ajustements dans la posture et la manière d'être du psychologue, et (4) le travail thérapeutique spécifique à la marche. Dans l'ensemble, nos résultats mettent en lumière que la WTT, lorsqu'elle est pratiquée en institution, repose sur un équilibre entre contraintes structurelles et liberté thérapeutique. Elle engage une redéfinition du cadre, du rôle du thérapeute et de la relation au patient, tout en ouvrant un espace de soin incarné et

dynamique. À travers cette discussion, nous détaillerons en quoi ces résultats permettent de mieux comprendre les spécificités de la WTT en institution, en dialogue avec la littérature existante, avant de présenter ses implications cliniques et organisationnelles, ainsi que les perspectives de recherche qu'elle suscite.

Le cadre institutionnel: entre contraintes et espaces de liberté

Conformément à l'objectif initial, nos résultats montrent que l'institution joue un rôle central dans la faisabilité et les contours de la WTT. D'un côté, elle offre un ancrage sécurisant et une structure de soutien collectif; de l'autre, elle impose des contraintes éthiques, logistiques, et de sécurité. Les thérapeutes décrivent ainsi une tension entre souplesse et encadrement, entre créativité et conformité. Cette tension rejoint des travaux qui soulignent que le soin institutionnel se déploie toujours dans un équilibre délicat entre le cadre et la marge de manœuvre des praticiens (Seed et al., 2016; Small et al., 2018). Dans ce contexte, les résultats suggèrent que la WTT peut constituer une manière d'assouplir certaines rigidités organisationnelles, en offrant un cadre perçu comme plus respirant et parfois moins stigmatisant que celui du cabinet de consultation.

Ajustements cliniques et posture du thérapeute

En institution psychiatrique, la pratique de la WTT implique un remaniement de la posture clinique du psychologue. Les entretiens montrent que les psychologues doivent constamment composer entre leur rôle professionnel, les attentes de l'équipe institutionnelle et les conditions concrètes du cadre extérieur. La marche semble généralement favoriser une attitude plus respectueuse, empathique et authentique, tout en allégeant la pression du face-à-face, souvent vécue comme plus formelle dans les espaces de consultation. Ces observations s'accordent avec la littérature décrivant la marche côte à côte comme un facteur facilitant la fluidité relationnelle et la réduction de la hiérarchie perçue (McKinney, 2011; Revell & McLeod, 2015, 2017; Meuwese et al., 2021; Clark, 2019; Samyn et al., 2024).

Toutefois, dans le contexte institutionnel, cette posture doit être continuellement ajustée. Les thérapeutes décrivent la nécessité de s'adapter aux perturbations extérieures (météo, bruit, passages d'autres usagers ou collègues), de maintenir des repères temporels et spatiaux clairs, et de redéfinir les règles du cadre pour préserver la cohérence de la séance. Ces contraintes peuvent rendre le travail plus exigeant que dans un cadre libéral, en raison de la multiplicité des variables institutionnelles et des enjeux collectifs.

Par ailleurs, la WTT en institution semble aussi soutenir la congruence et l'authenticité du/de la thérapeute, en favorisant une présence incarnée et une écoute moins formelle. Cependant, certains aspects du non-verbal deviennent plus difficiles à saisir en côte à côte, ce qui peut fragiliser la lecture empathique du vécu du patient. Dans ces cas, les arrêts ponctuels ou les moments de recentrage sont essentiels pour restaurer la synchronie relationnelle.

Enfin, plusieurs praticiens soulignent que le cadre institutionnel influence la manière d'habiter la posture thérapeutique. En dehors des murs, le thérapeute n'est plus protégé par les signes visibles de son rôle professionnel: il devient un corps en mouvement parmi d'autres. Cette exposition requiert une forme de réflexivité continue, où la *personne-du-thérapeute* (de Condé et al., 2024) se trouve mise au travail dans un espace moins contrôlé et plus dynamique, où les frontières entre les aspects privés et professionnels se trouvent potentiellement davantage en interaction. Le thérapeute doit ainsi naviguer entre proximité et retenue, liberté et prudence, autonomie et responsabilité institutionnelle.

