



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

FAIRE FACE AU PHÉNOMÈNE DE LA RÉSISTANCE :
QU'EN EST-IL DE L'EXPÉRIENCE DES ART-THÉRAPEUTES?

Essai
présenté
comme exigence partielle
de la maîtrise en art-thérapie

Par
Catherine Denis

Août 2024

REMERCIEMENTS

Alors que ce travail de longue haleine touche à sa fin, en préambule, j'ai tenu à témoigner de ma gratitude envers tous ceux et celles qui ont heureusement été à mes côtés pour me guider et me supporter.

En tout premier lieu, je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance envers Sophie Boudrias, ma directrice de rédaction, qui m'a offert tant l'encadrement que la liberté dont j'avais besoin pour me sécuriser et me motiver dans l'élaboration de mon essai. Merci Sophie de m'avoir soutenue dans les méandres de mon incursion dans le domaine de la recherche qui m'a amenée bien loin de ma zone de confort. Merci pour ta disponibilité et tes connaissances partagées généreusement qui m'ont éclairée et ainsi permis de retrouver espoir dans mes épisodes de découragement. Merci pour ces nombreuses rétroactions et toutes ces réflexions vers lesquelles tu m'as pistée : elles m'ont conduite à repousser mes limites et ont été une constante source d'apprentissage. Merci de m'avoir mise au défi de la sorte et ainsi permis de constater que, malgré mes nombreux doutes, j'aurai finalement réussi à mener ce processus à terme.

Merci aux fondateurs et animateurs de l'espace *Thésez-vous* : ce lieu est devenu mon refuge et a rendu possible la conciliation de mon horaire de travail avec de productives séances de rédaction les soirs et fins de semaine. Merci aux participants qui ont fait de ces moments d'enrichissantes occasions d'échanges, empreintes de solidarité. Vous m'avez ainsi permis de sortir de l'isolement découlant de cette démarche de rédaction bien solitaire. Un merci tout particulier à Barbara sans qui je n'aurais pas connu cet endroit.

Merci à mes précieux amis et collègues qui, à maintes reprises, m'ont offert écoute et compassion alors que je naviguais entre la fatigue, l'exaspération et l'incertitude. Merci de vous être substitués à ma confiance lorsque je ne parvenais plus à la trouver. Votre présence dans mon quotidien a été salvatrice.

Merci à mes patients qui, me permettant de les accompagner dans une partie de leur chemin de vie, m'ont fréquemment remise en contact avec le sens et le désir qui m'animent à l'idée d'éventuellement pratiquer l'art-thérapie. Votre ouverture, votre résilience et la richesse de vos histoires ont nourri ma motivation et m'ont insufflé la force et l'humilité nécessaires à la poursuite de ce projet.

Enfin, merci à ma famille pour qui mon cheminement académique en art-thérapie est souvent bien abstrait et qui, malgré tout, s'est toujours montrée encourageante et compréhensive face à mes disponibilités réduites, ce particulièrement dans les derniers mois. Merci à Nessie, par ta candeur, de m'avoir permis de relativiser et m'investir dans cet essai avec plus de légèreté. Merci à ma mère qui souligne mes efforts et soutient encore ma persévérance scolaire, ce à l'aube de mes 35 ans tout comme au premier jour.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
INTRODUCTION	5
1. LA RÉSISTANCE	6
1.1 La nature de la résistance.....	6
1.2 Les origines et objets de la résistance.....	7
1.3 Les manifestations de la résistance.....	8
1.3.1 Les manifestations de la résistance en art-thérapie	10
1.4 Les retombées de la résistance	11
1.4.1 Préjugés pour l'individu	11
1.4.2 Impacts sur le processus thérapeutique	11
1.4.3 La résistance au service de l'individu	12
1.5 Conduites thérapeutiques à privilégier	13
2. L'ART-THÉRAPEUTE	15
2.1 La relation triadique en art-thérapie.....	15
3. L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE	17
3.1 Facteurs influençant l'expérience subjective des thérapeutes	18
4. OBJECTIFS DE RECHERCHE	20
5. MÉTHODOLOGIE	20
5.1 Description et justification de l'approche choisie.....	20
5.2 Population à l'étude.....	20
5.3 Procédure d'échantillonnage et de recrutement	20
5.4 Procédure de collecte de données et déroulement de l'étude.....	22
5.5 Analyse des données	25
6. DISCUSSION	26
6.1 Considérations éthiques	26
6.1.1 Avantages et inconvénients pour les participants	26
6.1.2 Consentement	27
6.1.3 Confidentialité et accès aux données.....	27
6.1.4 Diffusion des résultats aux participants	27
6.2 ANALYSE CRITIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE	28
6.2.1 Limites.....	28
6.2.2 Alternatives et compléments méthodologiques.....	30

6.3 Intérêts de recherche supplémentaires.....	31
CONCLUSION	32
ANNEXE A – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PARTICIPANTE	33
ANNEXE B – GUIDE D’ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE.....	34
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	36

INTRODUCTION

Entreprendre une démarche thérapeutique découle d'un désir de changement, quel qu'il soit. En dépit de cette volonté et de l'aide apportée par le thérapeute, le patient peut rencontrer des difficultés à s'engager pleinement dans un processus de transformation. Ces obstacles, pouvant revêtir diverses formes et s'exprimer à différentes intensités, depuis une simple réticence jusqu'à des blocages émotionnels profonds, constituent somme toute un phénomène complexe et quasi omniprésent au sein de la thérapie : la résistance des patients.

La résistance du patient et son incidence sur le déroulement et l'efficacité de la thérapie font l'objet de nombreuses études. La perspective des thérapeutes, qui doivent eux aussi composer avec son occurrence, fait également couler beaucoup d'encre. Il y a en effet un intérêt croissant pour l'expérience des soignants, reflet d'un mouvement visant à mieux comprendre et soutenir ceux qui facilitent le changement et la guérison. Tantôt la relation avec le patient suscitera de l'impuissance, de la frustration ou il sera qualifié de difficile, au mieux d'ambivalent, tantôt il y aura place à la compassion pour ses efforts à l'apparence vaine. La résistance des patients étant une réalité courante laissant rarement les thérapeutes dans l'indifférence, qu'en est-il de l'expérience spécifique des art-thérapeutes? Offrant un espace thérapeutique unique grâce à la création, l'art-thérapeute accompagne le patient avec une singularité qui mérite d'être explorée.

Cet essai propose l'élaboration d'un protocole de recherche visant à mieux comprendre l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance des patients en mettant l'accent sur les particularités attribuables à la nature spécifique de leur pratique. Dans un premier temps, les concepts clés inhérents à la question de recherche seront présentés. Passant des écrits fondateurs jusqu'aux recherches plus contemporaines, un portrait général des notions essentielles entourant le phénomène de la résistance sera fait, après quoi l'art-thérapie et l'expérience subjective seront définis. Ces sections serviront d'assises à l'élaboration du protocole, dont les objectifs seront exposés, suivi par une explication détaillée de la méthodologie choisie pour la collecte et l'analyse des données. Enfin, bien que la mise en œuvre du protocole ne soit pas effectuée dans le cadre de cet essai, les différentes considérations éthiques et limites potentielles de son déploiement seront discutées, tout comme des alternatives et compléments à la proposition actuelle.

1. LA RÉSISTANCE

L'intérêt pour le phénomène des résistances chez le patient a tout d'abord été soulevé par Freud (1910/2010). Il s'est interrogé sur les résultats variables des interventions psychanalytiques et a élaboré différentes théories pour expliquer ces observations. L'héritage psychanalytique a été repris par plusieurs auteurs, permettant une compréhension plus étoffée du phénomène. De manière générale, la résistance peut être perçue comme n'importe quel obstacle psychique qui interfère ou entrave le changement ou le processus thérapeutique, ce qui mène généralement vers une période de stagnation au sein du suivi (Robbins et Cooper, 1993). Il n'existe néanmoins pas à ce jour un consensus quant au concept de résistance. En effet, la compréhension de ce phénomène et les recommandations quant à la façon dont le thérapeute devrait y répondre ont évolué au fil du temps et diffèrent selon les approches. Ci-dessous se trouve ainsi un survol des diverses composantes de la résistance, fondé sur les grandes approches théoriques en psychothérapie.

1.1 *La nature de la résistance*

En psychanalyse, la résistance est un phénomène intrapsychique. C'est l'ensemble des forces et des manifestations qui font obstacle à la guérison (Freud et Breuer, 1895/2002) et donc qui, au sein du patient, se mobilisent en opposition au processus thérapeutique (Greenson, 1977). La résistance réfère ainsi à la façon dont prennent forme, dans le cadre de la thérapie, les mécanismes de défense utilisés par le patient (Marc, 2002). Ces derniers sont issus du passé et se rejouent dans le présent (Freud, 1939). La résistance est initialement perçue comme indésirable (Freud, 1910/2010). Elle sera conceptualisée par après comme une ambivalence inhérente à de nombreuses démarches psychothérapeutiques (Arènes et Marteau-Chasserieau, 2021). Plutôt que de considérer la résistance comme un vécu appartenant uniquement à l'individu, les humanistes la perçoivent comme un phénomène survenant en réponse à la thérapie ou au thérapeute. Elle est considérée comme étant ni inévitable, ni désirable (Rogers, 1971/2019).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de 3^e vague invite quant à elle à considérer la résistance comme une forme de lutte qui survient lorsque l'individu entretient la croyance que l'expérience qu'il est en train de vivre dans le moment présent n'est pas celle qui devrait être, qu'elle devrait être différente (Germer et Neff, 2020). La conception de Germer et Neff s'apparente dans une certaine mesure au point de vue gestaltiste, où la résistance est intimement reliée à la notion de contact. Le terme *résistance* en Gestalt est associé aux mécanismes de résistance qui peuvent survenir tant en réponse au travail thérapeutique, qu'au contact avec l'environnement (Perls, 1978) ou avec une partie de soi (Polster et Polster, 1983), indépendamment d'une thérapie. La résistance est vue comme un phénomène normal,

inéluçtable et légitime (Kepner, 1998; Perls, 1978). Il s'agit d'un mécanisme plus ou moins inconscient (Ginger, 2009) qui est en fait une forme de déviation de l'énergie vitale de l'individu par laquelle le contact est perturbé ou interrompu (Polster et Polster, 1983). Par les mécanismes de défense, les patients expriment ainsi ce qui les empêchent de changer. Tous les patients sont donc considérés comme des résistants, en ce sens où ils n'ont pas été en mesure de changer d'eux-mêmes (Moutet et Golay, 2006).

1.2 Les origines et objets de la résistance

La question « à quoi résiste-t-on? », portant sur l'objet de la résistance, est intimement liée aux racines de la résistance ainsi qu'aux contextes où elle est susceptible de survenir. Les origines et objets de la résistance sont donc abordés conjointement ici. Freud considère essentiellement que le patient résiste à la guérison en elle-même. Tel qu'évoqué précédemment, il a développé la théorie selon laquelle par les mécanismes de défense, l'individu se prémunit contre des dangers anciens qui, dans la réalité, n'existent plus. Il se voit ainsi contraint à rechercher à travers les situations actuelles, y compris la thérapie, une approximation de ces menaces primitives, de sorte que les mécanismes de défense y surgissent sous forme de résistance à la guérison (1939). Dès les premiers écrits psychanalytiques, Freud et Breuer dépeignent la résistance comme une force psychique qui s'oppose à la prise de conscience, sans laquelle il devient impossible d'accéder à la guérison (1895/2002). Ils font référence à la prise de conscience comme étant étroitement liée au mécanisme de refoulement par lequel le patient rejette des représentations intolérables ou trop pénibles pour le Moi. Ces représentations font référence à des traumatismes, des angoisses relationnelles (notamment la peur du rejet, de l'abandon), des pulsions (libidinales et agressives) qui entreraient en conflit avec les exigences de la réalité ou encore des affects insupportables (Marc, 2002). En effet, la résistance était a priori perçue comme une défense en réponse à la culpabilité, la honte et l'anxiété (Fenichel, 1932). Ainsi, plus le thérapeute s'approche du cœur de la problématique, plus l'intensité de la résistance augmente (Freud et Breuer, 1895/2002). La résistance est donc une défense face à l'angoisse du changement qui met en péril l'équilibre et implique d'être en contact avec des contenus psychiques menaçants jusqu'alors évités (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021). Cette conception s'avère similaire à celle portée par la TCC de 3^e vague qui considère que la résistance provient également d'une expérience désagréable ou inconfortable, ceci lorsque l'individu, cherchant à éviter ou à transformer l'expérience du moment présent, se refuse à l'accepter telle qu'elle est (Germer et Neff, 2020).

