

Université de Montréal

**Lien entre la participation à un programme d'intervention par les arts et l'estime de soi
chez des jeunes présentant des troubles mentaux : rôle modérateur de la sévérité d'atteinte**

Par

Albane Pelissier

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en psychoéducation ès sciences (M. Sc)

Juin 2023

© Albane Pelissier, 2023

Université de Montréal

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

**Lien entre la participation à un programme d'intervention par les arts et l'estime de soi
chez des jeunes présentant des troubles mentaux : rôle modérateur de la sévérité d'atteinte**

Présenté par

Albane Pelissier

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Stéphane Cantin

Président-rapporteur

Kim Archambault

Directeur de recherche

Anne-Marie Tougas

Membre du jury

Résumé

La santé mentale des adolescent·e·s et adultes émergents est un enjeu mondialement préoccupant. Dans le but de favoriser le développement positif et le rétablissement des jeunes vivant avec des troubles mentaux, l'estime de soi s'avère être une cible de choix. Des interventions de réadaptation par les arts axées sur l'amélioration de l'estime de soi ont été conduites ces dernières décennies, et ont montré des résultats prometteurs. Certains facteurs individuels, tels que la sévérité des troubles mentaux, semblent pouvoir affecter l'efficacité des interventions. Il importe donc de les étudier plus spécifiquement. Ce mémoire s'inscrit dans un projet plus large d'évaluation multicentrique continue des programmes *Espace Transition (ET)* mené par des chercheuses du CHU Ste-Justine. Nous avons analysé les données de 140 jeunes âgés en moyenne de 16 ans et présentant un trouble mental. L'estime de soi positive et l'estime de soi négative des participant·e·s ont été mesurées avant et après la participation au programme, ainsi que leur niveau d'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux avant le début du programme. Des analyses de modération (ANCOVAs mixtes) ont été conduites afin d'observer si les changements diffèrent en fonction de la sévérité de cette altération fonctionnelle. L'âge, le genre et l'indice d'appréciation du programme ont été inclus dans les analyses. Selon les résultats observés, il apparaît que la participation au programme est associée à un changement significatif de l'estime de soi de certains jeunes, plus particulièrement chez ceux rapportant un niveau d'altération fonctionnelle plus sévère. Ces jeunes présentaient en effet une estime de soi positive plus élevée ainsi qu'une estime de soi négative plus faible à la suite du programme qu'avant celui-ci. Malgré leurs limites, ces résultats suggèrent que les programmes *ET* pourraient jouer un rôle dans le rétablissement et le développement positif des jeunes étant davantage affectés par leurs troubles mentaux. Ils mettent aussi en lumière l'importance de s'intéresser plus amplement aux facteurs individuels pouvant faire varier l'efficacité des interventions.

Mots-clés : Estime de soi ; adolescent·e·s; adultes émergents ; troubles mentaux ; réadaptation ; rétablissement ; développement positif ; intervention par les arts ; sévérité des troubles mentaux.

Abstract

The mental health of adolescents and emerging adults is an issue of global concern. To promote the positive development and recovery of young people living with mental disorders, self-esteem is a prime target. Rehabilitation art-based interventions focused on improving self-esteem have been conducted in recent decades and have shown promising results. Certain individual factors, such as the severity of mental disorders, seem to be able to affect the effectiveness of interventions. It is therefore important to study them more specifically. This dissertation is part of a larger ongoing multicenter evaluation project of *Espace Transition (ET)* programs led by researchers from the CHU Ste-Justine. We analyzed the data of 140 young people with an average age of 16 and presenting a mental disorder. The positive self-esteem and negative self-esteem of the participants were measured before and after participation in the program, as well as their level of functional impairment related to mental disorders before the beginning of the program. Moderation analyzes (Mixed ANCOVAs) were conducted to observe whether the changes are different depending on the severity of this functional impairment. Age, gender, and program appreciation index were included in the analyses. According to the results observed, it appears that participation in the program is associated with a significant change in the self-esteem of some young people, more particularly among those reporting a more severe level of functional impairment. These young people had higher positive self-esteem and lower negative self-esteem after the program than before. Despite their limitations, these results suggest that *ET* programs could play a role in the recovery and positive development of young people who are more affected by their mental disorders. They also highlight the importance of paying more attention to individual factors that can vary the effectiveness of interventions.

Keywords: Self-esteem ; adolescent ; emerging adults ; mental disorders ; rehabilitation ; recovery ; positive development ; arts interventions ; severity of mental disorders.

