



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

PROTOCOLE DE RECHERCHE-ACTION À DEVIS MIXTE CONVERGENT EN ART-
THÉRAPIE INDIVIDUELLE AUPRÈS D'ADULTES AYANT DES SYMPTÔMES
DISSOCIATIFS

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

Par
Amélie Clément

Août 2025

REMERCIEMENTS

Alors que la rédaction de cet essai se conclut, j'ai le souhait ambitieux – voire utopique – d'exprimer par ces quelques mots la reconnaissance qui m'habite quant aux proches qui ont su m'aider à me sentir ancrée à travers un sujet qui peut naturellement nous amener à nous envoler : la dissociation.

Je tiens tout d'abord à remercier Sophie Boudrias, la directrice de cet essai, pour ses centaines de marques de révisions et pour tout ce temps alloué durant plusieurs mois à la lecture et à la relecture de chacune des sections suivantes. Mettre des mots sur les phénomènes dissociatifs représente un défi de taille; il s'agit de décrire l'indescriptible. Sophie, tes commentaires, un à un, m'ont permis de préciser ce que je souhaite réellement mieux comprendre de la dissociation et de l'art-thérapie par la recherche. Ton expertise et ton accompagnement me donnent l'espoir que la rédaction de ce protocole ait permis d'explicitier les connaissances actuelles sur la dissociation afin de faire ressortir les bases essentielles à la conception d'un protocole de recherche précis et concevable.

Merci à Dre Marlene Steinberg pour votre accompagnement dans l'intégration du SCID-D dans ce projet de recherche. La recherche sur la dissociation étant trop limitée, alors que ses retombées permettent une pratique optimisée en relation d'aide, je me vois enthousiaste et pleine de gratitude d'avoir recours à des outils validés et spécialement conçus pour cibler les symptômes dissociatifs dans le cadre de ce protocole de recherche.

Je souhaite également remercier les familles de la *Société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées* que j'accompagne depuis plusieurs années. Vous ne cessez de me montrer par votre détermination pour vos proches que de prioriser une qualité relationnelle peut être le vecteur d'un rétablissement soutenu lorsqu'un trouble de la santé mentale s'invite dans nos vies. Vous m'impressionnez dans votre résilience. Vous me faites ressentir énormément de gratitude envers ma famille et mes ami-es, qui ont toujours pris soin de moi. Je songe également à mes collègues en art-thérapie et grandes amies, Audrey-Anne et Joanie. Tout au long de mon parcours de maîtrise, vous avez été des amies soutenantes et présentes à des moments où la résilience était essentielle, et je me considère sincèrement chanceuse de pouvoir compter sur vous.

Enfin, Geneviève, je ne saurai jamais te remercier suffisamment pour toutes les fois où j'ai eu besoin de ton soutien et de tes encouragements. Ma fiancée, ton intelligence et ton courage n'ont pas fini de m'impressionner. Merci de croire en moi tous les jours.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	5
1. PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL	6
1.1 Dissociation et symptômes dissociatifs : définition et prévalence	6
1.1.1 Traitements actuels des symptômes dissociatifs.....	7
1.1.2 Imaginaire, imagination, capacité hypnotique et dissociation.....	8
1.1.3 Art-thérapie auprès de personnes ayant vécu un traumatisme ou un épisode psychotique.....	9
1.1.4 Pertinence de l'art-thérapie auprès de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs	11
1.2 Quelques approches en art-thérapie.....	14
1.2.1 Approche gestaltiste en art-thérapie individuelle.....	14
1.2.2 Approche jungienne en art-thérapie individuelle	15
1.2.3 Approche somatique en art-thérapie individuelle.....	16
1.2.4 Approche par le processus en art-thérapie individuelle.....	17
1.3 Régulation émotionnelle et technique d'ancrage.....	17
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE	20
3. MÉTHODOLOGIE	21
3.1 Description et justification de l'approche méthodologique	21
3.2 Procédure d'échantillonnage et recrutement.....	24
3.3 Déroulement des séances d'art-thérapie.....	26
3.4 Collecte de données	28
3.4.1 Les propos et les scores recueillis au SCID-D et les scores obtenus au DES-II	29
3.4.2 Les propos des participant-es recueillis et notés sur l'appréciation de la séance à la fin de chaque séance	30
3.4.3 Les notes évolutives rédigées par l'art-thérapeute.....	31

3.4.4 Le journal de pratique de l'art-thérapeute	31
3.4.5 L'appréciation globale des participant·es : les entrevues finales enregistrées.....	31
3.5 Procédure d'analyse des données	32
3.5.1 Déroulement de la suite des étapes de Jackson <i>et al.</i> (2018) : analyse des propos directs de fin de séance et des entrevues finales	33
3.5.2 L'analyse des scores obtenus au DES-II	35
4. DISCUSSION.....	35
4.1 Considérations éthiques	35
4.2 Limites de la méthodologie	36
4.3 Retombées attendues.....	38
CONCLUSION	40
ANNEXE A – DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE-II (DES-II)	41
ANNEXE B – ENTREVUE DE PRÉSÉLECTION TÉLÉPHONIQUE	45
ANNEXE C – EXEMPLES DE QUESTIONS SUR L'APPRÉCIATION DE CHAQUE SÉANCE	47
ANNEXE D – GUIDE D'ENTRETIEN FINAL	48
LISTE DE RÉFÉRENCES	49

INTRODUCTION

Une coupure entre soi et le monde peut s'avérer, en certaines occasions, vitale et instinctive. La dissociation, qui implique de séparer deux éléments d'une même situation, correspond à une capacité naturelle de notre cerveau qui se veut adaptative et qui permet de se préserver advenant un stress intense (Brus, 2022). Toutefois, la dissociation est souvent mentionnée dans les études sur le trouble de stress post-traumatique (Brus, 2022). Ces états de stress post-traumatique contiennent, eux, selon la littérature récente, la présence de schémas de survie évolutifs et de réflexes instinctifs non verbaux (Gantt et Tinnin, 2009). Plus précisément, la dissociation péritraumatique perturbe le codage de l'expérience en mots, et ainsi, des mémoires peuvent rester ancrées dans le cerveau, mais de façon non verbale (Gantt et Tinnin, 2009). Il n'est pas étonnant que l'art-thérapie, une approche combinant les modalités verbale et non verbale, s'avère efficace pour les survivant-es d'un traumatisme, car elle ouvre une voie là où il n'en existait pas auparavant (Gantt et Tinnin, 2009). Les symptômes dissociatifs ne se résument pas à ceux accompagnant un état traumatique. Il devient, dès lors, complexe de cerner les interactions possibles entre l'art-thérapie et les personnes présentant des symptômes dissociatifs. Cet essai propose ainsi un protocole de recherche dont l'objectif est de mieux comprendre l'expérience d'adultes vivant avec des symptômes dissociatifs lors de séances d'art-thérapie individuelles. Pour ce faire, la formulation de la problématique et l'élaboration du cadre conceptuel permettront d'identifier les éléments caractéristiques de la dissociation, les traitements actuels proposés auprès des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs, les parallèles existants entre l'imaginaire, l'imagination, la capacité hypnotique et la dissociation, ainsi que les correspondances avec quelques approches communément utilisées en art-thérapie. Cette section définira également la régulation émotionnelle et les techniques d'ancrage pour tenter de cibler ce que la littérature rapporte comme élémentaire à la pratique de l'art-thérapie auprès des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs. Ces sections permettront d'établir les bases afin de formuler les objectifs du présent protocole de recherche et de préciser la question de recherche. Puis, pour une éventuelle réalisation du protocole de recherche, une méthodologie de type recherche-action à devis mixte convergent sera proposée, décrite et justifiée. Enfin, une discussion relèvera les considérations éthiques, les limites de la méthodologie en prenant soin de mentionner les mesures à prendre pour les réduire et les retombées attendues de la réalisation de cette recherche.

1. PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

La présente section propose des éléments de définitions et des caractéristiques entourant la dissociation. Puis, cette section introduit des approches variées en art-thérapie. Elle définit également la régulation émotionnelle et les techniques d'ancrage afin d'introduire une réflexion sur les possibles applications de l'art-thérapie auprès de personnes ayant des symptômes de dissociation.

1.1 Dissociation et symptômes dissociatifs : définition et prévalence

La définition de la dissociation ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature (Yard *et al.*, 2008). Dans le DSM-5-TR, la dissociation implique « une perturbation et/ou discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement (American Psychological Association [APA], 2023, p.417). La dissociation implique des changements de perception, dont un sentiment d'étrangeté subjective et d'irréalité (Černis *et al.*, 2020). Elle a un impact sur le fonctionnement mnésique, sur la santé mentale et sur le fonctionnement au quotidien (Černis *et al.*, 2020). Les difficultés de mémoire et de communication des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs peuvent nuire aux relations sociales et contribuer au retrait social (Černis *et al.*, 2020). Les individus qui en souffrent peuvent se sentir engourdis ou piégés dans une bulle (Černis *et al.*, 2020). La dissociation peut impliquer une indifférence face aux affects et à la douleur d'autrui (Dong, 2023).

Dans la population générale, la dissociation est souvent connue dans sa forme plus légère et associée à un mécanisme de défense (Chabrol, 2005). Elle peut avoir la fonction adaptative de permettre à une personne de se suspendre d'une réalité insoutenable (Chabrol, 2005). Toutefois, la dissociation est également une construction omniprésente dans la psychopathologie moderne (Lyssenko *et al.*, 2018) et peut passer des rêveries jusqu'aux expériences dissociatives sévères, comme celles liées au trouble de stress post-traumatique (Harris, 2016). Dès lors, il est possible de parler de symptômes dissociatifs qui peuvent survenir à travers plusieurs diagnostics, dont un trouble de stress post-traumatique, une schizophrénie, un trouble de la personnalité borderline, etc. (APA, 2023). En effet, ils représentent une difficulté courante chez les patient-es souffrant du trouble de stress post-traumatique (Vancappel *et al.*, 2025). Le DSM-5 distingue également un spectre des troubles dissociatifs dans lesquels les symptômes dissociatifs

peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, dans le trouble de dépersonnalisation et de déréalisation, qui sont deux formes courantes de dissociation (APA, 2023), la dépersonnalisation peut conduire à une difficulté à se remémorer des souvenirs et à une difficulté à ressentir la charge émotionnelle qui les accompagne (Dong, 2023). La dépersonnalisation et la déréalisation sont souvent transitoires et s'observent chez des personnes âgées de 15 à 40 ans (Dong, 2023). Ces difficultés peuvent être accompagnées de l'impression de déjà-vu et du sentiment d'être incapable de percevoir l'écoulement du temps, occasionnant une altération subjective du sens du temps (Dong, 2023). La dépersonnalisation peut amener une déchirure des limites corporelles et une fuite temporaire de soi (Dong, 2023). Un adulte sur deux vivra un épisode de dépersonnalisation ou de déréalisation au cours de sa vie (APA, 2023). Quant au trouble dissociatif de l'identité, l'une des formes pathologiques de dissociation, il s'agit d'un diagnostic du spectre des troubles dissociatifs et consiste en la présence d'au moins deux états de personnalités chez un même individu (APA, 2023). Les recherches suggèrent que 5 à 10% de la population pourrait répondre aux critères d'un trouble dissociatif (Engle, 1997). Au Québec, il n'y a actuellement pas de rapports statistiques existant pour répertorier la prévalence des personnes qui vivent avec des symptômes dissociatifs. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'il s'agit, en plus de pouvoir être un trouble en lui-même, d'un symptôme répandu auprès de plusieurs troubles de santé mentale. Ce manque de données pourrait aussi refléter le peu d'attention attribuée à la dissociation dans la littérature et dans la société québécoise.

1.1.1 Traitements actuels des symptômes dissociatifs

Les personnes présentant des niveaux élevés de symptômes dissociatifs sont davantage sujettes à des risques d'abandon des traitements cognitivo-comportementaux et sont généralement moins réactives à ce type de traitement (Löwenstein *et al.*, 2012, cités dans Brand, 2012). Une étude de Vancappel *et al.* (2025) réalisée en milieu hospitalier auprès de personnes atteintes de symptômes dissociatifs démontre un lien entre, d'une part, la réduction de la dissociation et d'autre part, une diminution des croyances négatives sur les émotions, des difficultés de pleine conscience et des difficultés de régulation émotionnelle. Il n'y aurait pas de traitement de référence pour les personnes vivant avec des symptômes dissociatifs outre des propositions thérapeutiques inspirées des approches cognitives comportementales (Vancappel *et al.*, 2025). Des techniques d'ancrage, de pleine conscience, de régulation émotionnelle et de contrôle attentionnel

pourraient être utilisées pour arrêter un épisode dissociatif (Vancappel, 2021, cité dans Vancappel, 2025).

1.1.2 Imaginaire, imagination, capacité hypnotique et dissociation

L'accès à l'imaginaire et à l'imagination des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs est complexe et les liens entre les symptômes dissociatifs et les ressources créatives peuvent être de différentes natures. L'imaginaire comprendrait des fantasmes dépourvus de la substance et de la profondeur de l'imagination réelle (Colman, 2006) et l'imagination comprendrait des processus sociaux cognitifs et globaux interdépendants qui génèrent des compréhensions partagées du présent et des visions d'états futurs du monde possibles (Moore *et al.*, 2020). L'imagination serait associée à une capacité de générer des idées mentalement sur des éléments qui ne peuvent pas être perçus par les sens (Moore *et al.*, 2020). En ce qui concerne les fonctions de l'imagination, il est intéressant de mentionner sa contribution dans la réalisation d'un changement transformateur (Moore *et al.*, 2020). Les capacités d'imaginer, de symboliser et de jouer seraient effectivement nécessaires à tout travail analytique (Colman, 2006).