Tandis que Freud s'intéresse particulièrement aux racines de la résistance qui se situent dans l'histoire développementale de l'individu, les gestaltistes se penchent davantage sur le contexte présent pour comprendre ses origines. Pour eux, la résistance est liée à la façon dont le patient entre en contact avec

son environnement ou avec une partie de lui-même. Elle survient lorsque ce contact s'avère désagréable ou infructueux en fonction du résultat désiré (Polster et Polster, 1983). Puisque l'espace thérapeutique constitue un environnement au sein duquel se retrouve le patient, il est possible que la résistance soit aussi une réponse au travail thérapeutique en soi (Perls, 1978). D'ailleurs, selon la théorie des relations d'objet, la résistance prend naissance au sein même de la relation thérapeute-patient. S'activent alors les craintes d'abandon qui, devenant envahissantes pour le patient, déclenchent ses mécanismes de défense (Robbins et Cooper, 1993). D'autres approches se sont par ailleurs penchées sur la part de responsabilité du thérapeute dans la survenance de la résistance : en psychologie du soi (*self psychology*), la résistance est le résultat d'un manque d'empathie de la part du thérapeute (Kohut, 1977), tandis qu'en psychologie du moi (*ego psychology*), il est admis que la résistance survient lorsque les attentes du thérapeute envers le patient sont en inadéquation avec les habiletés de ce dernier (Hartmann, 1958). Dans une approche humaniste, Carl Rogers (1971/2019) abonde également en ce sens : la résistance est selon lui le signe d'une maladresse du thérapeute qui, voulant aider le patient dans son processus, se retrouve à le précipiter. Le patient se retrouve donc incapable d'affronter certaines attitudes ou demandes du thérapeute. En sus, le thérapeute étant porteur de sa propre histoire et empreint de subjectivité, il est concevable que la résistance n'appartienne pas qu'au patient. Se sentant menacé ou déstabilisé, le thérapeute peut tout aussi bien résister au processus et déployer alors des mécanismes de défenses qui posent obstacle au travail thérapeutique. La stagnation observée au sein d'un processus thérapeutique s'avère donc parfois être le résultat d'une certaine collusion, c'est-à-dire lorsque les défenses du thérapeute entrent en résonance avec celles du patient (Marc, 2002).

1.3 Les manifestations de la résistance

Germer et Neff (2020) considèrent que la résistance se manifeste essentiellement par des mécanismes de lutte ou de déni, cherchant ainsi la suppression des pensées ou des sentiments non désirés. Plus concrètement, ces mécanismes prennent de multiples formes, s'exprimant aux plans cognitif (p. ex. distractions, ruminations), émotionnel (p. ex. colère, irritabilité, déconnexion), physique (p. ex. tensions musculaires) ou comportemental (p. ex. excès dans le travail ou dans l'alimentation).

Les gestaltistes ont quant à eux identifié différents mécanismes de résistance. Les plus souvent mentionnés sont l'introjection, la projection, la rétroflexion, la déviation, et la confluence. L'introjection implique que l'individu intègre passivement, sans réflexion critique ni libre choix, des assertions fournies par l'extérieur. Alors, il y adhère, ayant du mal à départager ses propres préférences et convictions de celles qu'il a assimilées. Dans la projection, l'individu nie certains de ses états d'âme ou désirs et les attribue à l'autre. La

rétroflexion renvoie quant à elle à la déviation d'une énergie destinée initialement à l'environnement, se retrouvant à la réinvestir en lui-même. Par exemple, lorsque la colère est rétrofléchie, cela peut notamment donner lieu à des comportements autodestructeurs. La déviation, ou déflexion, est une manœuvre par laquelle l'individu oriente une énergie vers une cible distincte de celle d'origine. Par exemple, l'employé en colère envers son patron ne la lui manifeste pas, mais devient plutôt agressif envers des conducteurs qui croisent sa route après les heures de bureau. Enfin, la confluence correspond à une absence de frontière entre l'individu et son environnement. Déployant ainsi peu d'énergie pour se différencier, il fusionne et se confond avec l'autre (Ginger, 2009; Polster et Polster, 1983).

La résistance peut également aboutir à la conversion, c'est-à-dire que les émotions trop pénibles sont détournées de la conscience vers le corps, pouvant alors atteindre l'ensemble des systèmes, y compris les fonctions perceptuelles et cognitives. Cela peut occasionner des pertes de mémoire, des spasmes, de la douleur, de l'hyperventilation ou des difficultés digestives, pour ne citer que ces exemples (Abbass, 2015). Reich (1933/1971) conseille d'ailleurs de porter attention aux manifestations corporelles de la résistance qui sont souvent les premiers indices rapportés par le patient. Le corps devient alors un messenger, traduisant typiquement la résistance par de l'hypertonie musculaire, touchant plus particulièrement certaines parties du corps (nuque, gorge, thorax, abdomen).

La résistance peut donc s'exprimer par des mécanismes intrapsychiques ou somatiques, mais aussi par des manifestations relationnelles qui, dans le contexte d'une thérapie, se traduisent au sein de la relation au thérapeute, notamment à travers les phénomènes transférentiels (Marc, 2002). En effet, la relation thérapeutique consiste en un bassin fécond à la survenue de certaines formes de résistances (Moutet et Golay, 2006), y compris les mécanismes mentionnés ci-haut. Par ailleurs, il n'est pas rare qu'un patient projette ses désirs ou ses peurs sur le thérapeute (Robbins et Cooper, 1993). Le patient peut également résister à la relation en elle-même, ses mécanismes de défenses s'élevant telle une barrière entre lui et le thérapeute. Le patient peut alors manifester sa résistance par des moyens plus passifs (perte de contact visuel, désintérêt, méfiance, retard, absence) (Abbass, 2015; Safran et Muran, 2003), de manière plus agressive, par exemple par une vive réaction aux sollicitations du thérapeute (Safran et Muran, 2003), ou à l'opposé il peut verser dans une complaisance exagérée, qui peut cacher une forme de désengagement (Abbass, 2015). Dans le vocabulaire thérapeutique, le terme résistance a donc longtemps suggéré, et suggère parfois encore aujourd'hui, l'idée que le patient adopte une mauvaise conduite (Buber 1969). Enfin, la résistance s'exprime aussi par des comportements ou attitudes répétitives et/ou stéréotypées (p. ex.

préparer à outrance les rencontres ou les ritualiser pour éviter les silences et imprévus, éviter certains thèmes, banaliser certains propos) (Greenson, 1977).

1.3.1 Les manifestations de la résistance en art-thérapie

Tel que Greenson (1977) l'indique, des comportements récurrents constituent parfois une manifestation de résistance. Dans le cadre d'un suivi en art-thérapie, des patterns peuvent se révéler à travers les productions artistiques, le patient reproduisant les mêmes images. Cela peut survenir dans une quête de répondre à un besoin jusqu'alors inassouvi (Duchastel, 2015), mais, tel qu'entendu par Moschini (2005), cela peut aussi être interprété comme du matériel refoulé auquel la personne résiste. La projection artistique offre alors un terrain propice à l'expression de ce contenu, destiné à se répéter de manière compulsive, tant et aussi longtemps qu'il ne sera pas amené à la conscience. Les productions artistiques agissent en effet comme un objet transitionnel à travers lequel la résistance peut se matérialiser. Par exemple, lorsqu'un patient est réticent à compléter sa création, ou même la détruit, cela peut être le signe d'un contenu affectif trop pénible ou confrontant qu'il résiste à reconnaître comme lui appartenant (Hinz, 2013; Lusebrink, 1990). Le patient peut aussi faire preuve de résistance face à la révélation de soi : il peut alors avoir tendance à produire des images clichées ou très anodines (p.ex. un arc-en-ciel, un vase de fleur) ou encore utiliser des couleurs désaturées ou très peu pigmentées, limitant ainsi les informations qu'il dévoile à son sujet (Lusebrink, 1990). De plus, tel que Robbins et Cooper (1993) le soulignent, une couleur intense excessivement contenue par des lignes très prononcées ou encore une image exagérément élaborée ou structurée peuvent être une façon d'étouffer une charge émotionnelle significative. Selon ces auteurs, s'attarder à la façon dont l'énergie circule dans l'image (c'est-à-dire, intuitivement, comment le regard de l'observateur se déplace) peut permettre de mettre en lumière certains mécanismes de défense, notamment lorsqu'un élément (ou son absence) interfère avec ce mouvement. Il s'agirait certes d'une inférence précipitée que d'effectuer une association directe entre les attributs de l'image et la résistance, aux dépens d'une analyse juste et nuancée des enjeux du patient. Toutefois, lorsque jumelés à d'autres observations et sources d'information, certains éléments de l'image peuvent contribuer à reconnaître l'émergence de la résistance et à mieux comprendre la nature et la fonction des mécanismes qui s'opèrent chez le patient. Les verbalisations du patient en rapport à son image constituent l'une de ces autres sources d'information. Moschini (2005) consigne certains exemples typiques liés à une difficulté à accueillir et s'intéresser avec curiosité à l'image telle qu'elle est. Le patient qui résiste peut alors occulter ou minimiser certains éléments qui paraissent pourtant flagrants ou, autrement, tomber dans des explications ou des excuses pour justifier l'écart entre son intention initiale et l'image finale, accusant tantôt le matériel, tantôt un manque de talent. Ce type de discours est parfois la seule façon que le patient a de se distancer ou de

contrôler des sentiments inconfortables face à la création (Hinz, 2020). Le patient peut aussi avoir du mal à accorder de la valeur à la fonction projective de l'image puis nier qu'elle puisse être porteuse de sens (Hamel, 1997). La rationalisation est alors au service du maintien d'une position intellectuelle sécuritaire, car l'image ainsi que les échanges à son sujet représentent un contenu difficilement tolérable (Malmquist, 1978).

1.4 Les retombées de la résistance

Bien que Freud (1910/2010) ait perçu a priori la résistance comme une entrave à la thérapie, les angles divers sous lesquels ce phénomène a été étudié ont permis de mettre en lumière le fait que la résistance entraîne des conséquences variées, tant pour l'individu que pour le processus thérapeutique. Ces conséquences peuvent certes être nuisibles, mais peuvent également être profitables à l'individu dans certains contextes.