Table des matières

Résumé	3
Abstract	5
Table des matières	7
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des sigles et abréviations	11
Remerciements	12
Problématique.....	13
Contexte théorique	14
La santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes	14
Réadaptation en santé mentale et approche axée vers le rétablissement.....	16
Estime de soi et développement des jeunes.....	18
Estime de soi et problèmes de santé mentale	20
Interventions chez les jeunes, santé mentale et estime de soi.....	23
Individualisation des soins et sévérité des troubles mentaux	26
Objectifs et hypothèses de recherche.....	28
Méthode.....	30
Contexte de la recherche.....	30
Programmes <i>Espace Transition</i>	31
Participant·e·s.....	33
Procédures et déroulement de la recherche	34
Instruments et mesures	35
Estime de soi	35
Sévérité de l'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux.....	35
Âge et genre	36
Appréciation du programme	36
Stratégie analytique	37
Résultats	38

Évolution des niveaux d'estime de soi positive et négative entre pré- et post-programme (hypothèse 1)	38
Modération de l'évolution des niveaux d'estime de soi positive et négative entre pré- et post-programme par la sévérité d'atteinte (hypothèse 2)	39
Discussion	43
Implication pour la recherche et la pratique	46
Forces et limites de l'étude	48
Conclusion.....	51
Références bibliographiques	52
Annexe I :	76
Comparaison statistique des sous-échantillons analysé et non-analysé	76
Annexe II :	77
Vérification des postulats d'analyse et présentation des statistiques descriptives et corrélations .	77
Vérification des postulats	77
Taille de l'échantillon.....	77
Indépendance des erreurs	77
Distribution normale des variables	78
Fidélité des variables.....	79
Valeurs extrêmes univariées.....	80
Multicolinéarité.....	80
Spécificité et parcimonie.....	81
Homogénéité de la variance entre les groupes de la variable indépendante.....	81
Homogénéité des pentes de régression	81
Statistiques descriptives et corrélations	82

Liste des tableaux

Tableau 1.	39
Résultats aux tests des effets intra-sujets des ANCOVAs mixtes pour chaque dimension de l'estime de soi.	39
Tableau 2.	42
Moyennes d'estime de soi positive et négative avant et après le programme et résultats des comparaisons appariées par niveau d'altération fonctionnelle.	42
Tableau 3.	76
Comparaison des moyennes et tests statistiques au pré-programme entre le sous-échantillon analysé et celui non-analysé.	76
Tableau 4.	79
Intervalle de confiance de l'indice d'aplatissement pour chacune des variables continues.	79
Tableau 5.	79
Intervalle de confiance de l'indice d'asymétrie pour chacune des variables continues.	79
Tableau 6.	80
Alpha de Cronbach pour chacune des variables mesurées à l'aide de plusieurs items.	80
Tableau 7.	83
Matrice de corrélations et statistiques descriptives (n = 140).	83

Liste des figures

Figure 1.	31
Modèle logique des programmes Espace Transition (Garel et al., 2018).....	31
Figure 2.	38
Moyennes de l'estime de soi positive et négative avant et après la participation au programme.	38
Figure 3.	41
Évolution de l'estime de soi négative moyenne entre pré- et post-programme par niveau d'altération fonctionnelle.....	41
Figure 4.	42
Évolution de l'estime de soi positive moyenne entre pré- et post-programme par niveau d'altération fonctionnelle.....	42

Liste des sigles et abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

ET : Espace Transition

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAD : Potentiel d'adaptation

p. : page

p. ex. : par exemple

PEX : Potentiel expérientiel

QES-secondaire : Questionnaire sur l'environnement socioéducatif au secondaire

SERS : Self-Esteem Rating Scale

TDAH : Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

v. : versus

WSAS : Work and Social Adjustment Scale

Remerciements

En premier lieu, je souhaiterais remercier ma directrice de mémoire, Kim Archambault, pour sa précieuse expertise, sa disponibilité et son soutien sans faille durant ces deux années d'écriture, sans qui je n'en serai pas arrivée jusqu'ici. Merci également à l'équipe d'*Espace Transition*.

J'aimerais ensuite remercier Stéphane Cantin, Anne-Marie Tougas et Julien Morizot d'avoir accepté de réviser mon mémoire, ainsi que pour leurs recommandations pertinentes qui m'ont permis de continuer à l'améliorer.

Un grand merci à mon conjoint Victor pour sa présence et son soutien depuis toutes ces années, nos moments de rigolade, ainsi que ses bons petits plats qui m'ont apporté tant de réconfort. Et merci à mes deux chats dont la présence quotidienne m'apporte une source de bonheur incommensurable.