Selon l'échelle de l'imagination créative (*Creative Imagination Scale*), la capacité d'imaginer serait liée à la fois à la tendance pathologique ainsi qu'à l'efficacité thérapeutique (Kai-ching Yu, 2005). En effet, Dong (2023) mentionne que la dépersonnalisation étouffe l'imaginaire, ce qui a pour effet de séparer l'individu de sa réalité. Toutefois, Yard *et al.* (2008) affirment qu'au sens plus large, la dissociation serait positivement liée à la capacité hypnotique qui, elle, serait liée à la capacité d'imaginer. La capacité hypnotique est définie par la disposition d'un individu à répondre à des suggestions lors de l'hypnose (Yard *et al.*, 2008). Selon Yard *et al.* (2008), les individus ayant une forte capacité hypnotique seraient plus à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique aigus et chroniques. L'état hypnotique aurait trois composantes : l'absorption, la suggestibilité et la dissociation (Spiegel et Spiegel, 1978, cités dans Yard *et al.*, 2008). Des analogies pourraient être conceptualisées entre les symptômes du trouble de stress post-traumatique et l'état hypnotique : la sensibilité aux stimuli (ou de l'évitement) serait similaire à la suggestibilité, la reviviscence intrusive rappellerait l'absorption et l'engourdissement émotionnel (ou la perte de plaisir) serait cohérent avec l'expérience dissociative de l'hypnose (Spiegel, 1993, cité dans Yard *et al.*, 2008). Ainsi, un rapprochement pourrait être fait entre les processus dissociatifs et la

capacité hypnotique. La facilité à entrer dans un état hypnotique pourrait enfin être associée à un plus haut niveau de risque de développer des symptômes dissociatifs, mais pourrait également faciliter l'adhérence à des traitements qui sollicitent cette même capacité.

1.1.3 Art-thérapie auprès de personnes ayant vécu un traumatisme ou un épisode psychotique

Les symptômes dissociatifs peuvent être associés à des traumatismes (Putnam, 1997). Or, les thérapies par les arts ont démontré leur potentiel pour aborder la complexité d'un traumatisme (Harris, 2016). Le traumatisme défie la construction de sens en laissant la personne emporter avec elle des liens qui peuvent avoir plus d'une signification ou encore, des liens paradoxaux entre les capacités linguistiques, les images et les sensations physiques de sa propre expérience (Emanuel, 2021). Le traumatisme ne peut être réduit en une narration ordonnée (Emanuel, 2021). La définition de l'art-thérapie s'avère complexifiée à travers la diversité des techniques thérapeutiques existantes (Dubois, 2013). L'art-thérapie individuelle est une discipline en relation d'aide se réalisant auprès d'une personne qui se concentre sur l'expression de pensées, d'émotions et de conflits à travers la création artistique (Hamel et Labrèche, 2015). Elle vise à utiliser les médiums artistiques pour encourager l'expression émotionnelle et la réflexion avec la présence d'un-e art-thérapeute qualifié-e afin d'induire un changement et un épanouissement personnel par l'utilisation de matériel artistique dans un environnement sûr et stimulant (Ruddy et Milnes, 2005). Cette méthode repose sur la présence de trois témoins fondamentaux du processus créatif : l'art-thérapeute, le ou la client-e ainsi que la création (Hamel et Labrèche, 2015). Pour encourager une création de sens à l'intérieur d'un traumatisme vécu, il est parfois indiqué de travailler sur le contenu traumatique implicite, ce qui est facilité par l'art-thérapie (Putnam, 1997). La mémoire implicite (non déclarative) peut être définie comme les contenus emmagasinés dans la mémoire qui, lorsque réactivés, exercent une influence sur le comportement et la vie de la personne sans nécessiter le rappel conscient des événements vécus (Bohleber, 2007). Le fait de transformer la mémoire implicite traumatique en art-thérapie peut encourager l'autonomie, le contrôle et la compétence (Putnam, 1997).

L'art-thérapie permet également d'explorer de façon moins menaçante les traumatismes, les affects et encourage les processus d'intégration (Akthar et Lovell, 2019). En effet, cette approche favorise l'intégration d'expériences traumatisantes et la reconstruction

identitaire par l'émergence de nouvelles prises de conscience (Akthar et Lovell, 2019). Elle permet d'accéder à des aspects implicites de la personnalité et offre une façon unique d'aider les client-es à comprendre et à travailler avec les influences traumatiques qui ont façonné leur vie (Engel, 1997). L'art-thérapie peut aider à aborder des difficultés d'identité et de mémoire tout en aidant la gestion d'activités quotidiennes (Engel, 1997). Le processus art-thérapeutique permet d'aborder des conflits internes et pour le-la thérapeute, l'œuvre d'art peut servir d'accès et de communication avec les états dissociés portés par un-e client-e (Engel, 1997).

Par ailleurs, Kalmanowitz et Ho (2017) ont examiné les effets autorapportés de l'art-thérapie auprès de personnes ayant vécu des violences politiques. Ces personnes ont mentionné éprouver des difficultés de rappel au niveau de la mémoire traumatique et autobiographique. Certaines ont affirmé préférer oublier et garder leurs émotions pour elles, mais d'autres avaient besoin de raconter leur histoire et d'être entendues (Kalmanowitz et Ho, 2017). Dans cette étude, l'art-thérapie jumelée à la pleine conscience a permis des communications de manière non verbale à travers l'art et un accès à la mémoire explicite et implicite en faisant émerger des souvenirs inconscients (Kalmanowitz et Ho, 2017). En art-thérapie, les participant-es ont pu utiliser l'art pour symboliser, s'exprimer de manière cathartique, réguler leurs émotions, imaginer, communiquer et donner une forme matérielle à leurs pensées et émotions internes (Kalmanowitz et Ho, 2017).

Selon une autre étude de Barrett *et al.* (2022) portant sur les effets de l'art-thérapie auprès de personnes ayant eu une psychose, la création artistique peut permettre non seulement la maîtrise et l'exploration des émotions, mais également l'expression d'expériences profondément enracinées dans le corps et dans les sensations corporelles, ce qui contrebalance l'état dissociatif. Les relations d'objet peuvent être définies comme l'intériorisation inconsciente des relations significatives précoces avec les autres qui définissent et structurent l'expérience de soi et des autres (Greenberg et Mitchell, 1983, cités dans Barrett *et al.*, 2022). La création artistique peut permettre de faire émerger et de contenir les relations d'objet de la personne, ce qui facilite les processus d'intégration (Barrett *et al.*, 2022). Des mesures peuvent être prises pour encourager l'engagement thérapeutique et la participation continue de cette clientèle. Barrett *et al.* (2022) recommandent, entre autres, de disposer d'un espace sécuritaire et d'un-e art-thérapeute soutenant-e.

1.1.4 Pertinence de l'art-thérapie auprès de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs

Au-delà de l'apport de l'art-thérapie auprès de personnes ayant vécu un traumatisme ou un épisode psychotique, l'art-thérapie auprès des personnes vivant plus spécifiquement avec des symptômes dissociatifs demeure peu exploré. Un article de Engel (1997) recense divers écrits qui présentent la littérature et l'intérêt croissant envers le traitement et l'étiologie des troubles dissociatifs au cours des dernières années. Toutefois, un constat est que les personnes vivant avec ces troubles persistent à être souvent mal diagnostiquées et ne reçoivent pas de traitement efficace (Engel, 1997). La plupart des client·es vivant avec des symptômes dissociatifs ne sont pas conscient·es du traumatisme ni de leur réponse dissociative (Engle, 1997). Une fois qu'un trouble dissociatif est identifié, un traitement utile peut présenter des problèmes de temps et de ressources pour les praticien·nes privé·es et leurs client·es (Engle, 1997). Par exemple, la personne cliente peut rapporter pour motif de consultation des problèmes de régulation émotionnelle et d'anxiété inexplicables et, ignorant que des mémoires n'ont pas été intégrées, les professionnel·es impliqué·es peuvent manquer de temps et d'informations cliniques pour intervenir efficacement (Engle, 1997).

Les art-thérapeutes rencontrent souvent leurs client·es lorsqu'ils sont face à une détresse et à une confusion causée par des événements de vie difficiles (Springham et Huet, 2020). Le cadre de l'art-thérapie gagnerait à être redéfini particulièrement auprès de populations vulnérables spécifiques telles que les personnes ayant vécu des expériences relationnelles abusives, traumatisantes ou négligentes durant l'enfance et à l'âge adulte afin de réduire le risque de préjudice auprès de cette clientèle (Springham et Huet, 2020). Les art-thérapeutes seraient d'ailleurs à risque de commettre des préjudices en utilisant des théories de façon universelle ou en ne respectant pas un cadre sécuritaire en art-thérapie (Springham et Huet, 2020). Ces préjudices sont la retraumatisation, qui est définie par le fait de vivre un traumatisme supplémentaire à un traumatisme existant avant la thérapie, ainsi que des conséquences durables d'anxiété, de dépression et d'humiliation (Springham et Huet, 2020). L'art-thérapie, advenant qu'elle soit pratiquée sans un cadre suffisamment sécuritaire, peut exposer la personne à une revictimisation et mettre à risque les frontières du Moi. Le Moi, dans la théorie psychanalytique, est défini comme l'instance qui tente de satisfaire les pulsions ou désirs de la personne, tout en se conformant à la réalité et aux valeurs morales de la personne (Cervone *et al.*, 2014). Le

Moi comporte des capacités d'adaptation et se développe durant l'enfance en faisant l'acquisition de fonctions de plus en plus complexes (Cervone *et al.*, 2014). Concernant le traitement des troubles dissociatifs, Turkus et Kahler (2006) encouragent d'ailleurs à inclure des notions psychodynamiques dans le traitement afin de mieux considérer les effets des traumatismes sur le dysfonctionnement. Selon ces autrices, permettre à la personne de décrire sa création sans interprétation dans un contexte art-thérapeutique pourrait suffire à la définition de frontières symboliques et à l'établissement d'un encadrement thérapeutique, essentiel dans le travail auprès de personnes vivant de la dissociation (Turkus et Kahler, 2006). Le Moi peut ainsi amorcer un travail de restructuration à travers la fonction symbolique sans s'approprier de manière consciente les contenus projetés dans les créations et le processus créatif. Il est à noter que l'excitation excessive provoquée par un traumatisme peut déconnecter les fonctions intégratives de la mémoire, ce qui peut conduire à des épisodes de dépersonnalisations et de déréalisations et à une dissociation générale du soi (Bohleber, 2007). Si une partie du soi traumatisée redevient perméable de façon consciente, ceci constitue une opportunité thérapeutique : l'amorce d'un travail de restructuration de l'organisation du Moi (Bohleber, 2007).

Dans une approche phénoménologique, le concept de soi (ou le soi) regroupe les perceptions et l'ensemble des significations attribuées au Moi, telles que perçues subjectivement par la personne (Cervone *et al.*, 2014). Chez certaines personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité, des techniques d'imagerie guidée pourraient provoquer de faux souvenirs, dans un contexte d'incitation répétée du ou de la thérapeute (Lilienfeld, 2007). Le contact des identités dissociées par des méthodes suggestives, telles les techniques d'hypnose, pourrait également avoir pour effet d'augmenter le nombre d'identités (Lilienfeld, 2007). Le Moi des personnes qui vivent avec des symptômes dissociatifs est vulnérable et est donc à renforcer en thérapie.

En art-thérapie, l'interconnexion entre divers produits tangibles et les émotions internes qui émergent lors du processus créatif pourraient permettre au Moi de maîtriser progressivement des contenus refoulés et de les transformer (McMurray et Schwartz–Mirman, 2001). En effet, des patient-es recevant des soins en santé mentale ayant réalisé des séances en art-thérapie ont identifié des conditions spécifiques à rencontrer en art-thérapie qui favoriseraient l'efficacité thérapeutique (Scope *et al.*, 2017). Ces conditions sont l'attention de l'art-thérapeute sur le processus créatif du-de la client-e, la capacité

du-de la client-e à communiquer par l'art, l'aide apportée par l'art-thérapeute face à la régulation de la colère, le fait que les séances portent sur le renforcement du sentiment de fierté et sur l'amélioration de l'estime de soi et qu'elles permettent d'exprimer les pensées, les sentiments ainsi que d'optimiser le temps des client-es (Scope *et al.*, 2017).

Un canal de discussion entre les professionnel-es s'impose afin de cibler des types d'interventions à privilégier ou à éviter en contexte de symptômes dissociatifs. D'une part, pour certain-es art-thérapeutes, l'art-thérapie peut être utilisée pour faciliter l'expression de contenus traumatiques (Putnam, 1997) et pour diminuer la fragmentation des personnes avec des états dissociés (Engel, 1997). D'autre part, Brun *et al.* (2011) mentionnent le caractère régressif de certaines médiations et techniques art-thérapeutiques, comme l'argile qui, en autorisant le fait de se salir, peut renvoyer à des stades antérieurs du développement infantile. Les régressions qui surviennent en art-thérapie pourraient, en effet, faire naître des angoisses intenses et une projection de mouvements autoagressifs. Fareng et Plagnol (2014) mentionnent un risque pour les personnes souffrant de troubles dissociatifs de se laisser absorber par leurs rêveries et ne recommandent pas la revisitation de souvenirs traumatiques lorsqu'une personne n'a pas accès à un sentiment de sécurité et à un Moi suffisamment fort, au risque de renforcer une confusion interne.

En raison d'antécédents traumatiques chroniques et graves, plusieurs patient-es hospitalisé-es avec des symptômes dissociatifs passent de nombreuses années dans le système de santé mentale, ce qui est un fardeau chaque année en termes financiers pour la société (Myrick *et al.*, 2017). Le traitement des troubles dissociatifs peut être associé à une réduction significative des coûts d'hospitalisation et de consultation externe au fil du temps (Myrick *et al.*, 2017). Il apparaît clair qu'une meilleure connaissance d'approches alternatives pour intervenir auprès de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs pourrait pallier la carence en termes de traitements efficaces. Comme le sentiment d'incompréhension vécu par les personnes vivant de la dissociation peut être lié à l'incompréhension de leur propre expérience (Lévy, 2015), les recherches d'approche phénoménologique en art-thérapie, rares dans le domaine de la dissociation, pourraient permettre d'extrapoler des savoirs issus de leurs expériences thérapeutiques telles qu'éprouvées subjectivement.