1.4.1 Préjudices pour l'individu

La résistance peut mener à l'exacerbation de l'expérience désagréable, puisque combattre ses ressentis en vain mène souvent à davantage de souffrance et de frustration (Germer et Neff, 2020). S'opposant à la pleine conscience du moment présent, elle empêche du même coup l'individu de reconnaître et de répondre avec compassion à ses ressentis. Les mécanismes de résistance peuvent également devenir pathologiques lorsqu'ils sont mal employés, rigides, excessifs, inopportuns ou anachroniques (Ginger, 2009). Ils ne remplissent alors plus leur fonction de sécurité, nuisent à l'expression pleine et authentique de soi (Ginger, 2009) et empêchent un ajustement créatif à son environnement (Marc, 2002).

1.4.2 Impacts sur le processus thérapeutique

Tel qu'énoncé précédemment, la résistance, posant obstacle au changement, mène généralement vers une période de stagnation au sein du suivi (Robbins et Cooper, 1993). Freud et Breuer (1895/2002) décrivent en effet la résistance comme ce qui entrave le travail thérapeutique. Au-delà de l'impact sur le déroulement et les retombées de la thérapie, elle peut aussi amener une pauvre alliance thérapeutique. En effet, lorsque la résistance bloque le processus de changement, cela altère la perception de l'alliance thérapeutique du point de vue du patient, qui peut alors remettre en question la confiance qu'il accorde au thérapeute. Le thérapeute, quant à lui, peut interpréter les comportements du patient ou la persistance des difficultés comme une remise en question de ses méthodes ou approches (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021). Il risque ainsi de se reprocher ce qui pourrait être perçu comme un échec (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021) ou encore d'entretenir la perception que le patient persiste, volontairement ou non, à saboter ses

efforts (Kepner, 1998). La résistance du patient augmente par ailleurs la tendance du thérapeute à lui attribuer l'étiquette du patient difficile. En plus de nuire à la relation thérapeutique, cela peut avoir un impact défavorable sur les décisions cliniques et du même coup sur les résultats de la thérapie (Fischer *et al.*, 2019), telle une forme de prophétie auto-réalisatrice. En effet, même si cela n'est pas intentionnel, le niveau d'engagement du thérapeute envers le patient peut s'en trouver réduit (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021). La perception du *patient difficile* est aussi corrélée à une expérience désagréable chez le thérapeute, marquée par la frustration, le désespoir, le rejet, l'anxiété, l'épuisement ou l'ennui (Fischer *et al.*, 2019). La résistance s'accompagne également souvent d'une forme d'impuissance chez le thérapeute (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021).

En contrepartie, la résistance revêt aussi un grand intérêt pour le processus thérapeutique puisqu'elle véhicule du matériel ô combien pertinent. En effet, elle a rapidement été comprise comme un puissant révélateur des conflits psychiques (Marc, 2002) et, grâce aux travaux ultérieurs d'Anna Freud, comme une source d'information précieuse sur le fonctionnement du Moi (1936/2001).

1.4.3 La résistance au service de l'individu

Si la résistance peut, à plus long terme, devenir dysfonctionnelle, elle peut aussi être adaptée à la situation (Germer et Neff, 2020; Ginger, 2009). Les psychanalystes y voient une forme de protection du Moi (Freud et Breuer, 1895/2002), ce dernier étant la partie de la personnalité chargée de maintenir l'équilibre entre les désirs inconscients et les exigences de la réalité (Freud, 1900/2013). Cette idée est aussi partagée par Reich (1933/1971), qui décrit la résistance comme une façon d'endiguer du matériel infantile face auquel le patient n'est pas encore doté d'une maturité suffisante. Sans la résistance, cela donnerait lieu à des explosions émotionnelles intenses. Pour Kernberg et Widlöcher (1997), les défenses ont effectivement une fonction narcissique, c'est-à-dire un rôle de protection de l'image et de l'estime de soi. En Gestalt, Ginger mentionne qu'il s'agit de « réflexes provisoires de sécurité » (2009, p. 76), en ce sens où, déployés de manière temporaire, les mécanismes de défense rendent possible l'évitement d'un ressenti désagréable avec lequel l'individu ne pourrait possiblement pas composer dans l'immédiat. Dans une perspective humaniste, Moustakas (1956) invite également à vouer à la résistance une fonction adaptative, perception aussi partagée par la TCC de 3^e vague qui considère la résistance comme nécessaire à court terme pour préserver le fonctionnement et prévenir l'envahissement par l'intensité de l'expérience de la vie (Germer et Neff, 2020). Par conséquent, dans certaines circonstances, les mécanismes de résistance permettent de préserver les relations et de bien fonctionner en société. En effet, en amenant une déviation de l'énergie, ils favorisent des attitudes d'affiliation et préviennent l'adoption de comportements qui seraient inadéquats

et nuisibles pour l'individu s'il ne faisait que réagir spontanément dès l'expérience d'un contact insatisfaisant avec son environnement. Par exemple, un employé dénigré par son patron peut réprimer sa colère et réfréner son envie de donner sa démission sur le champ. Le caractère provisoire est important ici puisque, tel que mentionné ci-haut, ces mécanismes ne sont plus au service de la protection de l'individu lorsqu'ils surviennent de manière permanente ou systématique.

1.5 Conduites thérapeutiques à privilégier

Dans les premiers écrits publiés en psychanalyse (Freud et Breuer, 1895/2002), la résistance a été conceptualisée comme étant nuisible au processus thérapeutique. Elle était donc perçue comme un obstacle à vaincre. Les psychanalystes se sont toutefois retrouvés face à l'inefficacité des moyens visant à forcer les résistances pour les faire céder, ce qui a donc rapidement été abandonné pour plutôt encourager leur interprétation. Donnant suite aux travaux de Freud et Breuer, Reich (1933/1971) a défini le rôle du thérapeute en deux temps, soit de rendre les résistances accessibles à la conscience du patient, pour ensuite l'aider à les interpréter et à les éliminer. Le thérapeute accompagne alors ce dernier à reconnaître la façon dont la résistance opère dans la réalité actuelle, puis il l'aide à décrypter le sens qu'elle revêt actuellement, après quoi il révèle son contenu infantile. La perspective psychanalytique a ainsi évolué, Reich ayant mis en lumière le nécessité de saisir ce qui résiste en lui (le patient) pour accéder au changement ou à la guérison (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021).

En Gestalt, il est convenu qu'il ne serait pas souhaitable de chercher à éliminer la résistance puisqu'il s'agit d'une réponse naturelle et légitime. Cela reviendrait à exiger au patient de renoncer à la protection de son intégrité (Kepner, 1998). En effet, les gestaltistes sont plutôt d'avis que les thérapeutes doivent intervenir lorsque les mécanismes de défenses ne sont plus aux services de la sécurité du patient. Ils travaillent avec le patient à assouplir ou à transformer ces mécanismes au sein de la psychothérapie (Ginger, 2009). Le rôle du thérapeute est donc de découvrir la fonction de cette énergie déviée chez le patient (Kepner, 1998; Moutet et Golay, 2006). Pour cela, Moutet et Golay (2006) recommandent de s'intéresser à l'ensemble des facettes du phénomène, c'est-à-dire ce à quoi le patient résiste, l'impact de la résistance dans le contexte relationnel tout comme la manière dont cela lui sert au sein même de la démarche de changement, « ici et maintenant ». Ces auteurs expliquent que cette réflexion favorise non seulement une compréhension globale, mais rend également possible la réappropriation des projections. Cela permet ainsi de restituer au patient cette énergie vitale a priori déviée, afin qu'il puisse en disposer d'une manière constructive, par une action consciente que le Moi peut s'approprier (Kepner, 1998). D'autres auteurs proposent aussi de respecter la fonction adaptative de la résistance plutôt que de la confronter directement (Moustakas, 1956).

Cependant, il reviendrait plutôt au thérapeute de s'ajuster au patient, en adoptant entre autres une communication plus empathique et des attentes plus appropriées (Kohut, 1977).

Pour mieux saisir la résistance et ses fonctions, Robbins et Cooper (1993) encouragent à varier les moyens d'expression mis à la disposition du patient, ce particulièrement lorsque la résistance est élevée. Selon ces derniers, ne s'en tenir à une seule modalité est insuffisant et cela peut exacerber le problème : c'est dans une approche multimodale, couplant l'expression verbale à la création par les arts visuels, que le thérapeute peut mieux comprendre la problématique et accéder à de précieux indices concernant l'intervention nécessaire. Moschini (2005) soutient que l'utilisation de l'art en thérapie offre un contexte à la fois sécuritaire et flexible pour aborder les résistances en pouvant à la fois libérer et contenir la charge émotionnelle que cela implique. De plus, la création, proposant une réalité à la fois symbolique et tangible, facilite le processus de réappropriation du matériel refoulé dans l'inconscient en permettant au patient d'agir directement sur l'image. Cela lui donne l'occasion d'expérimenter de nouvelles possibilités qui ouvrent la voie au changement auquel la résistance pose obstacle (Hamel, 1997). Winnicott (1971) souligne d'ailleurs que la création, par ces mêmes attributs (symbolique et tangible), permet de respecter l'ambivalence du patient face au dévoilement de soi et de répondre de manière simultanée à ses besoins antagoniques de se cacher et d'être vu. Enfin, lorsque la résistance se manifeste davantage à travers la relation thérapeutique et met la poursuite du suivi en péril, l'art-thérapie se révèle particulièrement utile pour maintenir l'engagement du patient puisque la création offre un intermédiaire par lequel communiquer et demeurer investi dans la relation, tout en lui permettant de réguler la distance entre lui et le thérapeute (Albert-Puleo, 1980).

Au-delà des différents schèmes de compréhension de la résistance dont ont fait l'objet des paragraphes précédents, dans le cadre de cet essai, il appartiendra aux participants de déterminer ce qu'ils ont eux-mêmes perçu ou vécu comme de la résistance. Ce choix est ainsi fait en raison de l'angle selon lequel ce phénomène sera abordé, c'est-à-dire du point de vue de l'expérience subjective, concept qui sera par ailleurs défini dans la section 3. En effet, la littérature en art-thérapie au sujet de la résistance aborde essentiellement l'interprétation du contenu graphique et la relation du patient à sa création afin de comprendre la nature et l'origine des résistances (Duchastel, 2015; Lusebrink, 1990; Hamel, 1997; Hinz, 2013 et 2020; Moschini, 2005) ainsi que la pertinence de les travailler à travers les arts visuels afin d'éventuellement les assouplir (Albert-Puleo, 1980; Hamel, 1997; Moschini, 2005; Robbins et Cooper, 1993; Winnicott, 1971). Cependant, peu d'études se penchent sur le phénomène de la résistance tel que vécu par les art-thérapeutes.

2. L'ART-THÉRAPEUTE

En Europe, l'art-thérapie fait référence à l'ensemble des thérapies par les arts, par exemple la musicothérapie, la dramathérapie, la danse-thérapie et la thérapie par les arts visuels, pour ne nommer que celles-ci. En Amérique du Nord, en revanche, elle ne désigne que la thérapie par les arts visuels, particulièrement les arts plastiques (dessin, peinture, sculpture, collage, etc.) (UQAT, s. d.). Il s'agit d'une « démarche d'accompagnement thérapeutique qui utilise les matériaux artistiques, le processus créatif, l'image et le dialogue, et vise l'expression de soi, la conscience de soi, et/ou le changement de la personne qui consulte » (Association des art-thérapeutes du Québec, s. d.). En effet, par sa fonction projective, la création constitue une occasion d'exploration et de travail sur soi-même (Klein, 2007). Au Québec, une maîtrise ou une formation équivalente, à laquelle est préalable un parcours conjuguant les arts visuels et les sciences humaines, est recommandée afin d'exercer en tant qu'art-thérapeute professionnel. Ce parcours vise à baliser la pratique afin que la consultation puisse s'effectuer dans un cadre éthique et sécuritaire (Association des art-thérapeutes du Québec, s. d.).