Relation thérapeutique, alliance et confidentialité

Sortir du cadre institutionnel habituel reconfigure la distance thérapeutique et peut renforcer l'alliance, en instaurant une relation plus naturelle et spontanée. La confidentialité, en revanche, reste ambivalente : elle est renforcée lorsque la marche permet d'échapper à une certaine promiscuité institutionnelle, mais elle peut être compromise dans des lieux publics. Ces résultats prolongent les constats de Revell et McLeod (2015, 2017) ou de Meuwese et al. (2021),

selon lesquels la confidentialité en WTT dépend étroitement du choix du lieu et du contrat explicite établi avec le patient. Paradoxalement, dans le contexte institutionnel, la WTT peut restaurer un espace d'intimité psychique, à condition que les aspects pratiques (lieux, temps, confidentialité) soient anticipés et partagés au sein de l'équipe.

Implications cliniques et organisationnelles

Les résultats suggèrent que l'intégration de la WTT en institution requiert une attention particulière à certains aspects spécifiques du contexte institutionnel. Plutôt que de généraliser des recommandations valables pour toute forme de thérapie en extérieur, il importe ici de souligner les ajustements concrets et distinctifs qui émergent de la pratique institutionnelle.

Premièrement, la sélection des patient.e.s et la coordination institutionnelle représentent un enjeu central. La diversité des publics accueillis en institution (personnes en crise, présentant des troubles psychotiques, des conduites addictives ou des limitations physiques) exige un discernement clinique rigoureux. La décision de pratiquer la WTT devrait se prendre collectivement, lors de réunions d'équipe, en considérant la stabilité du/de la patient.e et la capacité à maintenir une alliance de travail en dehors du cadre habituel. Cette co-évaluation renforce la sécurité et la cohérence du dispositif.

Deuxièmement, la gestion de la confidentialité dans des environnements semi-publics appelle une réflexion spécifique au contexte institutionnel. Contrairement à un cadre libéral où le thérapeute choisit librement son lieu de pratique, les institutions disposent souvent d'espaces restreints ou partagés (parcs attenants, quartiers environnants, zones de passage). Les thérapeutes doivent alors composer avec la présence d'autres patient.e.s ou collègues et des risques d'exposition involontaire. Dans ce contexte, la question de la confidentialité et celle des ajustements techniques sont étroitement liées. Définir à l'avance les sujets qui peuvent être abordés à l'extérieur, choisir des parcours adaptés au degré d'intimité recherché et utiliser la structure spatiale comme levier thérapeutique sont autant de stratégies pour maintenir la

cohérence du cadre. Ainsi, les contraintes environnementales (e.g., une marche en boucle autour du bâtiment ou la traversée d'espaces partagés) peuvent devenir des supports métaphoriques du vécu institutionnel (répétition, limites, transitions), à condition d'être pensées et symbolisées avec le/la patient.e.

Troisièmement, en introduisant une pratique plus autonome et moins contrôlée spatialement, la WTT peut susciter des questionnements institutionnels sur la légitimité, la responsabilité et la sécurité. Le partage régulier d'expériences en réunion clinique ou en supervision d'équipe permettrait de soutenir les praticien.ne.s dans la gestion de ces dilemmes. Il favorise également une appropriation collective de la méthode, évitant qu'elle soit perçue comme une initiative individuelle ou marginale. Cette dynamique pluridisciplinaire contribue à inscrire la WTT dans la culture de soin institutionnelle plutôt que de la placer en marge.

Enfin, la formation spécifique à la WTT en contexte institutionnel apparaît indispensable. Les praticien.ne.s doivent être formé.e.s non seulement à la conduite de séances en extérieur, mais aussi à la gestion du cadre collectif, à la coordination avec les collègues soignants, et à la lecture du corps et du mouvement dans un environnement souvent contraint. Les programmes de supervision devraient intégrer des dimensions éthiques et institutionnelles, afin d'aider les thérapeutes à articuler la liberté de la marche avec les exigences de sécurité et de responsabilité propres au travail en équipe.