1.2 Quelques approches en art-thérapie

Dans le cadre de cette recherche, le cadre théorique est en partie psychanalytique. Toutefois, diverses approches sont proposées pour conduire les rencontres en art-thérapie : la psychologie analytique jungienne, qui découle de la psychanalyse tout en s'en distinguant, la gestalt-thérapie, l'art-thérapie somatique et la psychologie orientée sur le processus. Lors de séances d'art-thérapie, les interventions proposées par ces approches peuvent se combiner.

1.2.1 Approche gestaltiste en art-thérapie individuelle

L'approche gestaltiste en art-thérapie postule que les réactions de la personne qui émergent dans le processus de création et sont issues de l'instant présent sont aussi, sinon plus significatives que le contenu de la création (Hamel et Labrèche, 2015). Les techniques art-thérapeutiques gestaltistes sont variées. Par exemple, elles peuvent consister à amplifier une section de la création, l'élargir au champ plus large de l'imaginaire, à avoir recours à la main non dominante ou encore, à réaliser un dialogue dans la création en s'identifiant aux éléments représentés (Hamel et Labrèche, 2015). Ces techniques peuvent permettre une plus grande présence à l'image ainsi qu'à soi (Hamel et Labrèche, 2015).

En art-thérapie gestaltiste, une importance est accordée au « ici et maintenant ». L'expérience immédiate offre des opportunités de croissance personnelle et d'apprentissage (Bluckert, 2016). Cela permet à la personne de rester connectée avec l'expérience réelle et de la laisser décrire son expérience plutôt que de l'interpréter (Bluckert, 2016). Par ailleurs, cela s'apparente à l'approche phénoménologique en action (Bluckert, 2016). Dans cette approche, le Moi de la personne vivant de la dissociation intervient dans les limites de l'ici et maintenant. Le concept de figure-fond permet de cibler la figure, qui exprime le besoin de la personne dans l'instant présent, et le fond, ce qui, pour le moment, n'est pas au premier plan de l'attention de la personne (Bluckert, 2016). Les séances d'art-thérapie peuvent faciliter le sentiment de sécurité en respectant la perception de la personne face à la figure qui émerge d'abord.

Le cycle de contact, en gestalt-thérapie, correspond au cycle traversé par chacun des besoins d'un individu lors de toute action entreprise ou lors de toute interaction relationnelle (Ginger, 2009). Ces cycles peuvent être interrompus et ainsi occasionner des Gestalts inachevées (Ginger, 2009). Cibler les Gestalts inachevées d'un individu et repérer les résistances est un exemple de travail thérapeutique en approche gestaltiste

(Ginger, 2009). Le dialogue gestaltiste en art-thérapie consiste à demander à la personne de s'identifier à des éléments de sa création (Hamel, 1997). Cette méthode est efficace afin d'intégrer des projections qu'une personne réalise sur la création (Hamel, 1997). Le dialogue gestaltiste pourrait s'avérer intéressant dans un objectif d'intégration d'affects chez les personnes vivant avec des symptômes dissociatifs. Toutefois, l'art-thérapie gestaltiste présente des limites auprès d'individus incapables de se mobiliser eux-mêmes dans l'instant présent et moins en mesure d'avoir du contrôle sur leur environnement (Rhyne, 2001). Les prises de conscience et la capacité de mentalisation peuvent être impossibles pour certaines personnes et les tenir responsables de leur perception peut être trop demander en thérapie (Rhyne, 2001). Le fait d'insister sur les sensations peut aussi nécessiter une plus grande activité cognitive et une reconnaissance de soi élevée (Rhyne, 2001).

1.2.2 Approche jungienne en art-thérapie individuelle

Comme mentionné précédemment, le cadre théorique de ce protocole de recherche est psychanalytique. Dans la pratique de l'art-thérapie, il est également possible d'intégrer l'approche jungienne, issue de l'approche psychodynamique. L'approche jungienne a l'avantage de conserver certaines notions théoriques d'un cadre psychanalytique tout en constituant une pratique adaptée à l'art-thérapie. Le travail en art-thérapie jungienne implique l'actualisation d'un processus d'individuation qui permet à la personne de prendre conscience d'elle-même dans ses forces et ses limites (Hamel, 2015). Cette approche s'intéresse aux archétypes universels adoptés par les individus sous forme de symboles à travers leur création artistique (Hamel, 2015). Elle nécessite un travail d'interprétation des symboles tant par l'art-thérapeute que par la personne cliente et implique de rester en lien avec ses affects et son contexte de vie (Hamel, 2015). Dans l'approche jungienne, le dialogue établi avec l'image diffère de celui réalisé dans l'approche gestaltiste. En effet, l'approche jungienne encourage les éléments de la création à se révéler eux-mêmes sans que la personne s'identifie à ces éléments (McNiff, 1992). Il y a une distance créée entre la personne et la création qui pourrait parallèlement contraster avec l'état psychotique dans lequel la personne projette l'entière de son Moi à l'autre (Watkins, 1983, cité dans McNiff, 1992). Lorsque les éléments de la création artistique peuvent avoir leur identité en dehors de l'égo, une profondeur et une caractérisation peuvent se développer davantage (Watkins, 1983, cité dans McNiff, 1992). La fonction symbolique en art-thérapie jungienne pourrait potentiellement protéger le Moi

des personnes atteintes de symptômes dissociatifs. En effet, en art-thérapie jungienne, les mécanismes de projection et d'identification peuvent sécuriser l'égo par opposition à l'identification gestaltiste. La projection est un mécanisme de défense qui conduit la personne à réprimer une expérience intolérable, puis à l'attribuer à un élément externe et finalement, à se séparer ou à s'éloigner de celui-ci afin de se protéger (Kernberg, 2018). L'identification peut désigner l'état où la frontière entre soi et un élément externe est établie ou non (Sandler, 1989). Dans cet état, une personne incarne des attributs de cet élément dans son autoreprésentation (Sandler, 1989). Une combinaison des approches gestaltiste et jungienne pourrait possiblement pallier les lacunes de chacune des approches (Coret, 2003). En gestalt-thérapie, le risque est de surdimensionner la place de l'individu et de faire naître des réactions narcissiques et indépendantes de la réalité du monde qui l'entoure (Coret, 2003). Au niveau de l'approche jungienne, le fait d'insister sur le sens des symboles collectifs peut renforcer les traits schizoïdes de la personne en la coupant de ses propres sensations et de sa réalité individuelle (Coret, 2003).

1.2.3 Approche somatique en art-thérapie individuelle

Le soma consiste à ressentir subjectivement la réalité intérieure et à l'appréhender de manière phénoménologique (Hamel, 2021). L'art-thérapie somatique se définit ainsi par l'accès au soma à travers des médiums en deux ou en trois dimensions permettant de représenter une sensation physique ressentie subjectivement (Hamel, 2021). Cet accès permet à la personne de conscientiser des états émotionnels intenses ancrés dans les sensations et facilite la communication de ces expériences (Hamel, 2021). La dissociation somatique est associée au processus d'interruption des actions défensives lorsqu'une personne vit une situation de stress (Hamel, 2009). L'enfermement du traumatisme dans le corps peut expliquer la dissociation somatique (Levine, 1997, cité dans Hamel, 2021).

Le traumatisme peut aussi être considéré comme des réactions de défense qui n'ont pas pu être complétées et qui ont été emmagasinées dans le système nerveux (Levine, 1997, cité dans Hamel, 2021). Des éléments spécifiques lors d'expériences traumatiques seraient dissociés. Pour Levine (1997, cité dans Hamel, 2021), ces éléments se situeraient au niveau des sensations, de l'image, des comportements, des affects et du sens. Le recours à l'image en art-thérapie aurait ainsi le pouvoir de donner accès aux états dissociés et de favoriser la réintégration (Hamel, 2021). En effet, le travail art-thérapeutique réalisé à partir d'une sensation physique éprouvée peut à la fois permettre d'accéder à la mémoire implicite somatique et d'induire un état de relaxation (Hamel,

2009). Cela implique une réintégration de la mémoire implicite et explicite, ce qui est l'opposé de la dissociation, pour former une mémoire consciente déclarative à long terme (Hamel, 2009).

Dans l'art-thérapie somatique, le corps est engagé dans l'action, ce qui permet aux mémoires émotionnelles implicites d'être réactivées dans le but d'être reconsolidées (mises à jour) (Boudrias, 2021). L'art-thérapie peut permettre la reconsolidation de la mémoire, car la création d'images aide l'individu à vivre et à contextualiser une expérience réelle (à la fois sur les plans tactiles, kinesthésiques, visuels, émotifs), (*mismatch experience*, Ecker *et al.*, 2012) qui contredit la mémoire émotionnelle ciblée, permettant ainsi sa mise à jour, si elle a d'abord été réactivée (Boudrias, 2021).

1.2.4 Approche par le processus en art-thérapie individuelle

Un des principes fondamentaux de l'approche par le processus en art-thérapie est de suivre le contexte et le rythme de la personne cliente (Hamel, 1997). Selon la psychologie orientée sur le processus, le processus désigne la variation des signaux et des changements de perception d'une personne qui sont ressentis par un observateur (Mindell, 1985). Cette approche, inspirée à la fois de la gestalt-thérapie, de l'approche jungienne et des approches somatiques en psychothérapie, insiste sur l'importance de considérer la personne cliente comme changeante et vivante plutôt que de la considérer comme étant fixe (Mindell, 1985). Elle intègre le travail thérapeutique à partir des comportements non verbaux et de la relation dans l'ici et maintenant : le travail à partir des images, des rêves et des symboles, ainsi que le travail à partir des émotions, des mouvements, des sensations et des symptômes physiques (Goodbread, 1987). L'approche par le processus nécessite que l'art-thérapeute soit attentif-ve au processus de la personne cliente tel qu'il se manifeste par différents signaux pouvant notamment être verbaux, visuels, proprioceptifs, interpersonnels ou kinesthésiques (Mindell, 1985). Cela nécessite que l'art-thérapeute préserve une flexibilité afin d'adapter ses interventions à chaque instant en fonction des signaux observés en séance à travers ces différents canaux d'expression, plutôt que de planifier ses interventions (Mindell, 1985).

1.3 Régulation émotionnelle et technique d'ancrage

La régulation émotionnelle désigne les processus par lesquels une personne influence la manière dont elle vit et exprime ses émotions (Gross, 1998). Ces processus peuvent être automatiques ou contrôlés et conscients ou inconscients (Gross, 1998). Une association

a été réalisée entre la dissociation et les difficultés de régulation émotionnelle (Vancappel *et al.*, 2025). Chez la personne vivant avec des symptômes dissociatifs, l'art-thérapie pourrait faciliter la connexion aux émotions et ainsi, favoriser son expression émotionnelle. La régulation émotionnelle est facilitée, entre autres, par des techniques d'ancrage. L'ancrage est une technique consistant à porter son attention sur un stimulus sensoriel, une image ou un objet (Zerubavel et Messman-Moore, 2015). L'art-thérapie, notamment d'approche gestaltiste, a l'avantage de favoriser l'ancrage de la personne dans l'instant présent (Hamel, 1997). Une étude de cas multiples réalisée auprès de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs démontre d'ailleurs que les arts, facilitant la pleine conscience et la modulation sensorielle, peuvent aider à rompre les pensées ruminantes et les phénomènes de reviviscence ainsi qu'à favoriser la libération émotionnelle et l'expression de soi (Sokmen *et al.*, 2016). Dans le cadre de cette étude, la dissociation aurait diminué chez les participant-es grâce aux processus d'ancrage qui permettent un effet d'autoapaisement et d'attention plus confortable (Sokmen *et al.*, 2016). Toutefois, le recours à l'art dans une visée unique d'expression de soi par des effets cathartiques serait une erreur dans un contexte de dissociation ou d'états de stress post-traumatique complexes (Schiltz *et al.*, 2015). En effet, la participation à un atelier d'art sans le cadre sécurisant obtenu à travers une relation thérapeutique dont le thérapeute a « une formation spécialisée » risquerait de retraumatiser la personne (Schiltz *et al.*, 2015). Il est donc conseillé de combiner une approche verbale avec une médiation artistique (Schiltz *et al.*, 2015). Cette combinaison pourrait permettre de contrebalancer les états hypnotiques pouvant être provoqués par la création artistique. En ce sens, l'art-thérapie pourrait être considérée parmi les approches qui permettent un ancrage sécuritaire. Des recherches sur les liens entre la régulation émotionnelle et l'art-thérapie montrent également que la création artistique agirait plus positivement sur la régulation émotionnelle par une stratégie de distraction émotionnelle que par une stratégie d'expression émotionnelle (Gruber et Oepen, 2018). Pour certaines personnes ayant des symptômes dissociatifs, s'ancrer à des éléments qui sont en apparence distincts du trauma pourrait faciliter l'expression émotionnelle et traiter indirectement et métaphoriquement la mémoire implicite sous-jacente, surtout lorsque le traumatisme est dissocié ou lorsque la personne ignore les impacts du trauma. Ce portrait clinique serait courant en début de thérapie chez les personnes avec des symptômes dissociatifs élevés. Une recommandation émise auprès des art-thérapeutes est d'ailleurs de garder à l'esprit que les créations peuvent être révélatrices et déstabilisantes pour les personnes ayant

des symptômes dissociatifs et ainsi, il peut être préférable d'opter pour des exercices créatifs structurés (Turkus *et al.*, 2006).