2.1 *La relation triadique en art-thérapie*

Par les médiums plastiques, l'art-thérapeute met à la disposition du patient une voie d'expression supplémentaire (Robbins et Cooper, 1993). La relation triadique créée entre le patient, l'art-thérapeute et la création (voir figure 1) constitue un riche environnement fournissant un contenant accueillant, sécuritaire et bienveillant (Beardsley, 2020). La création comprend tout ce qui se situe entre la pré-image, définie comme les traits, formes, couleurs et autres éléments graphiques, au moment où ils sont produits par le client (Rhinehart et Engelhorn, 1982), et l'image finale. Caractérisée par l'ajout d'un acteur à la relation thérapeute-patient inhérente à tout contexte thérapeutique, cette triade implique donc une augmentation du nombre de relations qui co-existent dans la thérapie, passant d'une à trois. Or, c'est notamment à travers les relations que peuvent s'exprimer les résistances (Moutet et Golay, 2006). Il est donc pertinent de se questionner si ces facteurs spécifiques à la pratique art-thérapeutique influencent d'une façon ou d'une autre la manifestation des résistances du patient et l'expérience vécue par l'art-thérapeute face à ce phénomène.

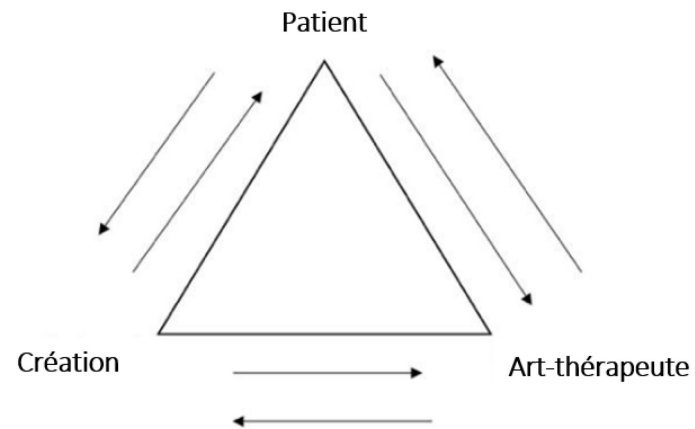


Figure 1

Relation triadique en art-thérapie

Source: Adapté de Case et Dalley (2014)

3. L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE

Le mot *expérience* réfère au fait d'éprouver, de ressentir quelque chose dans sa réalité personnelle (Dictionnaire Le Robert, s. d.a). Le terme *subjectif* est quant à lui relatif à l'affectivité d'un individu particulier (Dictionnaire Le Robert, s. d.b). Il peut aussi être défini comme suit : « Ce qui est éprouvé par appréhension intime, sans possibilité de vérification directe par observation et mesure » (Office québécois de la langue française, 1990).

Selon Gonzales *et al.* (2020), l'expérience subjective est essentiellement liée à la façon dont les individus expérimentent leurs émotions. Plus spécifiquement, cela fait référence à la façon dont quelqu'un perçoit, interprète et manifeste ses émotions. Cette expérience est grandement déterminée par les croyances. Celles-ci varient d'une situation et d'un individu à l'autre (Ford et Gross, 2019). Les croyances sont forgées et modifiées par la culture (Oatley, 1993) et par certains rôles sociaux ou professionnels (Hochschild, 1979). Les croyances permettent notamment de déterminer à quel point une émotion est agréable, appropriée à la situation et désirable ou au contraire à éviter. À plus long terme, cette expérience influence la façon dont l'individu a tendance à réguler chacune des émotions (Karnaze et Levine, 2020).

L'expérience subjective est aussi un sujet d'intérêt pour la neuroscience cognitive, où les chercheurs ne peuvent pas encore expliquer à ce jour de quelle manière l'organe qu'est le cerveau parvient à générer une telle subjectivité (Key *et al.*, 2022). L'expérience subjective est comprise par cette discipline comme étant les ressentis à l'état brut qui surviennent en fonction de l'activité neuronale et de certains processus mentaux, qu'ils soient conscients ou inconscients (Lau, 2022). Lau présente l'expérience subjective comme l'expérience de la conscience, ancrée dans l'ici et maintenant, face à un phénomène spécifique, par exemple la perception visuelle de quelque chose. Il considère donc la conscience comme une sorte de relais entre les perceptions et la cognition. Selon Rosenthal (2021), l'expérience subjective est en fait la pensée directe générée lorsque l'individu se trouve dans un état mental donné. La pensée directe signifie qu'elle survient automatiquement, sans intermédiaire : l'individu se dira alors « J'ai mal » (et non « j'ai la pensée que je ressens de la douleur »). Bien que la nature de ces pensées soit subjective, elles sont traitées comme étant vraies pour l'individu. Brown (2015) amène cependant la nuance à l'effet que l'expérience subjective ne résulte pas uniquement d'un stimulus sensoriel, mais peut aussi être le fruit de représentations internes, où l'individu fait appel à sa mémoire.

Tandis que les auteurs mentionnés ci-haut abordent l'expérience subjective comme étant relative à l'expérience émotionnelle, sensorielle ou cognitive, Kielhofner (2008) la conçoit quant à lui de manière plus

globale, en y intégrant l'expérience du corps, indissociable selon lui à celle de l'esprit, et en situant cette expérience dans l'action. Pour résumer simplement l'expérience subjective, il pose la question suivante : *Comment c'est de faire ceci?* Ainsi, il s'agit de la façon dont un individu, face à une tâche donnée, interprète et expérimente ses capacités et limitations. Combinée à ces composantes descriptibles objectivement, l'expérience subjective influence l'apprentissage et le rendement d'une personne au sein d'une action. Les activités qui impliquent la pratique de l'art-thérapie peuvent être utilisées à titre d'exemple, comme lors de la sélection et la réalisation d'une intervention au sein d'une séance. Cette compétence, a priori centrée sur les connaissances théoriques ainsi que chacune des étapes impliquées dans le choix et l'exécution, s'intégrera au fur et à mesure que l'apprentissage sera progressivement dévié vers le ressenti. Selon Kielhofner, apprendre à faire quelque chose veut donc dire qu'il faut en saisir l'expérience. L'expérience subjective ne se limite donc pas à être le fruit d'une situation donnée : elle sert également de guide dans la tâche, tel que le souligne aussi Laurendeau (2018) en ce qui concerne la sensibilité des art-thérapeutes. En ce qui concerne la performance, Kielhofner avance que ne s'en tenir qu'à une perspective objective pour l'expliquer est nettement insuffisant : il n'est pas étonnant de constater que, face à une même tâche, un même individu n'aura pas le même rendement si, pendant la réalisation, il expérimente de la fatigue, de l'anxiété, de l'inconfort ou, au contraire, de l'enthousiasme et un sentiment de contrôle. Ainsi, l'expérience subjective est considérée comme une pierre angulaire dans le développement de l'expertise de l'art-thérapeute et, d'autre part, comme un facteur déterminant sa disposition à bien mener ses interventions.

3.1 Facteurs influençant l'expérience subjective des thérapeutes

Robbins et Cooper (1993), et plus récemment Fischer *et al.* (2019), ont mis en lumière l'impact des caractéristiques spécifiques de la thérapie et du contexte dans lequel elle s'inscrit sur l'expérience subjective du thérapeute. En effet, selon Robbins et Cooper, le transfert et le contre-transfert sont susceptibles de changer selon le type de traitement. Ils fournissent quelques exemples illustrant ce phénomène : si l'approche thérapeutique à laquelle le thérapeute adhère l'amène à jouer un rôle particulièrement actif et adopter une attitude structurante, il peut susciter une réaction d'opposition ou de soumission chez le patient en raison de la posture autoritaire qu'il incarne. Si au contraire il maintient une grande distance thérapeutique et privilégie une position plus neutre, le patient se retrouvera davantage à projeter ses peurs et ses pulsions sur le thérapeute. En contrecoup, le thérapeute expérimente des sentiments variés à l'égard de ce patient, qu'il peut considérer plus récalcitrant ou plus vulnérable selon l'angle sous lequel il se révèle en réponse à thérapie. D'autre part, des ressources limitées ou discordantes aux besoins du patient exacerbent la perception que ce dernier est difficile et augmente la détresse vécue par le thérapeute (Fischer *et al.*, 2019). Chez les art-thérapeutes, la détresse qu'ils expérimentent peut nuire

à leurs capacités à fournir un service de bonne qualité (Moon et Nolan, 2020). Malgré cela, il en reste que la sensibilité des art-thérapeutes constitue un précieux outil pour guider leur analyse et leurs interventions (Laurendeau, 2018).

Puisque la résistance se manifestant en suivi constitue un contexte où les thérapeutes sont à risque d'expérimenter de la souffrance (Arènes et Marteau-Chasserieu, 2021; Fischer *et al.*, 2019), il paraît d'autant plus pertinent de s'intéresser à l'expérience subjective de ces derniers. S'y pencher permet donc de déplacer le focus habituellement mis uniquement sur le patient qui résiste, en se tournant plutôt vers cet autre acteur important dans la thérapie, le thérapeute, tout en considérant leur impact mutuel. Dans le cadre de cet essai, le concept de l'expérience subjective retenu est celui de Kielhofner (2008), notamment puisque sa définition plus générale permet d'englober les expériences émotionnelles, sensorielles et cognitives auxquelles Gonzales *et al.* (2020), Rosenthal (2021) et Lau (2022) font référence. Les spécificités relatives aux définitions de ces auteurs seront tout de même aidantes afin d'approfondir les différentes dimensions de l'expérience subjective lors de la cueillette des données, dont il sera question dans la méthodologie.

4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cet essai consiste en l'élaboration d'un protocole de recherche ayant pour but d'explorer et décrire l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance des patients, dans le contexte spécifique de l'art-thérapie, impliquant donc un processus de création par le patient.

5. MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cet essai, seule l'élaboration du protocole de recherche a été menée à terme. La présente section constitue donc une méthodologie proposée, dont la mise en œuvre n'a pas été réalisée.

5.1 Description et justification de l'approche choisie

Puisque cette recherche repose sur la compréhension d'un phénomène subjectif, un devis qualitatif est approprié (Fortin et Gagnon, 2016). La démarche proposée s'appuie sur la phénoménologie descriptive de Husserl (1936/1970), reprise par Giorgi (1997) qui en a élaboré une méthodologie de recherche. Cette approche s'avère ici tout indiquée puisqu'elle vise à décrire et à comprendre la signification de l'expérience humaine, sous l'angle selon lequel les participants à l'étude l'ont vécue (Spiegelberg, 1960). Un des aspects fondamentaux de cette approche est le principe de réduction phénoménologique, qui se décline en deux volets : le bracketing et la réduction éidétique. L'approche suggérée par Giorgi intègre ces concepts clefs et est séquencée en différentes étapes, qui seront davantage explicitées dans les sections ultérieures portant sur la collecte et l'analyse des données.

5.2 Population à l'étude

Les participants à l'étude seront des art-thérapeutes détenteurs d'une maîtrise en art-thérapie obtenue à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue ou à l'Université Concordia et dont la pratique est uniquement via les arts plastiques. Cela permettra ainsi une uniformité et préviendra les biais relatifs à des divergences de pratiques ou de formation professionnelle. Enfin, afin de s'assurer qu'au cours de l'entrevue, les participants puissent puiser des exemples dans une expérience clinique suffisamment riche et diversifiée en ce qui a trait à la résistance des patients, un minimum d'un an d'expérience de travail à temps complet (ou l'équivalent) sera exigé.