Je tiens aussi à remercier ma famille, qui, malgré l'océan qui nous sépare, n'a jamais cessé de croire en moi et m'a toujours encouragée à persévérer dans mes projets.

Finalement, merci à toutes mes amies qui ont été présentes durant toutes ces années à me motiver et m'encourager dans mes efforts, ainsi qu'à nos beaux moments ensemble qui m'ont fait beaucoup de bien.

Problématique

La santé mentale est un enjeu sociétal important, influençant sérieusement le bien-être et le fonctionnement général des individus. Elle s'avère préoccupante chez les jeunes, qui sont particulièrement vulnérables au développement de troubles mentaux. Ces derniers peuvent conduire à des conséquences néfastes à court, moyen et long termes, et compromettre le développement positif des adolescent·e·s et adultes émergents. Ainsi, il est essentiel de cibler les facteurs susceptibles de limiter ces conséquences néfastes et de favoriser le rétablissement des jeunes touchés. À cet égard, il convient donc de soutenir davantage le développement de stratégies d'intervention adaptées aux besoins et caractéristiques de ces jeunes, en s'intéressant aux approches novatrices ayant émergé dans le champ de la réadaptation en santé mentale. Notamment, les interventions par les arts sont de plus en plus reconnues pour favoriser le bien-être et l'adaptation des jeunes vivant avec des troubles mentaux, et plus particulièrement leur estime de soi. Celle-ci est l'un des facteurs individuels largement préconisés en vue de soutenir le rétablissement et le développement positif de ces jeunes. Dans une optique d'individualisation des soins et services offerts aux jeunes, il importe aussi d'étudier les facteurs susceptibles de faire varier l'effet de ces interventions. Ce mémoire vise donc à évaluer comment de tels facteurs peuvent moduler la relation entre la participation à une intervention par les arts et l'estime de soi des jeunes présentant un trouble mental.

Contexte théorique

La santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; 2022), la santé mentale désigne « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (section Concepts de santé mentale). De plus, toujours selon l'OMS, une bonne santé mentale peut diminuer les probabilités d'apparition de troubles mentaux chez les individus et faciliter le rétablissement. Les troubles mentaux, quant à eux, font référence à une gamme de « comportements, de pensées et d'émotions qui peuvent être à l'origine d'une détresse, d'une souffrance ou d'une incapacité » (Commission de la santé mentale du Canada, 2012, p. 4). En psychopathologie, deux approches sont utilisées pour classifier les troubles mentaux. Si l'approche catégorielle est utilisée pour vérifier la présence ou non d'une psychopathologie à l'aide de critères, elle catégorise les personnes en assumant qu'elles présentent relativement les mêmes symptômes, sans totalement considérer les différences individuelles, les comorbidités, ni les stades d'évolution. Au contraire, l'approche dimensionnelle permet de visualiser les problèmes de santé mentale le long d'un continuum, et ainsi, de pouvoir établir un niveau de sévérité tout en considérant les variations à travers le temps (De la Fuente-Tomas, 2019 ; Dumas, 2013).

L'adolescence est conçue comme une période charnière, caractérisée par de multiples changements d'ordre biologique, psychologique et social (Alsaker et Kroger, 2006). C'est aussi une phase développementale clé pour la formation de l'identité et d'une conception cohérente du soi (Papalia et Martorell, 2018). Elle débute généralement vers l'âge de 12 ans et se termine vers l'âge de 18 ans (Jaworska et MacQueen, 2015). Les dernières années de l'adolescence et de celles qui suivent (généralement jusqu'à 25 ou 30 ans, selon les auteur·e·s) sont désormais

conceptualisées comme l'âge adulte émergent (Arnett et al., 2014). Au cours de celle-ci, des changements complexes continuent de s'opérer au niveau personnel, social, émotionnel, neuroanatomique et développemental, et l'adulte émergent poursuit son exploration identitaire (Tanner et Arnett, 2016 ; Wood et al., 2018). Or, il apparaît que le soutien institutionnel et familial tend aussi à s'appauvrir durant cette période (Wood et al., 2018). Ainsi, les différentes expériences positives et négatives vécues au cours de ces phases peuvent influencer de façon marquée sur les apprentissages et le développement des jeunes, entraînant des conséquences à courts, moyens et longs termes. En corolaire, l'adolescence et l'âge adulte émergent sont des périodes de vulnérabilité accrue à l'émergence des troubles mentaux, dont la majorité se déclare au cours de ces phases (Asselmann et al., 2018 ; Bouchard, 2018 ; OMS, 2021b ; Wood et al., 2018). En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec (2016), les jeunes de 15-24 ans sont plus susceptibles de manifester un haut niveau de détresse psychologique que le reste de la population. Au niveau mondial, ce sont 14% des jeunes âgés entre 10 et 19 ans qui présentent un trouble mental, soit plus d'un jeune sur sept (OMS, 2021b). Selon l'OMS, les troubles anxieux sont les plus fréquents chez les adolescent·e·s entre 15 et 19 ans et font partie des causes les plus importantes de morbidité et d'invalidité, avec les troubles dépressifs et les troubles du comportement, tandis que le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans (OMS, 2021a ; OMS, 2021b).