Les facteurs spécifiques à la création artistique qui contribuent à une amélioration de la régulation émotionnelle restent à préciser (Gruber et Oepen, 2018). Les personnes vivant de la dissociation peuvent, durant les séances de thérapie, avoir recours aux techniques d'ancrage (Vancappel, 2021, cité dans Vancappel *et al.*, 2025) et de pleine conscience afin de diminuer leurs symptômes (Zerubavel et Messman-Moore, 2015). Un enjeu spécifique à considérer auprès de la clientèle souffrant de dissociation est que les techniques d'ancrage strictement verbales peuvent provoquer une dissociation (Zerubavel et Messman-Moore, 2015). Ainsi, auprès de cette clientèle, le recours au matériel physique lors des techniques d'ancrage peut s'avérer nécessaire (Najavits, 2002, cité dans Zerubavel et Messman-Moore, 2015), ce qui est habituellement le cas en art-thérapie.

Des variables individuelles et des déterminants propres à l'art-thérapie sont également à identifier. Il serait nécessaire, lorsque la dissociation est élevée, d'offrir rapidement des stratégies efficaces pour ramener la personne dans l'instant présent (Turkus *et al.*, 2006). En effet, advenant que les symptômes dissociatifs soient trop élevés et que la personne ne puisse s'ancrer dans l'instant présent, une thérapie pourrait s'avérer inefficace (Turkus *et al.*, 2006). Le recours à la métaphore permet de stimuler des perspectives qui auraient été inaccessibles et de sécuriser les défenses de la personne cliente en permettant des interprétations et des confrontations sécuritaires (Moon, 2007). Les personnes qui expérimentent des symptômes de reviviscence et qui parviennent à surmonter les stratégies d'évitement expérientielles possibles (dont la dissociation) peuvent accéder à de nouvelles issues créatives pour faciliter l'intégration des images du traumatisme (Haeyen et Staal, 2021). Il serait nécessaire, dans ce contexte, de trouver l'équilibre entre la prise de contact avec l'expérience traumatique visuelle et l'expression des émotions (Haeyen et Staal, 2021). L'œuvre d'art peut ainsi devenir une image accessible qui remplace l'image mnésique traumatique (Haeyen et Staal, 2021). Il appartiendrait à l'art-thérapeute de respecter la « fenêtre de tolérance » de la personne (Siegel, 2010, cité dans Haeyen et Staal, 2021) afin qu'elle puisse être en contact avec les émotions liées au traumatisme sans toutefois se laisser envahir par l'intensité de son expérience. La narration du traumatisme par des créations artistiques qui représentent les expériences de la personne combinée à des interventions de régulation de l'anxiété et du sentiment

de déstabilisation peut permettre de reconstruire le récit traumatique de façon sécuritaire (Rankin et Taucher, 2003). Advenant que la dissociation s'élève durant la narration, il est souhaitable d'arrêter la reconstruction de l'histoire, de pratiquer des techniques d'ancrage et d'exposer la personne à des créations artistiques apaisantes (Rankin et Taucher, 2003). La reconstruction du récit traumatique peut être abordée par des éléments moins perturbants pour la personne, d'abord pour lui permettre de rassembler des fragments qui sont déjà facilement disponibles dans la mémoire consciente (Rankin et Taucher, 2003). Il importe de surveiller constamment la capacité de la personne à répondre aux questions thérapeutiques d'élaboration lors de la narration (Rankin et Taucher, 2003). En ce sens, le respect du rythme de la personne semble être un élément essentiel à maintenir pour éviter de faire escalader les symptômes dissociatifs à travers la création artistique.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE

Au regard de l'état de la situation, l'objectif général de cet essai est de concevoir un protocole de recherche visant à mieux comprendre l'expérience de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs en art-thérapie individuelle. Plus précisément, la recherche visera à décrire l'expérience d'adultes vivant avec des symptômes dissociatifs en art-thérapie, ainsi que leur vécu face aux approches, aux médiums et aux techniques art-thérapeutiques utilisés à travers des séances d'art-thérapie individuelles. Ces séances seront effectuées dans une approche intégrative qui sera inspirée des approches mentionnées précédemment. Au niveau de la recherche en art-thérapie, les données recueillies à partir de ce protocole de recherche fourniront des éléments de réponses supplémentaires quant au débat actuel dans la littérature entre les art-thérapeutes sur la dissociation et sur les risques et possibles contraindications en art-thérapie. Cela permettra également de justifier le recours ou non à certains outils art-thérapeutiques en contexte d'intervention individuelle auprès de cette clientèle. Sur le plan clinique, la documentation de l'expérience des participant-es sélectionné-es à travers les médiums, les techniques et les approches pourrait également procurer aux art-thérapeutes des balises pertinentes en matière de savoir-faire et de savoir-être dans l'intervention auprès de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs.

3. MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la recherche sera de décrire l'expérience d'adultes vivant avec des symptômes dissociatifs dans le contexte de séances d'art-thérapie individuelles. Cet objectif sera répondu en ayant recours à la recherche-action à devis mixte convergent. La section suivante décrit et justifie l'approche méthodologique, la procédure d'échantillonnage et de recrutement, le déroulement des séances d'art-thérapie au courant de la recherche, le processus de collecte de données ainsi que la procédure d'analyse de données.

3.1 Description et justification de l'approche méthodologique

D'abord, la recherche-action consiste en une approche systématique de collecte d'informations ou de données en ayant généralement recours à des méthodes associées à la recherche qualitative (Burns, 2009). Son objectif est d'en savoir davantage sur un contexte social afin de modifier ou d'améliorer des pratiques et ainsi d'entraîner des répercussions humaines et politiques plus larges (Burns, 2009). Cette approche peut être utilisée dans un contexte éducatif (Burns, 2009), ainsi que dans un contexte thérapeutique où la personne chercheuse est également l'actrice sur le terrain (Houle *et al.*, 2013). La recherche-action vise à transformer : elle implique qu'un·e praticien·ne-chercheur·euse face à un enjeu agisse de façon concrète afin de contribuer aux connaissances et aux apprentissages dans son système et de soutenir des changements (Guay, 2017). Ce type de recherche peut comprendre l'analyse du propre apprentissage de la personne chercheuse-praticienne, elle-même impliquée dans une autoréflexion approfondie sur ce qu'il ou elle réalise en tant que praticien·ne (McNiff, 2013). Dans ce type de recherche, la personne chercheuse intervient délibérément sur le phénomène étudié et l'objectif est de produire des connaissances à propos des changements réalisés sur la réalité sociale (Allard-Poesi et Perret, 2003). Dans ce protocole de recherche, bien que ces changements ne portent pas directement sur la réalité sociale, mais plutôt sur l'individu, il est proposé que la personne chercheuse soit art-thérapeute et réalise elle-même les séances d'art-thérapie, facilitant ainsi l'apprentissage et l'intégration des nouvelles connaissances sur l'expérience des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs afin d'adapter sa pratique au fil des séances. De plus, ce choix méthodologique vise à faciliter l'intégration des multiples observations réalisées tant au sujet de l'art-thérapeute que des participant·es. En effet, dans la recherche-action, les facteurs appartenant au ou à la praticien·ne (dont les choix d'interventions réalisées) sont compris comme exerçant

une influence sur le phénomène étudié, lequel exerce une influence sur le ou la praticien·ne en retour (McNiff, 2013). La prise en compte de l'engagement pratique de la personne chercheuse permet de l'intégrer comme un instrument de conscientisation à la recherche, c'est-à-dire de faciliter la prise de conscience (Freire, 1970, cité dans Allard-Poesi et Perret, 2003). Le rapport de sujet à objet est substitué par un rapport de sujet à sujet, ce qui mène à une compréhension plus exhaustive du phénomène à l'étude (Reason, 1994, cité dans Allard-Poesi et Perret, 2003).

La majorité des données consistent en des données qualitatives. La recherche qualitative facilite l'exploration des émotions, des sentiments, des comportements et des expériences personnelles des participant·es (Aubin-Auger *et al.*, 2008). La recherche qualitative requiert de l'imagination et de la créativité, mais également une habileté à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène donné (Aubin-Auger *et al.*, 2008), ce qui est adapté au présent projet de recherche puisqu'il vise à mieux comprendre la diversité et les régularités dans l'expérience de cette clientèle en art-thérapie. La recherche qualitative est connue pour permettre l'étude de phénomènes sociaux et l'exploration de leur sens et de leur signification (Van Royen *et al.*, 2007, cités dans Aubin-Auger *et al.*, 2008).

Il est proposé que ce protocole de recherche-action intègre également la phénoménologie descriptive pour l'analyse des entrevues en fin de séance et, à la fin de l'ensemble des séances, pendant et après les séances. La phénoménologie est une approche qui permet de voir le monde en se concentrant sur un phénomène, qui peut être attendu ou non, ainsi que sur l'expérience des êtres humains (Jackson *et al.*, 2018). La méthode phénoménologique permet d'étudier la signification et la compréhension des déterminants d'un comportement (Bachelor et Joshi, 1986). Or, le sentiment d'incompréhension souvent rencontré par les personnes vivant de la dissociation peut être lié à l'incompréhension de leur propre expérience (Lévy, 2015). La dissociation peut effectivement être considérée comme une fuite temporaire de soi (Dong, 2023). La recherche phénoménologique étant basée sur un mode de découverte qui peut être utilisé afin de clarifier ce que la conscience éprouve (Jackson *et al.*, 2018), elle donnera une voix aux participant·es et permettra ainsi d'extrapoler des savoirs issus de leurs expériences art-thérapeutiques telles qu'éprouvées subjectivement.

Plus spécifiquement, la phénoménologie descriptive repose sur la capacité du sujet à décrire ses expériences internes, c'est-à-dire son matériel conscient (Sims, 2009). Par ailleurs, bien que la capacité de verbalisation d'une personne vivant de la dissociation

puisse être altérée, le fait de stimuler la symbolisation verbale du vécu de l'expérience subjective dans le moment présent chez la personne permet la croissance psychologique et la guérison (Steele et van der Hart, 2009). La symbolisation verbale du sens permet une distance par rapport à des sentiments reliés à des souvenirs difficiles, favorise leur compréhension et diminue la détresse et le besoin d'évitement (Greenberg et Paivio, 1997, cités dans Steele et van der Hart, 2009) présents auprès des personnes vivant de la dissociation. La phénoménologie descriptive permet l'étude du sens d'un phénomène et l'élucidation de sa structure en décrivant ce que représente une expérience donnée pour une personne, c'est-à-dire en décrivant la façon dont cette expérience est perçue et vécue (Bachelor et Joshi, 1986). Adopter une méthodologie phénoménologique descriptive est d'ailleurs une façon d'accéder à la richesse de la conscience même des participant·es qui font l'expérience d'un phénomène éphémère (Jackson *et al.*, 2018).

Bien que cela ne soit pas l'objectif principal de cette recherche, celle-ci inclura également des données quantitatives. En effet, ces données sont notamment constituées de la variation des scores au *Dissociative Experiences Scale-II* (DES-II) avant et après l'intervention. Le *Structural Clinical Interview for Dissociative Disorders* (SCID-D) sera également utilisé en tant qu'outil permettant de recueillir à la fois des données quantitatives et qualitatives. En effet, cet outil comporte en partie une structure qualitative, car il s'agit d'un entretien semi-structuré qui renseigne sur la particularité subjective des symptômes dissociatifs par une analyse interprétative (Steinberg, 2023). Il comprend également une structure quantitative : les dimensions évaluées sont cotées sur une échelle de gravité qui permet d'attribuer un score spécifique à chacune d'elles ainsi qu'un score global (Steinberg, 2023). Les deux types de données seront donc collectées au moyen du SCID-D. Ces deux groupes de données quantitatives permettront de compléter les données qualitatives afin de mieux comprendre le phénomène étudié. Les mesures du DES-II seront prises au début et à la fin des séances, toutefois, l'entretien SCID-D ne sera mené qu'une seule fois, avant l'intervention. En effet, le DES-II permet de comparer deux résultats quantitatifs et sa passation s'effectue rapidement, ce qui permet d'éviter de surcharger les participant·es à la fin du processus de recherche. Le SCID-D est, quant à lui, davantage utilisé dans le cadre de cette recherche à des fins de recrutement, d'évaluation, de compréhension clinique et de contextualisation des résultats observés.

3.2 Procédure d'échantillonnage et recrutement

L'échantillon sera composé de cinq adultes de 18 ans et plus référés par des professionnel·les en santé mentale. Afin d'assurer une présence significative des symptômes dissociatifs (voir Annexe A, version originale), l'un des critères d'inclusion de l'étude sera l'obtention d'un résultat égal ou supérieur à 30% à l'échelle des expériences dissociatives II (DES). Un résultat égal ou supérieur à 30% constitue un résultat élevé sur l'échelle des expériences dissociatives (Bernstein et Putnam, 1986). De plus, le score total obtenu au SCID-D ou, autrement dit, la somme de l'ensemble des composantes de la dissociation évaluée avec l'entretien devra être au minimum de 10 sur 20 afin d'assurer une présence significative des symptômes dissociatifs. Les candidat·es n'ayant jamais éprouvé de sentiment d'étrangeté, de sentiment d'irréalité ni d'amnésie seront exclu·es. Les enfants et adolescent·es seront également exclu·es, car dans leur cas, les symptômes dissociatifs peuvent être développementaux (Putnam, 1995, cité dans Bernier, 2013), ce qui risquerait de nuire à l'homogénéité de l'échantillon. Bien que présents dans la population générale (APA, 2023), les troubles dissociatifs sont courants en milieu hospitalier (Ross *et al.*, 2002). Ainsi, lors de la période de recrutement, des professionnel·les travaillant en milieu hospitalier auprès de personnes ayant des symptômes dissociatifs seront invité·es à cibler et à référer des patient·es au projet de recherche et à leur demander leur accord pour que la chercheuse/art-thérapeute les contacte par le moyen de leur choix (courriel ou téléphone). Les professionnel·les de l'équipe traitante (psychiatre, travailleur·euse social·e, infirmier·ères, psychologue, etc.) du milieu hospitalier sélectionné pourront référer directement à la personne chercheuse les patient·es activement hospitalisé·es susceptibles d'avoir des symptômes dissociatifs. Toutefois, étant donné que des capacités de littératie sont exigées pour répondre aux questionnaires, les candidat·es devront avoir un bon fonctionnement cognitif. Les participant·es en phase aiguë d'hospitalisation seront donc exclu·es. Des ententes de collaboration officielles seront établies ultérieurement avec les responsables du milieu déterminé.