5.3 Procédure d'échantillonnage et de recrutement

Le recrutement s'effectuera sur une base volontaire, par des annonces sur le réseau social *Facebook*, via des groupes fréquentés par les art-thérapeutes (Art-Thérapie UQAT, ART-THERAPIE). Une demande sera également faite à l'Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ) afin de pouvoir publier une annonce

sur leur page *Facebook*. Si ce mode de recrutement est insuffisant, une communication sera envoyée directement aux art-thérapeutes membres de l'AATQ dont le profil correspond aux critères d'éligibilité et dont les coordonnées apparaissent sur le site de l'AATQ. L'objectif sera ainsi de rejoindre autant que possible les art-thérapeutes susceptibles de correspondre aux critères recherchés, pour favoriser un échantillon le plus large et le plus varié possible. Comme Creswell (2013) le recommande, cette variété permettra de recueillir une gamme d'expériences diversifiées et nuancées, pour ainsi rehausser la crédibilité des résultats. La taille de l'échantillon sera déterminée en fonction des volontaires : tous ceux correspondant aux critères seront recrutés. Il est donc difficile d'en prédire le nombre, bien qu'il soit possible d'en faire une estimation approximative. En effet, il y a à ce jour 246 membres de l'AATQ, dont environ 45 sont situés dans un rayon de 75km ou moins de Montréal, où la concentration d'art-thérapeutes est la plus élevée. Cela fait de cette ville l'endroit optimal pour la collecte des données. Considérant que la majorité de ces 45 art-thérapeutes ont une fiche descriptive qui, a priori, suggère une concordance avec les critères d'inclusion, un échantillon de 10 participants serait considéré satisfaisant, bien qu'il ne s'agisse que d'une cible hypothétique.

Un appel téléphonique sera effectué auprès de chaque volontaire afin de valider la correspondance de son profil avec les critères décrits précédemment et de préciser la nature et le but de l'étude. Le caractère volontaire de la démarche lui sera également rappelé. Le participant sera invité à ce moment à poser ses questions au sujet de la recherche. Ce premier contact visera également à commencer à établir le lien de confiance entre le chercheur, qui agira aussi à titre d'intervieweur, et le participant, condition essentielle à l'obtention d'informations authentiques et complètes de sa part (Munhall, 2012). Si l'art-thérapeute répond aux critères recherchés et confirme son désir de participer à l'étude, le formulaire d'information et de consentement lui sera transmis par courriel. Le participant sera également informé que l'entrevue portera sur une situation clinique de son choix. Afin de s'y préparer, la consigne suivante lui sera donnée :

En vue de la rencontre où nous procéderons à l'entrevue de recherche, pensez à une expérience où vous avez observé de la résistance dans le cadre de votre pratique à titre d'art-thérapeute. Choisissez une expérience où la résistance s'est manifestée, d'une façon ou d'une autre, à travers le processus de création ou l'image. Pour le moment, vous n'avez aucune information à fournir concernant cette situation. Prenez le temps dont vous avez besoin pour faire votre choix.

Si le participant questionne la signification du concept de résistance dans le cadre de l'étude, il sera encouragé à se référer à la conception qu'il en a. Il lui sera demandé de faire part au patient impliqué dans la situation choisie de sa participation au projet de recherche et d'obtenir son consentement pour discuter

de cette situation. Il sera précisé au participant qu'il n'a pas à fournir à ce patient de l'information exhaustive quant à la nature de l'étude : il pourra s'en tenir à mentionner qu'il participe à un projet de recherche concernant le phénomène de la résistance en art-thérapie et que, si ce patient y consent, il partagera son expérience dans le cadre d'une rencontre qu'il a eue avec lui, tout en précisant que cela se fera de manière complètement anonyme. Puisqu'il est possible que le participant ressente de l'inconfort à l'idée d'aborder le sujet de la résistance avec un patient, le chercheur se montrera empathique à son égard et proposera, s'il le souhaite, de le soutenir dans une réflexion visant à identifier une façon et certaines formulations permettant de faciliter les échanges avec son patient. Par des questions et des reflets, le chercheur aura alors pour rôle de stimuler la génération d'idées de la part du participant. Le chercheur s'abstiendra cependant de lui fournir des idées car cela pourrait alors influencer son interprétation du phénomène de la résistance qui fait partie intégrante de ce que constitue l'expérience subjective.

Un délai suffisant entre le contact téléphonique et l'entrevue sera accordé au participant pour effectuer les démarches auprès du patient concerné (un délai de 2 semaines sera d'emblée proposé, qui pourra être prolongé au besoin). Le moment de la rencontre sera déterminé conjointement, de manière à accommoder au mieux chaque participant, ce afin de réduire au minimum les désagréments qu'il subit (investissement de temps sans compensation financière). Pour ce qui est du lieu, un local au centre de l'UQAT à Montréal sera proposé. Cependant, pour les raisons évoquées ci-haut, un autre endroit, à la convenance du participant, pourra également être déterminé. Cela dit, l'intervieweur et le participant devront pouvoir se rencontrer en personne dans un local fermé où ils seront seuls pour toute la durée de l'entrevue, offrant un environnement calme, exempt ou limité en distractions, afin de favoriser la concentration, de garantir un enregistrement de qualité et d'assurer la confidentialité des données collectées. Enfin, l'endroit devra être équipé d'un plan de travail d'une dimension suffisante pour la disposition du matériel et l'exercice de création, dont il sera fait mention dans les paragraphes suivants. Le déroulement de cette rencontre est détaillé dans la section subséquente. Enfin, une confirmation de la complétion des démarches demandées auprès du patient sera obtenue auprès de chaque participant dans les jours précédant la rencontre prévue, ce qui permettra par ailleurs de revalider le moment et le lieu de la rencontre. La modalité de cette confirmation, par téléphone ou par courriel, sera convenue selon la préférence de chaque participant.

5.4 Procédure de collecte de données et déroulement de l'étude

Comme le but de cette étude est de comprendre l'expérience vécue par les participants, l'entrevue constitue un moyen privilégié pour y parvenir (Fontana et Frey, 1994). Plus précisément, des entrevues individuelles semi-dirigées serviront à collecter les données. Ce type d'entrevue donne l'occasion au

participant d'exprimer ses opinions et sentiments face au sujet abordé (Fortin et Gagnon, 2016) et, étant doté d'une grande flexibilité, il permet de motiver le participant, de l'orienter et de lui demander des précisions, pour ainsi obtenir l'information la plus complète possible (Savoie-Zajc, 2021). À cette fin, la façon dont l'intervieweur conduira l'entrevue sera non-négligeable : tel que Giorgi (1997) le somme, une attitude neuve est essentielle, soit l'effort de faire fi de son propre savoir. C'est là que le bracketing occupe une fonction déterminante. Husserl (1907/1973 et 1936/1970) définit cela comme l'idée selon laquelle le chercheur doit reconnaître et mettre en suspens ses idées préconçues. Ainsi, en libérant autant que possible le phénomène étudié des préjugés, cela permet de l'explorer tel qu'il apparaît à la conscience du participant et d'en saisir ses caractéristiques de manière juste (Dowling, 2007). Afin de renforcer cette posture neutre, préalablement à chaque entrevue, un exercice de pleine conscience sera réalisé par l'intervieweur. Cette pratique, tirée de la méthode d'investigation relationnelle *Caring* (Cara, 1997), permettra un certain recul face à ses propres croyances, de manière à offrir une présence attentive et d'être au mieux disposé à diriger l'entrevue en fonction du contenu qui en émergera et non pas selon les résultats anticipés.

Chaque participant sera rencontré en un seul temps. Puisque le contenu abordé pourrait comporter une certaine charge émotionnelle, les entrevues s'effectueront en personne, ceci permettant à l'intervieweur d'observer plus aisément les signes non-verbaux constituant des informations supplémentaires pour guider les questions subséquentes (Munhall, 2012). Chaque participant sera d'abord invité à poser ses questions à la suite de la lecture du formulaire d'information et de consentement et à le signer s'il y consent toujours. Ensuite, l'enregistrement audio débutera. La rencontre, d'une durée de 1h à 2h, commencera par une entrevue structurée afin de recueillir des renseignements généraux quant au profil du participant (voir Annexe A). Ceci permettra également de revalider l'éligibilité du participant à l'étude.

Par après, le participant sera invité à décrire la situation qu'il aura préalablement sélectionnée. Il sera invité à présenter cette situation, tel qu'il l'a vécue, de façon uniquement descriptive dans un premier temps (voir Annexe B). Il lui sera ensuite demandé de représenter en image cette expérience, à partir d'une variété de matériaux mis à sa disposition : cartons de différentes couleurs et dimensions (9"x12", 12"x18", 18"x24"), crayons feutres, crayons de bois, pastels secs, pastels gras, pastilles de gouache et pinceaux. L'intérêt d'offrir divers matériaux réside dans le fait que chacun possède des attributs distincts pouvant susciter différents ressentis (Duchastel, 2016) et certains conviendront mieux que d'autres aux participants. Le participant sera avisé qu'un temps limite de 20 minutes sera accordé à la création. Dans le contexte de cette recherche, aucune intervention ne sera proposée pour agir sur l'image une fois complétée, tel que c'est souvent le cas dans le contexte d'une séance d'art-thérapie. Ni son contenu ni le processus de création ne

constitueront du matériel à analyser aux fins de l'étude, hormis ce qui aura été relevé par le participant lui-même : la création agira uniquement à titre de catalyseur, servant plutôt à faciliter la prise de conscience et l'évocation du vécu du participant. Comparativement à une description uniquement verbale, la création permet d'accéder à de l'information plus juste et parfois même inattendue (McNiff, 2008). Ainsi, combinée à une entrevue, elle offre un moyen d'expression complémentaire afin d'en arriver à la compréhension du sens de l'expérience (Edward et Welch, 2011; Guimond-Plourde, 2013). Ceci s'appuie sur la plus-value de l'engagement de différents modes de conscience, soit les façons distinctes dont les individus sont conscients d'eux-mêmes et de leur environnement, y compris à travers leurs différents sens. Multiplier et faire interagir ces modes donne accès à l'ouverture d'esprit requise pour parvenir à décrire l'expérience vécue dans toute sa subjectivité et globalité, en allant au-delà de la situation observable (Reeder, 1991). Enfin, l'ajout de cet exercice à l'entrevue semble tout indiqué puisque le but de l'étude est d'explorer l'expérience subjective des art-thérapeutes, population qui partage une sensibilité particulière à la création et une aisance à l'utiliser en tant que voie d'accès au ressenti (McNiff, 1998).

Une fois la création complétée, les échanges seront guidés par les questions subséquentes de la grille d'entrevue (voir Annexe B). Les questions porteront initialement sur l'image, puis seront ensuite orientées vers les différentes dimensions de l'expérience subjective associée à la situation rapportée par le participant. Le participant sera ensuite invité à émettre son point de vue quant à cette situation et à en dégager le sens, en lien avec la signification personnelle de cette expérience. Cet ordonnancement des questions, passant des aspects descriptifs aux éléments subjectifs et interprétatifs, vise à ce que le participant plonge progressivement dans le phénomène à l'étude (O'Reilly et Cara, 2020). Caelli (2000) soutient d'ailleurs que la description de l'expérience doit être recueillie et extraite avant l'émission de toute forme de réflexion ou d'explications. Au-delà de cette logique, la séquence des questions pourra varier et des clarifications supplémentaires seront demandées. L'intervieweur suivra le rythme spontané du participant, tout en lui servant de guide pour s'assurer de couvrir les aspects importants du sujet, tel que Guimond-Plourde (2013) le préconise. Tout au long de l'entrevue, les questions seront au départ volontairement larges et ouvertes, afin que chaque participant puisse bénéficier d'une latitude suffisante pour faire part de son expérience (O'Reilly et Cara, 2020). Comme Fortin et Gagnon (2016) l'indiquent, la collecte des données et l'analyse se feront de manière simultanée, de sorte que les questions de recherche seront également adaptées au besoin, au fur et à mesure que les entrevues seront réalisées.