Au total, ces recommandations soulignent que la spécificité de la WTT en institution ne réside pas seulement dans le fait de marcher à l'extérieur, mais dans la manière dont cette pratique s'articule à un cadre collectif, éthique et organisationnel. La WTT pourrait ainsi trouver sa pleine valeur clinique dans cette articulation, entre ouverture et encadrement, entre autonomie du praticien et cohérence institutionnelle.

Limites et perspectives de recherche

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. La taille restreinte de l'échantillon (n = 6) limite la saturation thématique (Guest et al., 2020), et la faible diversité des institutions réduit la transférabilité et la généralisabilité de nos résultats. De futures recherches pourraient inclure des perspectives croisées, notamment celles des patient.e.s, et combiner approches qualitatives et quantitatives pour évaluer les effets de la WTT sur des indicateurs tels que l'alliance thérapeutique, la régulation émotionnelle ou l'engagement au traitement.

Par ailleurs, l'élargissement à d'autres contextes (pédopsychiatrie, psychiatrie judiciaire, hôpitaux généraux) permettrait de mieux cerner les conditions d'efficacité et d'adaptation de la WTT. Enfin, la formalisation de lignes directrices pour encadrer la pratique institutionnelle (intégrant les dimensions d'évaluation clinique, de sécurité, de confidentialité et de documentation) contribuerait à consolider la légitimité scientifique et clinique de cette approche.

Enfin, ces recherches futures pourraient contribuer à la création de lignes directrices (guidelines) pour encadrer la pratique institutionnelle de la WTT, incluant les dimensions d'évaluation clinique, de sécurité, de confidentialité et de documentation. Une telle formalisation renforcerait la légitimité scientifique et clinique de la WTT et soutiendrait son intégration durable dans les dispositifs de soins. Par ailleurs, si l'objectif initial de l'étude visait à explorer en profondeur les spécificités et les enjeux perçus de la WTT en institution, nos résultats ont surtout mis en évidence, à ce stade, un ensemble d'avantages et de limites associés à sa mise en œuvre dans ce contexte. Des thématiques particulièrement riches, telles que les transformations de la relation thérapeutique, les ajustements de posture du psychologue et les spécificités du travail thérapeutique en situation de marche, gagneraient ainsi à faire l'objet d'investigations complémentaires.

Conclusion

La WTT, telle qu'expérimentée en contexte institutionnel, semble ouvrir un espace de soin plus souple et incarné, propice à une relation thérapeutique plus fluide et à une expression émotionnelle plus naturelle. Cette modalité invite les psychologues à redéfinir leur posture et à ajuster le cadre du soin en fonction des réalités organisationnelles et relationnelles propres à chaque institution. Plus qu'une alternative au dispositif classique, la WTT apparaît comme un outil complémentaire, permettant de relier le travail psychique à l'expérience corporelle et à l'environnement, tout en maintenant une exigence clinique et éthique élevée.

Bibliographie

- 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>
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes ? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2790-2799.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12537>
- Busini, S., de Busini, L., Lécuyer, L., & Turconi, E. (2025). L'écothérapie: fondements conceptuels et cliniques. Dans C. Altenloh, A. X., & B. Y. (Eds.), L'écothérapie: fondements et pratiques (pp. 21–57). De Boeck Supérieur.
- Charbonneau, T. (2016). *Get out ! A Narrative Inquiry with Four Therapist who Practice Walk and Talk Therapy*. [Thèse de Doctorat, University of Calgary]. Scholaris.ca.
<https://doi.org/10.11575/prism/26301>
- Christofides, S., Johnstone, L., & Musa, M. (2011). 'Chipping in' : Clinical psychologists' descriptions of their use of formulation in multidisciplinary team working. *Psychology And Psychotherapy Theory Research And Practice*, 85(4), 424-435.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02041.x>
- Clark, D. C. (2019). *Adult Clients' Experience of Walk-and-Talk Therapy*. [Thèse de doctorat, Walden Univerity]. Scholarworks.waldenu.edu
<https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=8058&context=dissertations>
- Clarke, V., & Braun, V. (2016). Thematic analysis. *The Journal Of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>