Pendant la période de recrutement, la personne chercheuse/art-thérapeute contactera les personnes référées afin de convenir d'un moment pour conduire une entrevue de présélection téléphonique. Cette entrevue comprendra des questions sur la présence du sentiment d'étrangeté envers soi et/ou d'irréalité envers le monde, des pertes de mémoire, des difficultés à se sentir ou à rester soi-même et des expériences de déjà-vu (voir Annexe

B) plutôt que sur la dissociation des affects et des impulsions pour éviter une confusion avec l'altération de l'humeur, comme recommandé dans l'utilisation de l'échelle des expériences dissociatives (Bernstein et Putnam, 1986). Cette rencontre de présélection permettra également de répertorier les données nominatives et de renseigner sur l'état mental et physique général de la personne (voir Annexe B).

Ensuite, un entretien semi-directif en présentiel permettra de remettre au·à la candidat·e le questionnaire de l'échelle des expériences dissociatives. Le DES-II est un questionnaire autoadministré, fiable et validé empiriquement (Van IJzendoorn et Schuengel, 1996). Le coefficient de fiabilité du test-retest du score DES est de 0,84 ($p < 0,0001$, $N = 26$) et pour évaluer la validité de construit du DES, les corrélations de rang de Spearman calculées entre le DES et les variables sélectionnées (dont le statut économique et l'âge) se situaient entre 0.50 et 0.79 ($p < .0001$) (Bernstein et Putnam, 1986). Le DES-II montre une cohérence interne élevée (alpha de Cronbach = 0.95) et une forte validité convergente, discriminante et critérielle (Carlson et Putnam, cités dans Arzoumanian *et al.*, 2023). Puisque le DES-II nécessite une capacité de concentration et de littératie significative, la présence de la chercheuse pour répondre aux questions des participant·es lors de la rencontre de remise du questionnaire permettra, au besoin, de faciliter la compréhension des items. À ce moment, les participant·es qui obtiendront le score requis pour participer à la recherche recevront un formulaire de consentement écrit et des explications verbales sur le déroulement et les implications de l'étude afin de vérifier leur compréhension et de leur permettre de prendre une décision éclairée. Les participant·es sélectionné·es pourront retirer leur consentement en tout temps.

Les candidat·es sélectionné·es recevront une convocation à une seconde rencontre pour une entrevue verbale en présentiel. Lors de cette entrevue, la personne chercheuse réalisera avec le ou la candidat·e l'entretien d'évaluation de la dissociation SCID-D (Steinberg, 2022), qui est interactif, semi-structuré et d'une durée d'environ 90 minutes. Cet entretien a l'avantage d'avoir une fidélité interjuge de 96% pour discriminer les sujets ayant des symptômes dissociatifs de ceux qui n'en ont pas (Piedfort-Marin et al., 2022). La validité convergente de cet outil a également été testée à l'aide du *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20) et du *Dissociation Questionnaire* DIS-Q montrant une corrélation forte (Piedfort-Marin et al., 2022). Le SCID-D présente une fidélité et une validité discriminante et convergente dites bonnes à excellentes (Piedfort-Marin et al., 2022). Son utilisation est recommandée par une étude récente en complément au DES-II

pour apporter davantage de précisions cliniques sur les symptômes dissociatifs dans les recherches (Fung *et al.*, 2022). Cet entretien évalue les antécédents psychiatriques et médicaux ainsi que les cinq composantes principales de la dissociation : l'amnésie (trous de mémoire subjectifs à propos d'expériences autobiographiques), la dépersonnalisation, la déréalisation, la confusion identitaire (l'incertitude sur sa propre identité) et l'altération identitaire (les comportements objectifs et observables associés aux changements d'identité) (Steinberg, 2022; Piedfort-Marin *et al.*, 2022). Bien que la passation du SCID-D soit souvent utile à des fins diagnostiques (Piedfort-Marin *et al.*, 2022), le degré de sévérité (absent à sévère) chiffré, de même qu'observé qualitativement pour chacune des cinq composantes de la dissociation lors de cette rencontre, permettra principalement de mieux documenter la nature des symptômes dissociatifs et ainsi de mieux contextualiser les résultats de la recherche.

3.3 Déroulement des séances d'art-thérapie

La flexibilité est importante dans l'intervention auprès de personnes vivant de la dissociation (Turkus *et al.*, 2006). L'approche par le processus en art-thérapie recommande à l'art-thérapeute d'être attentif·ve au processus de la personne cliente en préservant une flexibilité dans ses interventions (Mindell, 1985). Cela nécessite de laisser le processus du ou de la client·e émerger et de s'adapter à son caractère unique (Eberhart et Atkins, 2014). La création artistique peut apporter beaucoup de contenu de manière déchargée, c'est-à-dire des informations au niveau linguistique et métaphorique, mais aussi à travers les formes, les couleurs, les sons et les mouvements (Eberhart et Atkins, 2014). Par ailleurs, il est également recommandé que les séances art-thérapeutiques auprès des personnes hospitalisées ayant un trouble dissociatif de l'identité soient plutôt structurées (Turkus et Kahler, 2006). Pour ce faire, un objectif spécifique sera déterminé lors des deux premières séances avec le ou la participant·e selon les observations et les besoins identifiés conjointement. En ce qui concerne les séances, l'objectif personnalisé des séances sera fixé avec chaque participant·e et les modifications et les dialogues réalisés avec la création ne seront pas prédéterminés afin de respecter le rythme individuel et de privilégier une approche flexible.

Les sept séances d'art-thérapie individuelles seront menées de façon hebdomadaire auprès de chacun·e des participant·es lors de la collecte de données. À travers ces séances, divers médiums, techniques et approches seront employés afin de mieux comprendre le vécu des participant·es face à diverses modalités. Des objectifs généraux

seront poursuivis au fil des séances auprès de l'ensemble des participants. Ces objectifs généraux seront les suivants :

- Clarifier ce que la conscience éprouve;
- Mettre en pratique l'ancrage pour faciliter la présence dans l'instant présent et l'autorégulation émotionnelle;
- Favoriser l'expression de soi par l'utilisation thérapeutique des médiums artistiques.

En plus de ces objectifs généraux, un objectif spécifique individuel sera également déterminé avec le ou la participant.e. Si un.e participant.e souhaite mettre fin aux séances avant d'avoir complété les sept séances prévues, iel sera libre de le faire et pourra choisir de retirer complètement sa participation à la recherche et ses données, ou encore, de mettre fin au suivi tout en autorisant l'utilisation des données recueillies précédemment. Les séances auront lieu dans un local adapté à l'art-thérapie, qui permet la confidentialité. Le local sera déterminé par la personne chercheuse et il sera le même pour l'ensemble des séances d'intervention afin de conserver un espace symbolique sécuritaire stable.

Dès la première séance, la structure générale des rencontres sera abordée avec le ou la participant.e. Il importe également de rappeler aux personnes avec un trouble dissociatif qu'il n'est pas nécessaire d'être un.e artiste ou d'avoir des habiletés spécifiques en art afin de réaliser les séances d'art-thérapie (Turkus et Kahler, 2006). Ainsi, ce rappel sera réalisé par l'art-thérapeute dès la première séance et, au besoin, à des moments ultérieurs. L'art-thérapeute expliquera au ou à la participant.e les objectifs de la deuxième séance, qui consistent à s'entendre sur un objectif art-thérapeutique ainsi qu'à expérimenter une variété de médiums utilisés en art-thérapie (crayons de bois, pastels secs, pastels gras, peinture acrylique, aquarelle, etc.) et d'identifier ses préférences et ses aversions.

Puis, toujours lors de la première séance, l'art-thérapeute décrira à la personne le déroulement des séances trois à six :

- Le début des séances visera à connaître l'état dans lequel elle arrive et à identifier ensemble un thème (une situation, une émotion, une préoccupation ou un rêve) qui sera utilisé comme point de départ d'une première création;

- Après une première création, une question ouverte lui sera posée (par exemple : pouvez-vous me décrire votre image?), puis des sous-questions permettront d'approfondir la compréhension de l'expérience à partir de ce qu'elle a nommé;
- Si pertinent, des reflets seront effectués par l'art-thérapeute à partir d'observations verbales et/ou visuelles pour voir l'impact des médiums, des techniques et des approches;
- Si pertinent, des modifications pourront dès lors être réalisées sur la création;
- Puis, des échanges pourront être réalisés au sujet du processus créatif;
- À la fin de la séance, des questions porteront sur l'appréciation de la séance, des médiums et des approches utilisées.

Après avoir expliqué le déroulement des quatre séances d'intervention, l'art-thérapeute précisera que la septième séance permettra de réaliser un bilan verbal de l'ensemble des séances. Lors de ce bilan, il sera possible de revisiter chacune des créations ou bien de réaliser une dernière création de synthèse au choix du ou de la participant.e. La dernière séance permettra d'évaluer l'atteinte des objectifs et d'apporter des références et/ou des recommandations cliniques. À la suite de cette dernière séance, la personne chercheuse précisera aux participant-es qu'ils seront invité-es à nouveau à remplir le DES-II lors d'une rencontre supplémentaire avec la personne chercheuse à la suite de l'ensemble des sept séances d'art-thérapie avant de débiter la rencontre sur l'appréciation globale des séances avec l'assistant.e de recherche.

3.4 Collecte de données

Les données de cette recherche seront qualitatives et quantitatives. Différentes données seront récoltées à différents moments (voir Tableau 1). Cinq types de données qualitatives seront recueillies : les propos recueillis lors de la passation du SCID-D, les propos des participant-es recueillis et notés sur leur expérience à la fin de chaque séance, les notes évolutives rédigées par l'art-thérapeute, le journal de pratique de l'art-thérapeute et les entrevues finales enregistrées à propos de l'appréciation de l'ensemble des séances. Les données quantitatives seront les résultats obtenus par les participant-es au SCID-D lors du recrutement et les scores au DES-II, avant et après l'ensemble des séances. Toutes les données seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Une fois collectées, leur accès sera restreint à la personne chercheuse ainsi qu'à la direction de recherche.

Tableau 1
Ensemble des données recueillies

Type de données	Qualitatives/ Quantitatives	Méthode de collecte de données	Moment de collecte	Méthode d'analyse	Responsable de collecte
Résultats lors de la passation du SCID-D et score obtenu	Qualitatives et quantitatives	Entrevue semi-dirigée	Lors de la période de recrutement	Échelle standardisée (Steinberg, 2023)	Personne chercheuse
Propos des participant-es sur l'appréciation de chacune des séances	Qualitatives	Entrevue semi-dirigée	À la fin de chacune des séances	Étapes de Giorgi (Giorgi, 2012, cité dans Jackson <i>et al.</i> , 2018)	Personne chercheuse
Notes évolutives de chaque séance	Qualitatives	Observation participante	Après chacune des séances	Cycle action-réflexion (McNiff, 2013)	Personne chercheuse
Journal de pratique de l'art-thérapeute	Qualitatives	Tenue du journal par l'art-thérapeute	Après chacune des séances	Cycle action-réflexion (McNiff, 2013)	Personne chercheuse
Appréciation globale des participant-es	Qualitatives	Entrevue semi-dirigée	À la fin de l'ensemble des séances	Étapes de Giorgi (Giorgi, 2012, cité dans Jackson <i>et al.</i> , 2018)	Assistant-e de recherche
Score obtenu au DES-II	Quantitatives	Questionnaire assisté	Lors de la période de recrutement et à la fin de l'ensemble des séances (pré-test et post-test)	Test des rangs signés de Wilcoxon (Rosner <i>et al.</i> , 2006),	Personne chercheuse

3.4.1 Les propos et les scores recueillis au SCID-D et les scores obtenus au DES-II

Les résultats obtenus lors de la passation du SCID-D sont à la fois qualitatifs et quantitatifs. Toutefois, aucune analyse statistique ne sera réalisée sur ces données. Ces

résultats permettront de mieux caractériser les symptômes dissociatifs chez les participant·es et ainsi de renforcer la validité des aspects de l'expérience observés lors de l'interprétation des résultats de la recherche. En effet, les résultats au SCID-D seront obtenus dans le cadre d'une rencontre de recrutement pour la recherche et permettront de codifier, dès le départ, la sévérité des symptômes du ou de la participant·e à travers chacune des cinq dimensions de la dissociation : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion de l'identité et altération de l'identité (Steinberg, 2023). Ces informations pourront être utiles afin de contextualiser les résultats observés par le biais des autres outils de collecte de données. Les scores obtenus au DES-II seront également observés avant et à la fin de l'ensemble des séances. La première passation du DES-II s'effectuera lors de la période de recrutement avec la personne chercheuse, puis la seconde, à la fin de l'ensemble des séances. La seconde passation du DES-II aura également lieu avec la personne chercheuse et se produire juste avant la rencontre avec l'assistant·e de recherche pour l'appréciation globale des séances. Après la seconde passation du DES-II, la personne chercheuse pourra se retirer pour laisser les participant·es réaliser l'appréciation globale avec l'assistant·e de recherche. Chaque passation du DES-II sera d'une durée approximative de 30 minutes.