5.5 Analyse des données

Tel que préalablement mentionné, l'analyse se déroulera conformément aux principes de la méthode qualitative phénoménologique proposée par Giorgi (1997). La première étape de cette démarche inductive consistera en une transcription des entrevues en verbatims intégraux, de manière détaillée et aussi fidèle que possible. Ensuite, une lecture minutieuse et exhaustive de ces verbatims sera effectuée afin d'en dégager les unités de signification, lesquelles sont définies comme « les segments du texte qui possèdent un sens exhaustif en eux-mêmes » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 360). Dans un premier temps, ces unités seront formulées en préservant le vocabulaire du participant, afin de rester proche des données plutôt que d'en interpréter hâtivement le sens, ce qui pourrait donner lieu à des généralités significativement moins pertinentes (Giorgi, 1997). Cette démarche d'analyse est ainsi ancrée dans le principe du bracketing, l'objectif étant d'aller à la rencontre du phénomène sans filtrer les informations à partir d'hypothèses préconçues, de sorte qu'il se révèle de manière juste et authentique. Une fois ces unités extraites, elles seront examinées et reformulées dans un langage propre au domaine de l'art-thérapie ou, plus largement, des sciences humaines et sociales. Cette reformulation vise à mettre en lumière la valeur de ces unités de signification au regard de la discipline à l'étude (O'Reilly et Cara, 2020). Ces idées constitueront les sous-thèmes, qui seront ensuite regroupés selon leurs similarités, ce qui permettra l'émergence de thèmes, soit des concepts survenant de manière récurrente à travers les verbatims (Fortin et Gagnon, 2016). C'est à travers cette étape de l'analyse que la réduction éidétique, second pan de la réduction phénoménologique, joue son rôle. Consistant à faire abstraction des données représentant les faits individuels, elle permet de tendre vers le discours commun à l'ensemble des données recueillies (O'Reilly et Cara, 2020).

Pour s'assurer d'une analyse rigoureuse, Giorgi (1997) recommande de bien distinguer les sous-thèmes essentiels à la compréhension du phénomène de ceux qui ne le sont pas. Il s'agit d'un procédé appelé *variation libre et imaginaire*. Cette méthode a été introduite par Polkinghorne (1983), qui propose de remettre en question la place de chaque idée, en faisant l'exercice de la retirer de la catégorie à laquelle elle est associée (soit le thème). Si la nature de cette catégorie demeure inchangée, alors ce sous-thème sera considéré superflu ou catégorisé de manière erronée. Dans le cas contraire, le sous-thème sera reconnu pertinent et bien classé. Un sous-thème ne sera conservé que s'il s'avère indispensable à un des thèmes principaux. Ce même exercice d'altération intentionnelle sera effectué à un degré d'abstraction plus élevé, en se penchant sur les thèmes relatifs au phénomène à l'étude. C'est ainsi qu'il sera possible d'en arriver à une description de la structure essentielle de l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance des patients, qui mettra en lumière les aspects fondamentaux et communs aux participants.

6. DISCUSSION

La présente section traite dans un premier temps des avantages et inconvénients pour les participants, ainsi que des mesures mises en place pour garantir le respect des normes éthiques dans le déroulement de l'étude et la gestion des données. Les limites du protocole de recherche proposé seront ensuite exposées. La discussion se conclura par des suggestions concernant des alternatives à la méthodologie et des intérêts de recherche supplémentaire, afin d'ouvrir de nouvelles perspectives.

6.1 *Considérations éthiques*

6.1.1 Avantages et inconvénients pour les participants

Questionner l'expérience subjective comporte l'avantage de fournir aux participants une opportunité de réflexion sur soi, pouvant potentiellement mener à des prises de conscience quant à leur rôle d'art-thérapeute. Cela implique néanmoins le risque d'exposer le participant à une certaine vulnérabilité et de raviver des émotions désagréables. Tel qu'évoqué ci-haut, il sera donc essentiel que l'intervieweur fasse preuve d'empathie, d'ouverture et de non-jugement afin de non seulement recueillir un témoignage riche et authentique, mais aussi de permettre au participant de se livrer dans un climat respectueux et bienveillant (Paillé et Mucchielli, 2009). D'autre part, afin que le participant puisse obtenir du soutien, l'intervieweur remettra à chacun d'entre eux une liste de références auxquelles il pourra faire appel. Cette liste sera annexée au formulaire d'information et de consentement, de sorte que le participant pourra la consulter dès que le premier contact téléphonique aura eu lieu. Afin de s'assurer que les ressources soient gratuites et accessibles à court terme, cette liste inclura des lignes d'écoute offrant des services en français et en anglais. Les heures d'ouverture de ces lignes d'écoute seront indiquées. Les coordonnées d'*Info-Social* et du *Centre de référence du Grand Montréal* seront également sur la liste, permettant au participant, s'il le désire, de faire des démarches pour obtenir d'autres ressources en fonction de ses besoins spécifiques, ce en pouvant bénéficier de l'aide des répartiteurs de ces services. Cette liste fera l'objet d'une vérification et mise à jour avant l'amorce de la collecte des données afin de s'assurer que les ressources soient toujours accessibles. Des ajouts pourront donc y être faits au besoin.

Un autre inconvénient réside dans le temps requis pour la participation. Advenant que le participant ressente de la fatigue, l'intervieweur offrira la possibilité de prendre une pause pendant la rencontre. Le participant sera aussi libre de le reporter ou d'y mettre fin à n'importe quel moment.

6.1.2 Consentement

L'obtention du consentement du participant à l'étude se fera de manière écrite, via la signature du formulaire d'information et de consentement. Le participant sera avisé que la démarche s'effectue sur une base volontaire et qu'il pourra en tout moment se retirer du processus de la recherche, et ce, sans préjudice. Son consentement sera également validé verbalement à différents temps, soit lors de l'entretien téléphonique, au début ainsi qu'à la fin de l'entrevue, où son accord lui sera demandé une dernière fois afin d'utiliser les données recueillies aux fins du projet de recherche. Enfin, afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé, le participant sera à ces mêmes moments invité à poser ses questions.

6.1.3 Confidentialité et accès aux données

La confidentialité relève d'un enjeu particulier dans la présente étude, non seulement à l'égard des données fournies par le participant au sujet de sa propre expérience, mais aussi des informations concernant le patient dont il fera mention. Bien que le maintien du caractère confidentiel de ces données constitue avant tout le devoir des art-thérapeutes, il est primordial que ceci soit également au cœur des préoccupations du chercheur. Ainsi, afin de prévenir tout dévoilement d'information permettant l'identification des patients, les participants seront invités à les anonymiser, soit en ne divulguant pas leur nom ou en leur attribuant un nom fictif. Il sera également demandé aux participants d'éviter tout renseignement qui permettrait d'identifier un patient par la triangulation d'information, en demeurant aussi vague que possible lorsque ces précisions ne sont pas essentielles à la compréhension de la situation, notamment en ce qui concerne des données sociodémographiques. Une fois les entrevues réalisées, les informations personnelles seront codées de manière à assurer l'anonymat lors de leur consultation. Uniquement le ou les responsables de la recherche auront accès au système de codage permettant de retracer le participant duquel il est question. L'ensemble des données sera conservé dans un document informatisé protégé par un mot de passe. Les documents papier (notes de l'intervieweur, formulaires d'information et de consentement signés, images produites par les participants) seront conservés dans un classeur verrouillé, auquel seuls les chercheurs impliqués dans le projet auront accès. Les données et documents seront conservés pendant sept ans suivant la publication, après quoi elles seront détruites.

6.1.4 Diffusion des résultats aux participants

Advenant que le présent protocole fasse l'objet d'une étude puis d'une publication scientifique, les participants en seront informés par téléphone ou par courriel, selon leur préférence. S'ils en témoignent l'intérêt, une copie leur sera remise.

6.2 *Analyse critique de la méthodologie*

Tel qu'indiqué ci-haut, l'objectif de cette étude est d'explorer et décrire l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance des patients dans le contexte spécifique de l'art-thérapie, impliquant un processus de création par le patient. Des limites inhérentes à la méthodologie de recherche peuvent toutefois poser obstacles à l'atteinte de cet objectif. Ainsi, pour surmonter ces obstacles et explorer d'autres avenues permettant d'obtenir des résultats intéressants, différentes options concernant la méthode de collecte et d'analyse des données mériteraient d'être envisagées. Ces aspects seront couverts dans les paragraphes qui suivent.

6.2.1 Limites

À moins d'un grand bassin de participants et de résultats relativement homogènes, ce qui est somme toute peu probable, les résultats risquent de refléter principalement la perspective des participants, de sorte qu'ils représenteront une transférabilité limitée, tel que O'Reilly et Clara (2020) l'expliquent. Une grande hétérogénéité des expériences risque également de faire en sorte qu'il soit difficile de faire émerger un discours commun (les structures essentielles visées en recherche phénoménologique). Il pourrait aussi y avoir un biais de représentativité de l'échantillon si l'intervieweur ne maîtrise pas l'anglais ou le français. En effet, cela pourrait limiter le nombre de participants pouvant prendre part à l'étude en éliminant les art-thérapeutes unilingues et du même coup écarter soit des art-thérapeutes diplômés de l'Université Concordia, où la formation se donne en anglais, ou ceux diplômés de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, où la formation est offerte en français. Bien que ces deux formations universitaires soient équivalentes, les approches enseignées divergent. De plus, comme les résultats seront tirés d'expériences d'art-thérapeutes ayant d'emblée un certain intérêt à se dévoiler au sujet d'une situation pouvant être difficile (et probablement une certaine aisance pour le faire), la représentativité de l'échantillon sera limitée puisque cela n'est pas forcément le cas pour l'ensemble de la population cible. Enfin, il y a également un risque de biais de sélection des cas. Étant donné que les art-thérapeutes auront à aviser leur patient impliqué dans la situation choisie pour l'entrevue, ils pourraient n'opter que pour des situations concernant des patients avec qu'il est facile d'évoquer l'émergence de ce phénomène au sein de la thérapie. Il en reste que ces choix méthodologiques, basés sur le caractère libre et volontaire de la participation, demeurent adéquats sur le plan éthique. Il est effectivement important de veiller à ne jamais forcer la participation ou la divulgation d'informations.