- Cooley, S. J., Jones, C. R., Kurtz, A., & Robertson, N. (2020). 'Into the Wild' : A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *Clinical Psychology Review*, 77, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101841>
- 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>
- Donaghay-Spire, E. G., McGowan, J., Griffiths, K., & Barazzone, N. (2015). Exploring narratives of psychological input in the acute inpatient setting. *Psychology And Psychotherapy Theory Research And Practice*, 89(4), 464-482. <https://doi.org/10.1111/papt.12081>
- Doucette, P. A. (2004). Walk and Talk : an intervention for behaviorally challenged youths. *PubMed*, 39(154), 373-388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15563045>
- Greenleaf, A. T., Williams, J. M., Leibsohn, J., Park, J., & Walther, B. (2023). "Put on Your Walking Shoes" : A Phenomenological Study of Clients' Experience of Walk and Talk Therapy. *Journal Of Creativity In Mental Health*, 19(3), 352-367. <https://doi.org/10.1080/15401383.2023.2247318>
- Guest G, Namey E, Chen M (2020) A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS ONE* 15(5): e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Ma, J., Lin, P., & Williams, J. (2023). Effectiveness of nature-based walking interventions in improving mental health in adults : a systematic review. *Current Psychology*, 43(11), 9521-9539. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05112-z>

- McKinney, B. L. (2011). *Therapist's Perceptions of Walk and Talk Therapy : A Grounded Study*. [Thèse de doctorat, University of New Orleans]. Scholarworks.uno.edu.
<https://scholarworks.uno.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2381&context=td>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765177>
- Newman, E., & Gabriel, L. (2023). Investigating clients' experiences of walk and talk counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(1), 125-133.
<https://doi.org/10.1002/capr.12567>
- Prince-Llewellyn, H., & McCarthy, P. (2024). Walking and talking for well-being : Exploring the effectiveness of walk and talk therapy. *Counselling And Psychotherapy Research*.
<https://doi.org/10.1002/capr.12847>
- Revell, S. (2017). Walk and talk therapy: Potential client perceptions. *Place – Scope: (Health & Wellbeing)*, 2, 24–34.
- Revell, S., & McLeod, J. (2015). Experiences of therapists who integrate walk and talk into their professional practice. *Counselling And Psychotherapy Research*, 16(1), 35-43.
<https://doi.org/10.1002/capr.12042>
- Revell, S., & McLeod, J. (2017). Therapists' experience of walk and talk therapy : A descriptive phenomenological study. *European Journal Of Psychotherapy & Counselling*, 19(3), 267-289. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1348377>
- Samyn, V., de Condé, H., Brevers, D. (2024). Walk and Talk Therapy : exploration qualitative du vécu du thérapeute. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*.
<http://dx.doi.org/10.17605/OSF.IO/SD8KA>

- 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>
- Seed, T., Fox, J. R., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal Of Nursing Studies*, 61, 82-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>
- Small, C., Pistrang, N., Huddy, V., & Williams, C. (2018). Individual psychological therapy in an acute inpatient setting : Service user and psychologist perspectives. *Psychology And Psychotherapy Theory Research And Practice*, 91(4), 417-433. <https://doi.org/10.1111/papt.12169>
- 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, 101641. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101641>
- Walker, C., (2023). *Walk and Talk Therapy with Adolescents: Therapists' perspectives*. [Thèse de Doctorat, The Chicago School of Professional Psychology]. Proquest.com. <https://www.proquest.com/openview/66b0650935364c9a62724355fc939b56/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & ohnson, S. (2018). The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting : Perspective from the multidisciplinary team. *Psychology And Psychotherapy Theory Research And Practice*, 92(4), 554-564. <https://doi.org/10.1111/papt.12199>

Tableau 1. Questions posées durant l’entretien.