3.4.2 Les propos des participant·es recueillis et notés sur l'appréciation de la séance à la fin de chaque séance

À la fin de chacune des séances, les participant·es seront interrogé·es sur leur expérience globale, puis questionné·es plus précisément sur leur expérience en lien avec le ou les médiums, les interventions posées et les expérimentations à partir de l'image. Les questions porteront sur leurs vécus tant positifs que négatifs ou neutres. Les personnes vivant de la dissociation peuvent rapporter un haut niveau de suggestibilité (Serrano-Sevillano *et al.*, 2017). Ainsi, le biais de désirabilité sociale est davantage à considérer dans le travail auprès de cette clientèle. Afin de réduire ce biais, les questions sur l'expérience des participant·es à la fin des séances seront ouvertes et neutres. L'appréciation des approches, des médiums et des techniques art-thérapeutiques par les participant·es sera répertoriée telle qu'ils la décrivent à partir d'un questionnaire d'entrevue semi-structurée (voir Annexe C). Ces données seront collectées comme prescrit comme première étape par Jackson *et al.* (2018) pour réaliser une recherche phénoménologique descriptive à partir du modèle de Giorgi (2012). Cette première étape est la description concrète, qui est la collecte des données brutes du phénomène étudié

(Jackson *et al.*, 2018). La personne chercheuse réalisera cette étape avec les données issues des propos notés et recueillis à la fin de chaque séance.

3.4.3 Les notes évolutives rédigées par l'art-thérapeute

Comme c'est le cas en art-thérapie, la personne chercheuse consignera des notes évolutives après chaque séance dans le dossier de chaque participant-e qui feront partie des données collectées pour la recherche. L'art-thérapeute répertoriera sous forme de notes écrites, tout de suite après chaque séance, le déroulement des séances, ses observations quant aux réactions des participant-es devant le recours aux différents médiums, techniques et approches art-thérapeutiques. Les signaux verbaux et non-verbaux observés pourront également être reflétés au ou à la participant-e pendant la séance, lorsque pertinent.

3.4.4 Le journal de pratique de l'art-thérapeute

La recherche-action requiert que les personnes chercheuses portent attention à leurs pensées, à leurs actions ainsi qu'à leur propre influence sur la recherche (McNiff, 2013). Ainsi, la personne chercheuse tiendra, immédiatement après chaque séance, un journal de pratique dans lequel elle notera ses propres réactions, ses émotions, ses contretransferts, ses doutes sur ses interventions et ses idées d'intervention. Bien que l'objectif des séances ne soit pas le traitement du traumatisme, l'attention portée aux contretransferts relevés dans le journal de pratique de l'art-thérapeute tout au long des séances pourrait être un levier dans le travail thérapeutique en jouant un rôle central dans la délimitation du fantasme et de la réalité qui peuvent opérer de façon simultanée (Bohleber, 2007). Ce journal permettra de s'assurer que la personne chercheuse prenne en compte sa propre influence sur le déroulement de la recherche et puisse ajuster ses interventions d'une séance à l'autre.

3.4.5 L'appréciation globale des participant-es : les entrevues finales enregistrées

Une autre mesure visant à réduire le biais de désirabilité sociale est la tenue, par un-e assistant-e de recherche indépendant-e, d'un entretien semi-directif supplémentaire avec les participant-es à la fin de l'ensemble des séances (voir Annexe D). Cet entretien permettra de documenter davantage ce qui ressort le plus du vécu des participant-es à travers l'ensemble des séances, notamment leur appréciation globale. Cette entrevue finale aura une durée approximative de 30 à 45 minutes et fera l'objet d'un enregistrement audio afin de répertorier le maximum d'informations sur l'expérience, telle que vécue par

les participant·es. La première étape de la recherche phénoménologique selon Jackson *et al.* (2018) sera donc également réalisée à partir de ces données par l'assistant·e de recherche qui s'occupera de rédiger minutieusement le verbatim des entrevues. En effet, l'assistant·e de recherche aura l'avantage de se souvenir des propos moins audibles dans l'enregistrement. Les données collectées lors de cette entrevue seront saisies par l'assistant·e de recherche dans le logiciel *Word* et la personne chercheuse s'occupera de transférer les données dans le logiciel *Nvivo* pour l'analyse.

3.5 Procédure d'analyse des données

Les données issues des notes évolutives et du journal de pratique seront analysées en continu. Ces données seront traitées comme proposé dans le cycle action-réflexion (voir Figure 1) de la recherche-action (McNiff, 2013) en tant que complément à l'analyse phénoménologique. Ce cycle implique de cibler un objectif, de planifier des actions à entreprendre, de réaliser ces actions, d'observer les effets directement auprès de la population visée et finalement d'effectuer une réflexion à partir des observations recueillies afin d'ajuster la planification subséquente (McNiff, 2013). Cette démarche donne accès à de nouveaux cycles de manière continue (McNiff, 2013). L'analyse des observations en séance portera à la fois sur l'expérience des participant·es (leurs réactions verbales et non verbales face aux approches, aux médiums et aux techniques art-thérapeutiques et leur sens subjectif qu'ils attribueront à leurs créations et à leur processus créatif) et sur l'expérience de la personne chercheuse (ses émotions, ses interventions et ses motivations), telle que notée dans le journal de pratique.



Figure 1
Cycle action-réflexion
 Source : McNiff (2013).

3.5.1 Déroulement de la suite des étapes de Jackson *et al.* (2018) : analyse des propos directs de fin de séance et des entrevues finales

L'analyse des propos recueillis et notés sur l'appréciation de chaque séance et des entrevues finales enregistrées se basera sur la suite des étapes de la recherche phénoménologique descriptive, telles que décrites par Jackson *et al.* (2018), à partir de la deuxième étape. Cette analyse descriptive consiste à observer l'ensemble des données comptabilisées telles qu'elles apparaissent (Tremblay et Perrier, 2006). À travers ce type d'analyse, il sera possible d'indiquer les caractéristiques des individus et d'établir des liens entre l'appréciation par les individus des interventions et des différentes modalités art-thérapeutiques (Tremblay et Perrier, 2006).

La seconde étape décrite par Jackson *et al.* (2018) sera, dès lors, réalisée. Elle consiste en la relecture entière des transcriptions dans une attitude de réduction phénoménologique pour obtenir une compréhension holistique du phénomène (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018). La réduction phénoménologique consiste en la précision des résultats d'une recherche en mettant entre parenthèses les connaissances du phénomène étudié pour faire place au phénomène qui se produit dans la situation étudiée (Giorgi, 1997). La personne chercheuse réalisera cette étape à partir des analyses des propos directs notés à la fin de chaque séance et des entrevues finales.

Ensuite, la troisième étape permet de déterminer des unités de signification dans l'ensemble des données pour noter toutes les transitions dans le sens du phénomène observé (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018). À cette étape, chaque changement significatif dans le sens sera marqué par la personne chercheuse. Puis, la quatrième étape implique de transformer les données dans des expressions plus pertinentes par la variation imaginative libre (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018) qui est une méthode permettant de saisir ce qui est essentiel à un phénomène (Wertz, 2005). Cette méthode permet de valider si un aspect de l'expérience vécue est essentiel ou plutôt accidentel en imaginant supprimer le contexte pour observer s'il y a effondrement de la cohérence significative et ainsi justifier la dépendance contextuelle (Wertz, 2005). La variation imaginative libre permet de déterminer la structure essentielle du phénomène vécu (Wertz, 2005). Cette étape nécessite que la personne chercheuse reste toutefois le plus près possible des mots exacts des participant-es pour rester fidèle à leur expérience (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018).

Ces transformations par les variations imaginatives libres mèneront ainsi à la cinquième étape (Giorgi, 2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Cette étape consiste à déterminer les constituants et la structure finale (Giorgi, 2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Les constituants sont les expressions finales issues des transformations réalisées à partir des variations imaginatives libres pour identifier la structure essentielle du phénomène (Giorgi, 2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Les constituants identifiés sont interdépendants et essentiels; ils s'appuient les uns sur les autres pour former une structure globale et holistique qui ne pourrait exister sans l'un des constituants (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Cette structure finale permet de revenir à une généralisation qui révèle les caractéristiques du phénomène étudié, ancré dans son contexte (Giorgi, 2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Dans le cadre de cette recherche, le phénomène étudié est l'expérience vécue en art-thérapie par des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs. La réalisation de la structure finale nécessite d'identifier toutes les différences et les similitudes entre les constituants (Giorgi, 2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). À cette étape, les expressions finales issues de la transformation des propos des participant-es seront révisées à nouveau par la personne chercheuse afin de capter la structure essentielle et holistique de l'expérience en art-thérapie des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs dans le contexte du projet de recherche.

La sixième étape consiste en la communication des résultats, qui permet de clarifier et de discuter des données à travers les constituants identifiés et leurs interrelations dans la forme de la structure (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Elle nécessite à la personne chercheuse de retourner aux unités de signification originales et d'interpréter les constituants à travers la voix des participant-es (Giorgi, 2012, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Finalement, la septième étape est désignée par l'interprétation de la structure et des parties constituantes qui implique une discussion sur les résultats en parallèle avec les renseignements pertinents existants dans la littérature (Jackson *et al.*, 2018).

Il est à noter que dans cette démarche de recherche phénoménologique, la première et la septième étape doivent être considérées comme des étapes supplémentaires à la démarche originale de Giorgi (2009, cité dans Jackson *et al.*, 2018). Dans le cadre de ce protocole de recherche, il est proposé de réaliser ces étapes. Cette analyse descriptive permettra de mieux comprendre l'expérience en art-thérapie des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs dans sa globalité.

3.5.2 L'analyse des scores obtenus au DES-II

Les scores obtenus au DES-II avant et après l'ensemble des séances seront saisis dans le logiciel IBM SPSS Statistics (Version 29.0) par la personne chercheuse pour analyse. Le test des rangs signés Wilcoxon, un test non paramétrique fréquemment utilisé pour les données appariées (Rosner *et al.*, 2006), sera utilisé pour l'analyse statistique. Ce test s'adapte bien aux petits échantillons et son utilisation est recommandée pour observer si une variation significative apparaît entre les mesures avant et après une intervention (Rosner *et al.*, 2006). Les scores obtenus au DES-II avant et après les sept séances pourront être comparés sans présupposer une distribution normale des scores, ce qui serait peu fiable étant donné la taille de l'échantillon. Finalement, l'ensemble des données qualitatives et quantitatives analysées seront mises en commun par la personne chercheuse pour compléter l'analyse.

4. DISCUSSION

La présente discussion élabore les considérations éthiques liées à la recherche. Ensuite, cette section identifie les limites associées à la méthodologie. De plus, la discussion anticipe les retombées attendues associées à la réalisation de la recherche.

4.1 Considérations éthiques

En termes d'avantages pour les participant·es, cette recherche leur permettra de bénéficier de séances d'art-thérapie sur une base volontaire à titre gracieux. La présence d'un·e art-thérapeute pouvant disposer des soins spécifiques aux personnes vivant avec un trouble dissociatif est, d'ailleurs, souvent rare (Turkus et Kahler, 2006). Au niveau des risques pour les participant·es, il faut rappeler que le fait de stimuler la capacité d'imaginer en dehors d'un contexte sécuritaire peut faire vivre des états autohypnotiques. En effet, la capacité d'imaginer peut être liée à la capacité hypnotique qui, elle, est liée à la dissociation (Yard *et al.*, 2008). Les états dits autohypnotiques sont vus, selon le modèle autohypnotique des troubles dissociatifs, comme étant sur le spectre de la dissociation et sont, d'ailleurs, fréquents chez les personnes qui ont un trouble dissociatif (Dell, 2018). Les troubles dissociatifs seraient des actes élémentaires de distanciation autohypnotique devenus réflexifs et automatiques (Dell, 2018). Dans cette perspective, il serait possible d'entrevoir un risque pour les participant·es de stimuler ces états autohypnotiques et d'augmenter la défense dissociative. Toutefois, dans un contexte art-thérapeutique, l'art-

thérapie encadre le processus créatif dans un espace sécuritaire par la présence d'un-e art-thérapeute, ce qui facilite les changements thérapeutiques positifs (Barrett *et al.*, 2022). La structure de l'intervention définie (l'ensemble des séances) vise justement à préserver ce cadre sécuritaire et à faciliter l'ancrage du/de la participant-e dans l'instant présent.

Le formulaire de consentement distribué et expliqué aux participant-es sélectionné-es permettra de s'assurer de leur compréhension des implications de la recherche ainsi que de leur accord libre et éclairé à y participer. Les participant-es seront informé-es des mesures d'enregistrement, de la confidentialité et de ses limites, de la manière dont leurs données seront préservées et des objectifs de l'étude. Iels seront également renseigné-es sur la possibilité de recevoir les résultats de l'étude une fois complétée. Les participant-es qui y consentent seront invité-es à signer le formulaire. Iels pourront retirer leur consentement en tout temps sans justification et en seront avisé-es dès le premier contact.

Les documents physiques seront conservés de façon confidentielle dans un classeur barré alors que les documents électroniques seront protégés par un mot de passe. L'assistant-e de recherche aura accès aux enregistrements ainsi qu'à leurs transcriptions dans le logiciel Word. La personne chercheuse et la direction de recherche, de leur côté, auront accès aux données colligées dans les logiciels Word, Nvivo et SPSS. Les données permettant d'identifier le ou la participant-e (prénom, nom, date de naissance et contact d'urgence) seront présentes uniquement dans les formulaires de consentement reliés à la participation au projet de recherche. Seule la personne chercheuse aura accès à ces données. La personne chercheuse ajoutera également à sa propre copie du formulaire de consentement le pseudonyme qui sera attribué au ou à la participant-e afin de préserver sa confidentialité. À la fin de l'étude, les données seront préservées pour un délai de sept ans, puis seront détruites.

4.2 Limites de la méthodologie

Le protocole de recherche proposé comporte certaines limites méthodologiques à prendre en compte. Bien que l'approche phénoménologique permette de rendre compte de la richesse de l'expérience subjective des participant-es, la méthodologie utilisée ne permet pas de généraliser les données recueillies et l'interprétation des résultats devra tenir compte des spécificités attribuables au contexte des participant-es.