Une autre limite à anticiper est liée au biais de rétention d'information. Cela pourrait être secondaire à la désirabilité sociale, soit un désir de projeter une image positive de soi en adéquation avec ce qui est

considéré collectivement comme désirable, au détriment d'une révélation sincère de soi (Pansu et Beauvois, 2004). L'art-thérapeute peut craindre les jugements défavorables de l'intervieweur ou encore peut juger inadéquat de ressentir des émotions difficiles envers les patients. La souffrance chez le soignant fait en effet l'objet de certaines idées préconçues : elle peut être perçue à tort comme le reflet de son incapacité personnelle à faire face à une difficulté inhérente à sa fonction (Béland, 2009). De l'information pourrait aussi être occultée en raison d'un biais de confirmation, c'est-à-dire un automatisme amenant les participants à privilégier les informations compatibles avec leurs croyances préexistantes (Larivée *et al.*, 2018). Le participant pourrait donc répondre aux questions d'entrevue en fonction de ce qu'il a appris au sujet de la résistance et des phénomènes transférentiels, plutôt que de se référer à son expérience subjective. Il y a donc un risque qu'il minimise, cherche à magnifier ou omette le réel ressenti, afin de le rendre plus acceptable ou conforme à ses conceptions de son rôle, ses capacités et ses connaissances, ce qui nuirait à la validité des résultats. Cela justifie d'autant plus l'importance que l'intervieweur possède des habiletés relationnelles développées afin de mener l'entrevue judicieusement et créer une alliance, ce dans un climat d'accueil et d'ouverture. Comme la cueillette des données n'est prévue qu'en un seul moment, ce laps de temps restreint constitue toutefois un défi supplémentaire à l'établissement de ce lien de confiance. L'ajout de la création à l'entrevue peut néanmoins permettre d'atténuer le biais de confirmation, quoiqu'il soit toujours présent. Tel qu'indiqué précédemment, comparativement au discours verbal, l'art tend à révéler du contenu plus significatif, survenant parfois par surprise et contournant le contrôle volontaire du créateur (McNiff, 2008). Cela pourrait ainsi amener du matériel à la conscience du participant qui était a priori inaccessible et donc lui donner l'occasion d'aborder son vécu sous un autre angle, s'il le souhaite. En effet, il demeurera en tout temps libre d'élaborer ou non au sujet de son expérience.

Enfin, il est important de souligner que le fait d'interroger quelqu'un au sujet d'une expérience antérieure, que ce soit en lui demandant de se rappeler les faits ou l'expérience subjective qui y était associée, ne donne pas accès à la situation telle que réellement vécue. En effet, selon la théorie de la reconsolidation de la mémoire, le souvenir risque d'être altéré puisque la réactivation de la mémoire peut la rendre labile et donc sujette à changement, avant d'être reconsolidée (Nader *et al.*, 2000). Des options seront évoquées dans la section subséquente afin de surmonter ce biais. Toujours est-il que cette limite n'existe que si l'on cherche à accéder à une vérité, une réalité objective. S'il est convenu que la conscience ne reflète pas la réalité, mais plutôt qu'elle engendre une forme de réalité, le sens de l'expérience vécue ne réside donc pas dans le rappel immédiat, mais émerge de la réflexion qui en découle (Guimond-Plourde, 2013).

6.2.2 Alternatives et compléments méthodologiques

Pour limiter le biais de mémoire relevé ci-dessus, une alternative à la méthodologie présentée ici est l'utilisation d'un journal de bord, sous forme écrite et/ou imagée. Les participants seraient alors invités à l'utiliser pour y faire état de leur vécu dans un court délai à la suite des rencontres pendant lesquelles ils ont observé de la résistance. Par court délai, il est entendu la journée même afin de minimiser les interférences possibles, ce étant donné que c'est durant le sommeil que les souvenirs récents sont traités et intégrés aux mémoires existantes (Diekelmann et Born, 2010). Ceci permettrait de capter à chaud les ressentis, pensées et réactions des art-thérapeutes. Or, cela exige une implication nettement plus soutenue, ce qui peut donc limiter le recrutement ou nécessiter des mesures incitatives (compensation financière) pour assurer un échantillon suffisant.

En s'inspirant de la méthode d'investigation relationnelle *Caring* proposée par Cara (1997) ainsi que de celle de Colaizzi (1978), une entrevue supplémentaire pourrait aussi être effectuée avec chaque participant afin de lui présenter l'analyse des données et de l'inviter à exprimer son point de vue, lui donnant l'occasion de clarifier sa propre compréhension du phénomène à l'étude. Certes, tel que souligné ci-haut, augmenter l'implication requise peut s'avérer dissuasif pour certains participants. Ceci permettrait néanmoins, tel que souligné par Dowling (2007) d'aller-au-delà de l'aspect descriptif en allant recueillir l'interprétation, tout en évitant que celle-ci soit basée sur les croyances du chercheur. Cela favoriserait plutôt une co-création quant à la signification du phénomène à l'étude. L'accent ainsi mis sur l'interprétation des expériences dont le participant est le maître d'œuvre, cette méthode s'éloigne de la phénoménologie purement descriptive pour embrasser les principes de la phénoménologie herméneutique, dont Heidegger (1962) est le principal protagoniste. Modifier la méthode d'analyse des données en ce sens pourrait par ailleurs être pertinent, ce particulièrement si les participants présentent une grande hétérogénéité. Le but de la recherche herméneutique est en effet que chaque participant puisse se révéler comme un être unique. Il n'y aurait alors pas l'attente d'en arriver à une synthèse décrivant ce qui est commun dans l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance des patients, l'objectif étant plutôt d'en approfondir la compréhension, tout en mettant en lumière la subjectivité et la singularité des participants en fonction de leurs contextes spécifiques (Guimond-Plourde, 2013), notamment les variations quant au type de pratique. En complément à cette variante méthodologique, il serait intéressant, préalablement à la seconde rencontre, d'analyser les images à la manière d'Edward et Welch (2011), c'est-à-dire d'en faire une interprétation des représentations symboliques puis de les intégrer au processus d'identification des structures essentielles du phénomène. Edward et Welch expliquent que cet ajout permet de révéler des informations différentes et complémentaires quant au sens de l'expérience vécue par les participants,

lesquelles ne sont pas initialement exprimées dans les récits verbaux. Edward et Welch suggèrent que l'analyse de l'image repose sur le chercheur qui, lors de la seconde entrevue, présente sa compréhension à chaque participant, qui a alors la liberté d'apporter des bonifications ou rectifications. Il serait cependant intéressant de déroger quelque peu à cette méthode : vue la capacité des art-thérapeutes à lire le langage imagé et l'idée selon laquelle, en recherche herméneutique, une place centrale doit être vouée aux perceptions du participant lors de l'analyse des données, il serait d'autant plus pertinent que le sens attribué à l'image soit celui provenant de son créateur et qu'il soit recueilli dès la première entrevue.

6.3 Intérêts de recherche supplémentaires

Une fois les différentes dimensions de l'expérience subjective des art-thérapeutes face à la résistance mieux saisies, il pourrait être pertinent d'explorer dans un deuxième temps de quelle manière cette expérience agit en tant que guide dans ce même contexte, c'est-à-dire quelle(s) influence(s) elle peut avoir sur les choix et les actions des art-thérapeutes lorsqu'ils font face à la résistance. Bien que la perception de l'art-thérapeute à cet effet puisse être recueillie dans le cadre de l'entrevue, il ne s'agit pas de l'angle principal avec lequel est abordé le sujet dans la méthodologie proposée et l'analyse des données ne permettrait pas d'établir de corrélation dans cette optique. Une telle étude permettrait de mieux comprendre le rôle de la subjectivité des art-thérapeutes dans ce type de situation et ainsi offrir des outils et pistes de réflexions supplémentaires pour apprendre à bien utiliser cette source d'information et composer avec elle. D'autre part, sachant tel qu'indiqué ci-haut que la résistance en thérapie peut être à l'origine d'une certaine souffrance pour l'intervenant, il serait intéressant de continuer à sonder ce volet subjectif de la réalité des art-thérapeutes en allant cette fois-ci au-delà de l'aspect descriptif du phénomène vécu, en se tournant plutôt vers l'identification des besoins qui en émergent. Ceci donnerait l'occasion de réfléchir à des solutions afin de se préserver dans le cadre de la pratique professionnelle.

CONCLUSION

La rédaction de cet essai a permis d'exposer la complexité et les nombreuses dimensions entourant le phénomène de la résistance au sein d'un processus thérapeutique, auquel les suivis en art-thérapie ne se soustraient pas. En raison de la nature projective de l'image et de la relation triadique dans laquelle elle s'inscrit, l'art-thérapie comporte ses caractéristiques propres, faisant en sorte que la résistance du patient peut s'exprimer de multiples façons, dont à travers la création. Né d'un désir d'en apprendre davantage sur ces dynamiques spécifiques et sur la réalité des art-thérapeutes, ce travail consistait donc en l'élaboration d'un protocole de recherche reposant sur la collecte et l'analyse de témoignages d'art-thérapeutes, ayant pour but de mieux saisir leur expérience subjective face à la résistance des patients. La phénoménologie descriptive, par sa capacité distinctive à faire émerger l'universalité des diverses expériences humaines, est certainement une saine approche pour répondre à l'objectif de recherche. D'autres méthodes possibles pour ce faire ont également été présentées. Puisse une éventuelle mise en œuvre de ce protocole mener à une meilleure compréhension des mouvements transférentiels spécifiques à la triade thérapeute-patient-crétion et de ce qui caractérise le vécu spécifique des art-thérapeutes face à la résistance en thérapie.

ANNEXE A – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PARTICIPANTE

Formation académique:

- Diplôme(s) obtenu(s) en art-thérapie
 - Année(s) d'obtention
 - Université(s) émettrice(s) du ou des diplôme(s)
- Diplôme(s), certification(s) ou titre(s) professionnel(s) complémentaire(s) dans le domaine des soins ou de la relation d'aide, le cas échéant
 - Année(s) d'obtention
 - Université(s) émettrice(s) du ou des diplôme(s)

Expérience(s) professionnelle(s)

- Nombre d'années d'expérience
 - En art-thérapie
 - Dans un autre domaine des soins ou de la relation d'aide*
- Approche(s) pratiquée(s)
- Description de la clientèle
 - Problématique(s)
 - Tranche(s) d'âges
- Milieu(x) de pratique

* Si le participant a une expérience professionnelle dans le domaine des soins ou de la relation d'aide autre que l'art-thérapie, ces différentes expériences seront distinguées lors des questions subséquentes afin d'obtenir un portrait précis du parcours professionnel du participant.

ANNEXE B – GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Consigne : Préalablement à cette entrevue, il vous a été demandé d'identifier une situation où vous avez observé de la résistance dans le cadre de votre pratique à titre d'art-thérapeute. Pensez à cette expérience où la résistance s'est manifestée, d'une façon ou d'une autre, à travers le processus de création. Essayez de me décrire cette situation comme si vous la viviez présentement. Racontez votre expérience telle que vous l'avez vécue. Veuillez éviter toute information non pertinente à la compréhension de votre situation qui permettrait d'identifier votre patient : vous pouvez au besoin lui donner un nom fictif.

Questions pour précision :

1. Que s'est-il passé?
2. Comment s'est manifestée la résistance à ce moment?
3. Qu'avez-vous fait en réaction à cela?

*Consigne : À l'aide des matériaux mis à votre disposition, représentez votre propre vécu à travers cette situation. Vous pouvez utiliser un ou plusieurs matériaux. Vous bénéficierez d'au maximum 20 minutes pour la création. Si le participant pose des questions, l'intervieweur répond en répétant simplement les consignes déjà données, ou par *C'est comme vous voulez*.*

Questions à poser lorsque le participant mentionne avoir terminé :

4. Parlez-moi de votre image.
 - Décrivez ce que vous y avez représenté.
 - Quelle(s) partie(s) de votre image attire(nt) davantage votre attention? Parlez-moi de cela.
 - Y a-t-il une ou des partie(s) de votre image qui vous intrigue(nt)? Si oui, parlez-moi de cela.
 - Quel(s) lien(s) pouvez-vous faire entre votre image et l'expérience que vous avez vécue?
 - Est-ce que votre image finale représente l'intention initiale que vous aviez? Si non, quelle(s) différences y a-t-il?
 - Avez-vous quoi que ce soit d'autre à ajouter au sujet de votre image qui n'ait pas encore été nommé?
5. Dans cette situation où vous avez observé de la résistance, comment c'était de vivre cela?
(Au besoin : Comment décririez-vous votre vécu en lien avec la résistance de ce patient?)
 - Qu'avez-vous pensé à ce moment?
 - Qu'avez-vous ressenti à ce moment?
 - Que ressentiez-vous envers le patient?