Axes investigués	Questions
<i>Question d’ouverture</i>	1. Pouvez-vous m’expliquer quel était l’intérêt que vous aviez pour la marche avant de proposer de la <i>Walk and Talk Therapy</i> ?
<i>Motivation du/de la psychologue à pratiquer la Walk and Talk Therapy</i>	1. Comment avez-vous découvert la <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 2. Qu’est-ce qui vous a amené à proposer de la <i>Walk and Talk Therapy</i> dans votre pratique institutionnelle ? 3. Si vous deviez choisir un seul événement significatif qui vous a amené à proposer de la <i>Walk and Talk Therapy</i> , lequel serait-il ? 3.1. En quoi cet événement était-il significatif pour vous ? 3.2. Comment vous êtes-vous senti lors de la survenue de cet événement ? 3.3. Quel apprentissage avez-vous fait de cet événement ? 4. Pouvez-vous expliquer en quelques phrases en quoi cet événement a influencé la personne que vous êtes en tant que thérapeute et votre pratique actuelle ? 4.1. Dans quelle mesure cet événement a impacté votre vie personnelle et votre développement personnel ?

	4.2. Dans quelle mesure cet événement a impacté votre vie professionnelle et votre développement professionnel ?
<i>Attitudes thérapeutiques et effet de la Walk and Talk therapy sur la pratique</i>	5. Quels aspects du cadre sont différents en <i>Walk and Talk Therapy</i> que le travail quotidien en institution ? 6. Comment la considération positive et inconditionnelle, c'est-à-dire votre capacité à faire preuve de chaleur, de respect, d'acceptation et d'une attitude non jugeante et ce de manière inconditionnelle diffère en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 7. Comment votre empathie, c'est-à-dire votre capacité à vous mettre à la place de l'autre, à percevoir et à identifier ce que le client ressent et à montrer cette empathie diffère en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 8. Comment votre congruence, c'est-à-dire votre capacité à reconnaître et à vous représenter votre propre vécu expérientiel au niveau émotionnel, cognitif, comportemental et affectif diffère en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 9. Comment votre transparence, c'est-à-dire votre capacité à être vous-même et à être dans l'immédiateté diffère en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 9.1. Comment la distance professionnelle s'exprime en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 9.2. Comment travailler avec la communication non-verbale en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 9.3. Comment l'anonymat est-il maintenu en <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 10. À quel type de patients proposez-vous la <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 10.1. Y a-t-il des contre-indications à la pratique de la <i>Walk and Talk Therapy</i> pour certains patients ? 10.2. Selon vous, quelle école thérapeutique est en adéquation à la <i>Walk and Talk Therapy</i> ?
<i>Pratique actuelle de la Walk and Talk Therapy et projets futurs</i>	11. Qu'est-ce que la <i>Walk and Talk Therapy</i> vous a apporté et vous apporte ? 12. Dans le futur, qu'est-ce que la <i>Walk and Talk Therapy</i> continuerait à vous apporter dans votre pratique ? 13. Quelles indications et recommandations donneriez-vous à un thérapeute qui voudrait se lancer dans la pratique de la <i>Walk and Talk Therapy</i> ? 13.1. Qu'est-ce que vous changeriez dans votre pratique de la <i>Walk and Talk Therapy</i> au regard du passé ? 13.2. Quels sont vos projets futurs, ce que vous envisagez de faire par rapport à la <i>Walk and Talk Therapy</i> ?

Tableau 2. Thèmes et sous-thèmes.

Thèmes	Sous-thèmes
Thème 1. <i>La place de l'institution : entre contraintes, collectifs et espaces de liberté.</i>	1.1 S'adapter ou s'ajuster aux spécificités du patient 1.2 Naviguer entre (in)formalité du soutien institutionnel 1.3 Offrir une flexibilité hors murs par la marche
Thème 2. <i>La relation avec le patient « en dehors » du cadre institutionnel.</i>	2.1. Bénéficier du cadre comme facteur de transformation 2.2. Redéfinir la confidentialité 2.3. Vivre une relation plus naturelle et spontanée 2.4. Construire une alliance thérapeutique en marchant
Thème 3. <i>Les outils thérapeutiques et la manière d'être du psychologue.</i>	3.1. Adopter une posture respectueuse et adaptable 3.2. Développer une empathie et une authenticité accrues 3.3. Identifier des limites dans l'expression empathique 3.4. Ajuster la communication non verbale
Thème 4. <i>Le travail thérapeutique en WTT.</i>	4.1. Favoriser une liberté accrue 4.2. Simplifier le déroulement des séances 4.3. Mobiliser l'expérience de la marche comme outil thérapeutique