Le questionnaire DES-II comporte aussi des limites lorsqu'utilisé spécifiquement auprès des participant-es de cette recherche. Le DES-II nécessite une capacité de concentration et de lecture significative. Malgré la présence de la personne chercheuse qui facilitera la compréhension des éléments qui suscitent un besoin de précision chez certain-es candidat-es, les scores obtenus au DES-II risquent un manque de validité interne dû au manque de littératie qui pourrait être rencontré chez certain-es candidat-es. En effet, les participant-es ayant un niveau de littératie plus faible pourraient éprouver de la difficulté à remplir le questionnaire et éviter de porter leurs incompréhensions à l'attention de la personne chercheuse. Une recommandation de s'assurer de bien comprendre la question avant de répondre et, au besoin, de demander des précisions à la personne chercheuse présente sera réalisée avant de remplir le questionnaire. De plus, pour réduire les impacts de ce biais, les questions seront posées oralement (avec le support visuel via le questionnaire). Une pause de cinq minutes au milieu du questionnaire sera également réalisée afin de favoriser une concentration soutenue.

Une autre limite attribuable au contexte des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs est la présence d'alexithymie. Il faut rappeler que les personnes vivant un niveau élevé de dissociation peuvent également présenter un niveau élevé d'alexithymie, surtout en ce qui concerne la confusion éprouvée dans les sensations corporelles et dans le langage émotionnel (Serrano-Sevillano *et al.*, 2017). Une méta-analyse confirme que les difficultés à identifier et à verbaliser les émotions pour les personnes atteintes de schizophrénie s'avèrent plus importantes ou stressantes lorsqu'elles sont accompagnées de symptômes dissociatifs, alors que ces émotions constituent un élément important du processus thérapeutique (O'Driscoll *et al.*, 2014). Cette confusion rendrait difficiles l'expression verbale et l'identification de sensations vécues, toutefois, en art-thérapie, cette limite peut être contrée par l'utilisation d'une communication symbolique. En effet, le recours à la métaphore en art-thérapie permet une communication indirecte, ce qui diminue la confrontation qu'ils peuvent porter et accroît l'ouverture chez des client-es qui auraient autrement présenté des mécanismes de défense ardents (Moon, 2007).

Par ailleurs, le fait que la personne chercheuse soit également l'art-thérapeute qui réalisera les séances risque de contribuer à des biais potentiels. La personne chercheuse détient une maîtrise en art-thérapie, il est donc important de soulever qu'elle pourrait avoir un biais d'autoconfirmation face à ce que les participant-es vivent une expérience positive en art-thérapie. Ainsi, les questions sur l'appréciation des séances seront posées de façon

neutre en évitant de suggérer une expérience positive des approches, des médiums et des techniques en art-thérapie. De plus, le biais de désirabilité sociale pourrait influencer les réponses des participant·es sur leur appréciation des approches, des médiums et des techniques. Dans ce contexte, la rencontre finale avec un·e assistant·e de recherche plutôt qu'avec la personne chercheuse visera à contourner au mieux ce biais. Avant cette rencontre finale, les participant·es seront avisé·es que les transcriptions seront lues par la personne chercheuse. Cette entrevue finale fera l'objet d'un enregistrement audio afin de répertorier le maximum d'informations sur l'expérience telle que vécue par les participant·es.

4.3 Retombées attendues

Le Moi des personnes vivant avec des symptômes dissociatifs risquant d'être plus faible que celui d'une population non clinique, les séances d'art-thérapie seront un contexte favorable pour le renforcer. La régulation des impulsions, la connaissance de soi, la capacité de réflexion et la perception de la réalité, qui implique la capacité de séparer la vie intérieure de l'extérieur, sont toutes des fonctions du Moi qui peuvent être renforcées en art-thérapie (Case et Dalley, 2014, cités dans Holmqvist et Lundqvist-Persson, 2024). Les séances d'art-thérapie favoriseront une solidification du Moi à travers les approches, les médiums et les techniques art-thérapeutiques et plus largement encore, à travers le processus créatif du ou de la participant·e.

Dans un contexte thérapeutique où le ou la participant·e vit de la dissociation traumatique et a besoin de mieux comprendre et de créer un sens idiosyncrasique avec ses souffrances de l'instant présent (Bohleber, 2007), le fait de ne pas s'en tenir qu'à l'expression verbale des symptômes est possible lors des séances d'art-thérapie qui, elles, facilitent l'intégration du traumatisme. Une approche uniquement verbale ne conviendrait pas aux capacités d'une personne aux prises avec des états de dépersonnalisation et de déréalisation (APA, 2023). Que l'amorce d'une reconstruction intégrative du soi se réalise de manière consciente ou non, les participant·es bénéficieront également des qualités d'ancrage que procureront les séances d'art-thérapie.

Cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de l'art-thérapie auprès des personnes ayant des symptômes dissociatifs en documentant comment les participant·es ont vécu le processus art-thérapeutique global ainsi que les approches, les médiums et les techniques utilisés au fil des séances. Les résultats de

cette recherche donneront une voix aux personnes ayant des symptômes dissociatifs, ce qui sera utile à la pratique et au développement des connaissances en art-thérapie. D'ailleurs, une étude exploratoire de Nicolae-Constantin (2025) mentionne que des recherches en art-thérapie qui utilisent les arts visuels sont encore nécessaires pour mieux comprendre l'efficacité clinique de l'art-thérapie. Les résultats de cette recherche alimenteront une réflexion collective dans une controverse actuelle observée dans la littérature et auprès de la communauté des art-thérapeutes à savoir de quelle façon l'art-thérapie devrait être utilisée auprès des personnes présentant un risque de symptômes dissociatifs. Elle permettra de prendre note des possibles contraindications afin d'améliorer l'utilisation de l'art-thérapie auprès de cette clientèle. La présente recherche contribuera également, plus largement, à faire reconnaître l'art-thérapie auprès des professionnel·les œuvrant en santé mentale qui souhaiteraient élargir leur champ d'action à travers leur soutien apporté aux personnes vivant avec des symptômes dissociatifs.

CONCLUSION

Ce protocole de recherche propose un portrait des caractéristiques de la dissociation et de certaines approches en art-thérapie issu de la littérature, tout en explicitant l'actuelle carence des connaissances cliniques en ce qui concerne l'expérience subjective des personnes ayant des symptômes dissociatifs en art-thérapie. Les interactions complexes entre la capacité d'imaginer, la capacité hypnotique et la dissociation laissent entrevoir que la facilité à entrer dans un état hypnotique serait liée à un plus grand risque de développer des symptômes dissociatifs, mais également à une plus grande capacité d'imaginer. Ces interactions proposeraient ainsi chez les personnes vivant avec des symptômes dissociatifs une adhérence favorable aux techniques thérapeutiques sollicitant l'imagination. L'art-thérapie se voit être une approche intégrative, sécuritaire et encadrée qui a le potentiel de faciliter l'acquisition de stratégies d'autorégulation émotionnelle et le développement de techniques d'ancrage. Ces éléments sont communément répertoriés dans la littérature comme essentiels au rétablissement des personnes ayant des symptômes dissociatifs, toutefois, leur expérience spécifique en art-thérapie demeure peu documentée. Ce protocole de recherche pose ainsi l'objectif de mieux comprendre l'expérience de personnes vivant avec des symptômes dissociatifs en art-thérapie individuelle à travers les approches, les médiums et les techniques art-thérapeutiques utilisés à travers des séances d'art-thérapie individuelles. Pour ce faire, une recherche-action à devis mixte convergent est proposée. Des méthodes de collecte et d'analyse de données provenant à la fois de la recherche-action et de la phénoménologie descriptive seront employées. Bien que des dispositions pour les réduire soient proposées, la taille de l'échantillon, la capacité de littératie, l'alexithymie et le biais de désirabilité demeurent des limites à tenir en compte dans la réalisation de cette recherche. La réalisation de cette recherche permettra d'alimenter les réflexions et la compréhension dans la communauté des art-thérapeutes sur les interactions possibles entre la dissociation et l'art-thérapie. En effet, les résultats de cette recherche offriront des pistes d'ajustements cliniques spécifiques à une clientèle présentant des symptômes dissociatifs. La mise en œuvre du protocole propose de donner une voix aux personnes vivant avec des symptômes dissociatifs. Il s'agit de tenir compte de besoins cliniques fondamentaux, connus et liés chez cette clientèle : pouvoir s'exprimer au-delà de ce que permet la modalité verbale et se sentir comprise au cours de la démarche thérapeutique.

ANNEXE A – DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE-II (DES-II)

1. Some people have the experience of driving or riding in a car or bus or subway and suddenly realizing that they don't remember what has happened during all or part of the trip. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

2. Some people find that sometimes they are listening to someone talk and they suddenly realize that they did not hear part or all of what was said. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

3. Some people have the experience of finding themselves in a place and have no idea how they got there. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

4. Some people have the experience of finding themselves dressed in clothes that they don't remember putting on. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

5. Some people have the experience of finding new things among their belongings that they do not remember buying. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

6. Some people sometimes find that they are approached by people that they do not know, who call them by another name or insist that they have met them before. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

7. Some people sometimes have the experience of feeling as though they are standing next to themselves or watching themselves do something and they actually see themselves as if they were looking at another person. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

8. Some people are told that they sometimes do not recognize friends or family members. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

9. Some people find that they have no memory for some important events in their lives (for example, a wedding or graduation). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

10. Some people have the experience of being accused of lying when they do not think that they have lied. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

11. Some people have the experience of looking in a mirror and not recognizing themselves. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

12. Some people have the experience of feeling that other people, objects, and the world around them are not real. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

13. Some people have the experience of feeling that their body does not seem to belong to them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

14. Some people have the experience of sometimes remembering a past event so vividly that they feel as if they were reliving that event. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

15. Some people have the experience of not being sure whether things that they remember happening really did happen or whether they just dreamed them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

16. Some people have the experience of being in a familiar place but finding it strange and unfamiliar. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

17. Some people find that when they are watching television or a movie they become so absorbed in the story that they are unaware of other events happening around them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

18. Some people find that they become so involved in a fantasy or daydream that it feels as though it were really happening to them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

19. Some people find that they sometimes are able to ignore pain. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

20. Some people find that they sometimes sit staring off into space, thinking of nothing, and are not aware of the passage of time. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

21. Some people sometimes find that when they are alone they talk out loud to themselves. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

22. Some people find that in one situation they may act so differently compared with another situation that they feel almost as if they were two different people. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

23. Some people sometimes find that in certain situations they are able to do things with amazing ease and spontaneity that would usually be difficult for them (for example, sports, work, social situations, etc.). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

24. Some people sometimes find that they cannot remember whether they have done something or have just thought about doing that thing (for example, not knowing whether they have just mailed a letter or have just thought about mailing it). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

25. Some people find evidence that they have done things that they do not remember doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

26. Some people sometimes find writings, drawings, or notes among their belongings that they must have done but cannot remember doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

27. Some people sometimes find that they hear voices inside their head that tell them to do things or comment on things that they are doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

28. Some people sometimes feel as if they are looking at the world through a fog, so that people and objects appear far away or unclear. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

☒ 0% ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100%

Scoring the DES-II

The DES score is the average of all the questions, so the minimum score is 0 and the maximum score is 100.[2] To calculate this yourself, all the questions are scored by dropping the zero on the percentage of each answer, e.g., 30% = 3; 80% = 8, these numbers are then added up. The total is then multiplied by 10 and divided by 28 (the number of questions) to calculate your average score. Press Calculate Result to see your score.

ANNEXE B – ENTREVUE DE PRÉSÉLECTION TÉLÉPHONIQUE

Consigne : Questionner la personne volontaire sur ses motifs de participation et l'informer de l'objectif de l'entrevue de présélection (valider l'éligibilité), de sa durée (de 10 à 20 minutes) et des étapes ultérieures à la sélection (rencontre en présentiel). Informer que les réponses seront saisies dans un fichier informatisé et confidentiel et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Mentionner à la personne que le contenu des réponses aux questions peut être sensible et qu'elle est libre de répondre brièvement.

Questions d'ouverture

1. Comment avez-vous pris connaissance de cette étude? Qu'est-ce qui vous a amené à vous y intéresser?

Identification de la personne

1. Quels sont votre prénom et votre nom?
2. Quelle est votre date de naissance?
3. À quel genre vous identifiez-vous?
4. Quel est votre lieu de résidence?

Informations générales relatives à la santé

1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé physique pouvant avoir affecté vos fonctions cérébrales? Si oui, lesquels?
2. Avez-vous un ou des diagnostic(s) en santé mentale? Si oui, lequel ou lesquels?

Sentiment d'étrangeté et d'irréalité

1. Certaines personnes peuvent parfois éprouver un sentiment d'étrangeté envers soi ou une difficulté à rester soi-même. Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous et si oui, comment cela se manifeste-t-il?
2. Certaines personnes peuvent avoir des impressions de déjà-vu. Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous?
3. Certaines personnes peuvent ressentir le monde ou les objets autour d'elles comme étant irréel(s). Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous et si oui, comment cela se manifeste-t-il?

Amnésie dissociative

1. Certaines personnes peuvent avoir des pertes de mémoire (par exemple, avoir de fréquents trous de mémoire pour des événements du quotidien ou en lien avec un vécu traumatique). Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous et si oui, à quelle occasion et à quelle fréquence?
2. Certaines personnes, lorsqu'elles effectuent un trajet, peuvent oublier une partie de celui-ci, ou encore, ignorer pour quelle raison elles sont arrivées à un endroit en particulier. Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous?
3. Certaines personnes peuvent avoir des objets en leur possession en oubliant comment elles les ont acquis. Cela s'est-il déjà produit ou se produit-il chez vous et si oui, à quelle fréquence?