- Que ressentiez-vous envers la création de votre patient?
 - Avez-vous remarqué des sensations physiques particulières? Si oui, lesquelles?
6. Comment comprenez-vous que vous ayez vécu cette situation ainsi?
7. Comment avez-vous composé avec ce vécu?
- Pendant la séance
 - Après la séance
 - Dans quelle intention avez-vous agi de la sorte?
8. Quelle influence ce vécu a-t-il eu sur votre façon d'intervenir avec ce patient?
9. Y a-t-il d'autres dimensions significatives de cette expérience qui mériteraient d'être abordées pour s'assurer de bien la comprendre? Si oui, lesquelles?

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves.
- Albert-Puleo, N. (1980). Modern psychoanalytic art therapy and its application to drug abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 7(1), 43–52. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(80\)90038-6](https://doi.org/10.1016/0197-4556(80)90038-6)
- Arènes, J. et Marteau-Chasserieu, F. (2021). Les résistances en résonance avec les mouvements d’alliance thérapeutique. Dans M.-J. Brennstuhl (dir.), *L’alliance thérapeutique en 66 notions* (p. 157-162). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0157>
- Association des art-thérapeutes du Québec (s. d.). *À propos de l’art-thérapie*. <https://aatq.org/lart-therapie/a-propos-de-lart-therapie/>
- Beardsley, C. (2020). *The power of witnessing: Art therapy and the triadic relationship* [Essai]. Université Seton Hill.
- Béland, J.-P. (2009). *La souffrance des soignants*. Presses de l’Université Laval.
- Brown, R. (2015). The HOROR theory of phenomenal consciousness. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 172(7), 1783–1794. <https://doi.org/10.1007/s11098-014-0388-7>
- Buber, M. (1969). JE et TU (traduit par G. Bachelard). Aubier.
- Caelli, K. (2000). The changing face of phenomenological research: Traditional and American phenomenology in nursing. *Qualitative Health Research*, 10(3), 366–377. <https://doi.org/10.1177/104973200129118507>
- Cara, C. (1997). *Managers’ subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses* [Thèse de doctorat]. Université du Colorado.
- Case, C. et Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Jessica Kingsley.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist’s view it. Dans R. Vale et M. King (dir.), *Existential–phenomenological alternatives for psychology* (p. 48–71). Oxford University Press.
- Creswell, J.W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4^e éd.). Sage.
- Dictionnaire Le Robert. (s. d.a). *Dico en ligne Le Robert – Définition, expérience*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/experience>
- Dictionnaire Le Robert. (s. d.b). *Dico en ligne Le Robert – Définition, subjectif*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/subjectif>
- Diekelmann, S. et J. Born. (2010). The memory function of sleep. *Nature Reviews Neuroscience*. 11(2), 114–126. <https://doi.org/10.1038/nrn2762>

- Dowling, M. (2007). From Husserl to Van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131–142. <https://doi-org.proxy.cegepat.qc.ca/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- Duchastel, A. (2015). L'approche gestaltiste. Dans J. Hamel et J. Labrèche (dir.), *Art-Thérapie : mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs* (p. 124-139). Larousse.
- Duchastel, A. (2016). *La voie de l'imaginaire : le processus en art-thérapie* (4^e éd.). Québec-Livres.
- Edward, K.-L. et Welch, T. (2011). The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(2), 163–171. <https://doig.org/10.5172/conu.2011.163>.
- Fenichel, O. (1932). Outline of Clinical Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1(3-4), 545-652. <https://doi.org/10.1080/21674086.1932.11925155>
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P. et Diaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 898-911. <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>
- Fontana, A. et Frey, J.H. (1994). Interviewing: The art of science. Dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 361-376). Sage.
- Ford, B.Q. et Gross, J.J. (2019). Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74-81. <https://doi.org/10.1177/0963721418806697>
- Fortin, M.F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière éducation.
- Freud, A. (Berman, trad. 1936/2001). *Le moi et les mécanismes de défense* (15^e éd.). Presses universitaires de France.
- Freud, S. (Berman, trad. 1910/2010). *La technique psychanalytique* (2^e éd.). Presses universitaires de France.
- Freud, S. (Lefebvre, trad. 1900/2013). *L'interprétation du rêve*. Points.
- Freud, S. (1939). Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse*, 39(3), 371-402.
- Freud, S., et Breuer, J. (Berman, trad. 1895/2002). *Études sur l'hystérie* (2^e éd.). Presses universitaires de France.
- Germer, C. et Neff, K. (2020). *Mon cahier d'autocompassion en pleine conscience : comment apprendre à s'aimer*. De Boeck Supérieur.
- Ginger, S. (2009). *La gestalt : l'art du contact* (10^e éd.). Marabout.

- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théories, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 341-364). Gaëtan Morin.
- Gonzales, M.F., Walle, E.A., Cohen-Charash, Y. et Shields, S.A (2020). Editorial: Everyday beliefs about emotion: Their role in subjective experience, emotion as an interpersonal process, and emotion theory. *Frontiers in Psychology, 11* (597412), 5-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597412>
- Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Guimond-Plourde, R. (2013). Une « randonnée » phénoménologique-herméneutique au cœur de l'expérience vécue du stress-coping chez des jeunes en santé. *Recherches qualitatives, 32*(1), 181–202. <https://doi.org/10.7202/1084617ar>
- Hamel, J. (1997). L'approche gestaltiste en thérapie par l'art. *Revue québécoise de gestalt, 2*(1), 130-146.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation* (traduit par D. Rapaport). International Universities Press.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Harper and Row.
- Hinz, L D. (2013). The life cycle of images: Revisiting the ethical treatment of the art therapy product. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 30*(1), 46–49. <https://doi.org/10.1080/07421656.2013.757757>
- Hinz., L.D. (2020). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy*. Routledge.
- Hochschild, A.R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology, 83*(3), 551-575. <https://jstor.org/stable/2778583>
- Husserl, E. (Alston et Nakhnikian, trad. 1907/1973). *The idea of phenomenology* (5^e éd.). Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (Carr, trad. 1936/1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Northwestern University Press.
- Karnaze, M.M. et Levine, L.J. (2020). Lay theories about whether emotion helps or hinders: Assessment and effects on emotional acceptance and recovery from distress. *Frontiers in Psychology, 11* (183). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00183>
- Kepner, J. (1998). *Le corps retrouvé en psychothérapie*. Retz.
- Kernberg, O. F. et Widlöcher, D. (1997). *La personnalité narcissique*. Dunod.
- Key, B., Zalucki, O., et Brown, D. J. (2022). A first principles approach to subjective experience. *Frontiers in Systems Neuroscience, 16* (756224). <https://doi.org/10.3389/fnsys.2022.756224>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4^e éd.). Lippincott Williams and Wilkins.

- Klein, J. (2007). L'art-thérapie. *Cahiers de gestalt-thérapie*, 20, 55-62.
<https://doi.org/10.3917/cges.020.0055>
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.
- Larivée, S., Sénéchal, C. et St-Onge, Z. (2018). Le biais de confirmation en clinique. *Enfance*, 4(4), 575-592.
<https://doi.org/10.7202/1060013ar>
- Lau, H. (2022). *In consciousness we trust: The cognitive neuroscience of subjective experience* (5^e éd.). Oxford University. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198856771.001.0001>
- Laurendeau, S. (2018). *Trop sensible pour être art-thérapeute? Quand un patient touche l'art-thérapeute, le suivi en art-thérapie peut-il se poursuivre?* Universitaires européennes.
- Lusebrink, V. B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. Plenum Press.
- Malmquist, C. P. (1978). *Handbook of adolescence: Psychopathology, antisocial development, psychotherapy*. Jason Aronson.
- Marc, E. (2002). Le travail des résistances : entre psychanalyse et gestalt. *Gestalt*, 1(22), 49-68.
<https://doi.org/10.3917/gest.022.0049>
- McNiff, S. (1998). *Trust the process: An artist's guide to letting go*. Shambhala.
- McNiff S. (2008). Arts-based research. Dans J.G. Knowles G. et A.L. Cole (dir.), *Handbook of the arts in qualitative research* (p. 29–42). Sage.
- Moon, B. L. et Nolan, E. G. (2020). *Ethical issues in art therapy* (4^e éd.). Charles C. Thomas.
- Moschini, L. B. (2005). *Drawing the line: Art therapy with the difficult client*. J. Wiley.
- Moustakas, C.E. (1956). *The self: Explorations in personal growth*. Harper and Row.
- Moutet, M. et Golay, A. (2006). La résistance du patient : « à quoi? », « contre qui? ». *Revue médicale Suisse*, 2(59), 853-857. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2006.2.59.0853>
- Munhall, P. L. (2012). A phenomenological method. Dans P.L. Munhall (dir.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (5^e éd.) (p. 113-175). Jones and Barlett Learning.
- Nader, K., Schafe, G.E., et Le Doux, J.E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature: International Weekly Journal of Science*, 406(6797), 722–726. <https://doi.org/10.1038/35021052>
- Oatley, K. (1993). Social construction in emotions. Dans M. Lewis et J.M. Haviland (dir.), *Handbook of Emotions* (p. 341-352). Guilford.
- Office québécois de la langue française (1990). *Subjectif. Le grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17026149/subjectif>

- O'Reilly, L. et Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.) (p. 33-57). Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2009). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Armand Colin.
- Pansu, P. et Beauvois, J.L. (2004). Juger de la valeur sociale des personnes : les pratiques sociales d'évaluation. Dans P. Pansu et C. Louche (dir.), *La psychologie appliquée à l'analyse des problèmes sociaux* (p. 159-183). Presses Universitaires de France.
- Perls, F. S. (1978). *Le Moi, la faim et l'agressivité*. Tchou.
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the human sciences: Systems of inquiry*. SUNY.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=7667>
- Polster, E. et Polster, M. (1983). *La gestalt : nouvelles perspectives théoriques et choix thérapeutiques éducatifs*. Le Jour.
- Reeder, F. (1991). Conceptual foundations of science and key phenomenological concepts. Dans M.E. Rogers et Wayne State University College of Nursing (dir.), *Nursing theory, research and practice* (p. 177-187). Wayne State University.
- Reich, W. (Kamnitzer, trad. 1933/1971). *L'analyse caractérielle*. Payot.
- Rhinehart, L. et Engelhorn, P. (1982). Pre-image considerations as a therapeutic process. *The Arts in Psychotherapy*, 9(1), 55–63. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(82\)90027-2](https://doi.org/10.1016/0197-4556(82)90027-2)
- Robbins, A. et Cooper, B. (1993). Resistance in art therapy: A multi-model approach to treatment. *Journal of the American Art Therapy Association*, 10(4), 208-218.
<https://doi.org/10.1080/07421656.1993.10759015>
- Rogers, C. R. (Zigliara, trad. 1971/2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (20^e éd.). Sociales Françaises.
- Rosenthal, D. (2021). Assessing criteria for theories. *Cognitive Neuroscience*, 12, 84–85.
<https://doi.org/10.1080/17588928.2020.1838471>
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford.
- Savoie-Zajc, L. (2021). L'entrevue semi-dirigée. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7^e éd.) (p. 273-296). Presses de l'Université du Québec.
- Spiegelberg, H. (1960). *The phenomenological movement: A historical introduction*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-94-017-5920-5>
- UQAT (s. d.). *Art-thérapie : qu'est-ce que l'art-thérapie?* <https://www.uqat.ca/etudes/art-therapie/quest-ce-que-art-therapie/>

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.