ANNEXE C – EXEMPLES DE QUESTIONS SUR L'APPRÉCIATION DE CHAQUE SÉANCE

Questions portant sur la séance dans son ensemble (moment de création, moment d'exploration de l'image et/ou du processus créatif et moment d'expérimentation à partir de l'image initiale)

1. Comment avez-vous vécu le déroulement de la séance?

Sous-thèmes :

- Sensations physiques;
- Émotions;
- Pensées.

2. Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans cette séance? Pourquoi?

3. Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié dans cette séance? Pourquoi?

(Au besoin, s'entendre sur des ajustements à faire lors des prochaines séances pour en tenir compte.)

Questions portant sur les techniques et interventions spécifiques – *Préciser les questions selon les techniques utilisées*

1. Comment avez-vous vécu l'échange sur votre création?

2. Comment avez-vous vécu les transformations réalisées à partir de l'image (s'il y a lieu)?

3. Comment avez-vous vécu le fait de dialoguer avec l'image (s'il y a lieu)?

Questions portant sur les médiums

1. Comment avez-vous trouvé l'utilisation du [nommer le ou les médiums]?

ANNEXE D – GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Processus général

1. Que retenez-vous de votre processus en art-thérapie?
2. Comment avez-vous vécu le déroulement des séances?

Approches, médiums et techniques en art-thérapie

3. Qu'avez-vous le plus apprécié de l'art-thérapie?
4. Qu'avez-vous le moins apprécié de l'art-thérapie?
5. Y a-t-il des médiums artistiques [nommer les médiums] que vous ayez plus apprécié utiliser que d'autres? Quels impacts ont-ils eus selon vous?
6. Comment décririez-vous votre relation thérapeutique avec l'art-thérapeute?
7. Qu'est-ce que vous avez ressenti en présence de l'art-thérapeute pendant les séances?

Questions de fin

8. Avez-vous quoi que ce soit à ajouter sur votre expérience en art-thérapie qui n'a pas encore été abordé?
9. Comment avez-vous trouvé l'entrevue?
10. Nous vous invitons à poser vos questions et/ou à nous faire part de vos commentaires si vous le souhaitez.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Akthar, Z. et Lovell, A. (2019). Art therapy with refugee children: a qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences. *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 139-148.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1533571>
- Allard-Poesi, F. et Perret, V. (2003). La recherche-action. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (p. 85-132). EMS.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P. et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- Arzoumanian, M. A., Verbeck, E. G., Estrellado, J. E., Thompson, K. J., Dahlin, K., Hennrich, E. J. et Trauma Research Institute. (2023). Psychometrics of three dissociation scales: Reliability and validity data on the DESR, DES-II, and DESC. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(2), 214-228.
- Bachelor, A. et Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie : guide pratique*. Presses Université Laval.
- Barrett, H., Holttum, S. et Wright, T. (2022). Therapist and client experiences of art therapy in relation to psychosis: a thematic analysis. *International Journal of Art Therapy*, 27(3), 102-111.
- Bernier, M. J. (2013). *Les symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Bernstein, E. M. et Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale.
- Bluckert, P. (2016). *Gestalt coaching: Right here, right now*. McGraw-Hill Education.
- Bohleber, W. (2007). Remémoration, traumatisme et mémoire collective. *Revue française de psychanalyse*, 71(3), 803-830.
- Boudrias, S. (2021). Neuroscience and Somatic Art Therapy: Emotional Memory Reconsolidation. Dans Hamel, J. (dir.), *Somatic Art Therapy* (p. 51-62). Routledge.
- Brand, B. L. (2012). What We Know and What We Need to Learn About the Treatment of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 387–396.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2012.672550>
- Brun, M., Jeghers, C. et van Caeyseele, A. (2011). Atelier thérapeutique argile. Création, destruction et trace. *Cliniques*, 1(1), 158. <https://doi.org/10.3917/clini.001.0158>
- Brus, M.-O. (2022). Chapitre 5. La dissociation. *EFT, Emotional Freedom Technique : en 45 notions* (p. 47-59). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brus.2022.01.0047>.

- Burns, A. (2009). Action research. Dans J. Heigham et R. A. Croker (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics: A practical introduction*. Palgrave Macmillan. 112-134.
- Černis, E., Freeman, D. et Ehlers, A. (2020). Describing the indescribable: A qualitative study of dissociative experiences in psychosis. *PLOS ONE*, 15(2), 1-23.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229091>
- Cervone, D., Pervin, L. A., Nadeau, L., Boudrias, J. S. et Gagnon, J. (2014). *Personnalité: théorie et recherche*. Pearson.
- Colman, W. (2006). Imagination and the imaginary. *Journal of Analytical Psychology*, 51(1), 21-41.
- Coret, P. (2003). Un pont entre la Gestalt-thérapie et la Psychanalyse jungienne. *Gestalt*, 24(1), 125-140.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.
- Dell, P. F. (2018). Reconsidering the autohypnotic model of the dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 48-78.
- Dong, T. (2023). Une étude clinique de la dépersonnalisation–déréalisation chez trois jeunes adultes drépanocytaires homozygotes du Cameroun. *L'Évolution Psychiatrique*, 88(2), 299-311. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2023.01.008>
- Dubois, A. M. (2013). *Art-thérapie, principes, méthodes et outils pratiques, 1: Art-thérapie*. Elsevier Health Sciences.
- Eberhart, H. et Atkins, S. (2014). Presence and Process in Expressive Arts Work. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 85-102.
- Emanuel, S. (2021). *Trauma theory, trauma story: a narration of biblical studies and the world of trauma*. Brill.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=309817>
- Engle, P. (1997). Art Therapy and Dissociative Disorders. *Art Therapy*, 14(4), 246–254.
<https://doi.org/10.1080/07421656.1987.10759293>
- Fareng, M. et Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques: apports actuels de l'hypnose. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 12(4), 29-46.
- Fung, H. W., Ross, C. A., Lam, S. K. K. et Hung, S. L. (2022). Recent research on the interventions for people with dissociation. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100299>
- Gantt, L. et Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 148-153.
- Ginger, S. (2009). *La Gestalt : L'art du contact*. Marabout.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 341-364.

- Goodbread, J. H. (1987). *The Dreambody Toolkit*. Routledge & Kegan Paul.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gruber, H. et Oepen, R. (2018). Emotion regulation strategies and effects in art-making: A narrative synthesis. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 65–74.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.006>
- Guay, M.-H. (2017, janvier). *Reconnaître, initier ou collaborer à la recherche-action pour soutenir la réussite en français*. Communication présentée à la conférence Réveiller le chercheur en soi! dans le cadre du congrès de l'AQPF, Montréal.
file:///C:/Users/ameli/Downloads/AQPF_RechercheAction_11janv2016%20-%20VF.pdf
- Haeyen, S. et Staal, M. (2021). Imagery rehearsal based art therapy: Treatment of post-traumatic nightmares in art therapy. *Frontiers in psychology*, 11.
- Hamel, J. (1997). L'approche gestaltiste en thérapie par l'art. *Revue québécoise de Gestalt*, 2(1), 130-147.
- Hamel, J. (2009). L'art-thérapie somatique : rationnel d'intervention et méthodes pour aider à guérir la douleur chronique liée aux états de stress post-traumatique. *Revue québécoise de psychologie*, 30 (3), 29-42.
- Hamel, J. et Labrèche, J. (2015). *Art-thérapie: mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs: le livre de référence pour comprendre et pratiquer*. Larousse.
- Hamel, J. (2021). Somatic Art Therapy. In *Somatic Art Therapy* (p. 7-9). Routledge.
- Harris, B. T. (2016). *Embodied Creative Arts Therapy Interventions with Trauma: A Qualitative Study* [Lesley University].
https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=expressive_dissertations
- Holmqvist, G. et Lundqvist-Persson, C. (2024). A Structured Observation Framework for Evaluating Clients' Inner Change During and After Art Therapy. *Art Therapy*, 41(2), 56–64. <https://doi.org/10.1080/07421656.2023.2240681>
- Houle, M., Mandeville, L. et Ceklic, T. (2013). La recherche praxéologique au service du clinicien: l'exemple de l'évaluation globale en psychothérapie. *Recherches qualitatives*, 32(1), 132-153.
- Jackson, C., Vaughan, D. R. et Brown, L. (2018). Discovering lived experiences through descriptive phenomenology. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(11), 3309-3325.
- Kai-ching Yu, C. (2005). Suggestibility of the Chinese as revealed by the creative imagination scale. *Contemporary Hypnosis*, 22(2), 77–83.
<https://doi.org/10.1002/ch.26>
- Kalmanowitz, D. L. et Ho, R. T. (2017). Art therapy and mindfulness with survivors of political violence: A qualitative study. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(1), 1-22.
<https://hub.hku.hk/bitstream/10722/248543/1/Content.pdf?accept=1>

- Kernberg, O. F. (2018). Projection and projective identification developmental and clinical aspects. In *Projection, identification, projective identification* (pp. 93-115). Routledge.
- Lévy, B. (2015). La relation thérapeutique à l'épreuve du passage à l'acte de l'adolescent limite. *Le Divan familial*, 35(2), 159-171. <https://doi.org/10.3917/difa.035.0159>.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2(1), 53-70.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M. et Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46.
- Moon, B. (2007). *The Role of Metaphor in Art Therapy: Theory, Method, and Experience*. Charles C Thomas Publisher, LTD.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=446145>
- Moore, M. L. et Milkoreit, M. (2020). Imagination and transformations to sustainable and just futures. *Elem Sci Anth*, 8(1), 1-17.
- McMurray, M. et Schwartz-Mirman, O. (2001). Integration and working through art therapy. *The Arts in psychotherapy*, 28(5), 311-318.
- McNiff, S. (1992). *Art as medicine: Creating a therapy of the imagination*. Shambhala.
- McNiff, J. (2013). *Action research: Principles and practice*. Routledge.
- Mindell, A. (1985). River's Way. *The process science of the dreambody*. Penguin Group.
- Myrick, A. C., Webermann, A. R., Langeland, W., Putnam, F. W. et Brand, B. L. (2017). Treatment of dissociative disorders and reported changes in inpatient and outpatient cost estimates. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375829>
- Nicolae-Constantin, C. (2025). Art-terapia în schizofrenie-Aspecte ale cercetării cantitative. *Journal of Psychology/Revista de Psihologie*, 71(1), 37-46.
- O'Driscoll, C., Laing, J. et Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 482-495.
- Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azarmsa, S., Cuttelod, T., Piot, M. E., ... et Nater, J. (2022). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 180(6), 1-9. Elsevier Masson.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. Guilford Press.

- Rankin, A. B. et Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy*, 20(3), 138-147.
- Rhyne, J. (2001). The gestalt approach to experience, art, and art therapy. *American Journal of Art Therapy*, 40(1), 109-120.
- Rosner, B., Glynn, R. J. et Lee, M.-L. T. (2006). The Wilcoxon signed rank test for paired comparisons of clustered data. *Biometrics*, 62(1), 185-192.
- Ross, C. A., Duffy, C. M. et Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17.
- Ruddy, R. et Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 79-81.
- Sandler, J. (1989). *Projection, identification, projective identification*. Karnac.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=369233>
- Schiltz, L., Ciccarello, A. et Ricci-Boyer, L. (2015). La honte d'être soi. De l'intérêt de la psychothérapie à médiation artistique pour la réhabilitation des personnes en situation d'exclusion sociale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(8), 681-687. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.07.014>
- Scope, A., Uttley, L., et Sutton, A. (2017). A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 25-43.
- Serrano-Sevillano, Á., González-Ordi, H., Corbí-Gran, B. et Vallejo-Pareja, M. Á. (2017). Psychological characteristics of dissociation in general population. *Clínica y Salud*, 28(3), 101-106.
- Sims, A. (2009). Descriptive phenomenology. Dans M. G. Gelder, N. C. Andreasen, J. J. López-Ibor Jr et J. R. Geddes (dir.), *New Oxford textbook of psychiatry* (2e éd., vol. 1 et 2, p. 47-61). Oxford University Press.
- Springham, N. et Huet, V. (2020). Facing our shadows: Understanding harm in the arts therapies. *International Journal of Art Therapy*, 25(1), 5-18.
- Sokmen, Y. C., et Watters, A. (2016). Emotion regulation with mindful arts activities using a personalized self-soothing kit. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(4), 345-369.
- Steele, K. et van der Hart, O. (2009). Treating dissociation. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 145-165.
- Steinberg, M. (2022). *The SCID-D interview: Dissociation assessment in therapy, forensics, and research*. American Psychiatric Pub.
- Steinberg, M. (2023). *L'entretien SCID-D : Évaluation de la dissociation pour la psychothérapie, la science forensique et la recherche* (traduit par O. Piedfort-Marin). Satas. (Ouvrage original publié en 2023).

- Tremblay, R. R. et Perrier, Y. (2006). *Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel* (2^e éd.). Montréal Chenelière.
- Turkus, J. A. et Kahler, J. A. (2006). Therapeutic interventions in the treatment of dissociative disorders. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 245-262.
- Vancappel, A., Chavigny, C., Chami, L., Kazour, F. et El-Hage, W. (2025). Group Dissociation-Focused Cognitive Behavioral Therapy (DF-CBT) in Patients Suffering from a Dissociative Subtype of PTSD: An Exploratory Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 26(1), 99–114.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2407779>
- Van IJzendoorn, M. H. et Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical psychology review*, 16(5), 365-382.
- Wertz, F. J. (2005). Phenomenological research methods for counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 167.
- Yard, S. S., DuHamel, K. N. et Galynker, I. I. (2008). Hypnotizability as a Potential Risk Factor for Posttraumatic Stress: A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 334-356.
<https://doi.org/10.1080/00207140802042007>
- Zerubavel, N. et Messman-Moore, T. L. (2015). Staying Present: Incorporating Mindfulness into Therapy for Dissociation. *Mindfulness*, 6(2), 303–314.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>