En outre, des problèmes de santé mentale chez les adolescent·e·s et adultes émergents peuvent entraîner des répercussions négatives sur les plans physique et mental à court, moyen et long termes. Notamment, la présence de troubles mentaux chez des jeunes âgés de 14 à 24 ans est associée à des conséquences socioéconomiques, cliniques et fonctionnelles défavorables huit à dix ans plus tard et le risque de développer ces conséquences augmente avec la sévérité clinique, tel qu'un plus grand nombre de diagnostics comorbides (Asselmann et al., 2018). Selon Copeland et ses collaborateurs (2015), les jeunes ayant un diagnostic de trouble mental ont six fois plus de

chances de présenter au moins une condition d’adversité à l’âge adulte comparativement aux jeunes sans problèmes psychiatriques, et neuf fois plus de chances d’en présenter au moins deux ou plus. Parmi celles-ci comptent le décrochage scolaire, une parentalité précoce, de l’isolement social, une difficulté à conserver un emploi ou un logement, un faible réseau social, une instabilité relationnelle, des activités criminelles, des comportements suicidaires, de l’abus de substances, ainsi que des problèmes de santé mentale et physique comorbides. De plus, les jeunes vivant avec des problèmes de santé mentale sont aussi plus susceptibles d’être exposés à de la discrimination, de la stigmatisation et de l’exclusion, et plus enclins à subir une violation de leurs droits humains (OMS, 2021b).

Au regard de ces informations, prévenir le développement de problèmes de santé mentale dès l’adolescence et au début de l’âge adulte, mais aussi favoriser la réadaptation des jeunes qui en vivent semblent des avenues essentielles pour favoriser leur bien-être et adaptation, ainsi qu’influer positivement leur trajectoire de vie future (Asselmann et al., 2018).

Réadaptation en santé mentale et approche axée vers le rétablissement

La réadaptation occupe une place importante dans le domaine de la santé mentale (Farkas et Anthony, 2010). Celle-ci sous-tend un ensemble de services et d’interventions visant à promouvoir les capacités émotionnelles, sociales et intellectuelles des personnes, utiles pour vivre en société avec un soutien professionnel minimal (Vita et Barlati, 2019). Les modèles de réadaptation en santé mentale d’origine anglo-saxonne sont actuellement largement dominés par l’approche axée vers le rétablissement personnel (Tickle et al., 2014 ; Waldemar et al., 2016). Selon Jacob (2015), cette approche s’appuie sur l’importance, pour les personnes présentant des troubles mentaux, de reprendre le contrôle sur leur vie et d’entrevoir un « après » malgré les symptômes et difficultés vécues. Selon le modèle de rétablissement personnel, les personnes avec des problèmes

de santé mentale peuvent donc mener une vie satisfaisante et emplie d'espoir malgré les limitations dues à leurs symptômes (Anthony, 1993). Ce modèle encourage à favoriser les forces et intérêts de la personne tout en l'accompagnant dans la réalisation de ses buts et aspirations, pour lui permettre d'aller de l'avant et de retrouver un sens à sa vie en dépit de la pathologie psychiatrique. En ce sens, il promeut donc le développement de l'espoir, de l'empowerment, des compétences de vie, du sentiment de contrôle, ainsi que d'une vision de soi plus positive (Jacob, 2015, Winsper et al., 2020).

Leamy et ses collaborateurs (2011) ont développé le modèle CHIME regroupant cinq dimensions essentielles au processus de rétablissement, à savoir *Connectedness*, qui fait référence aux liens sociaux ; *Hope*, qui renvoie à l'espoir et l'optimisme en lien avec le futur ; *Identity*, soit une construction de l'identité plus positive ; *Meaning*, qui réfère aux buts et au sens de la vie ; et enfin *Empowerment*, qui renvoie au sentiment de contrôle et au pouvoir d'agir. Ce modèle a été validé pour mesurer et améliorer le rétablissement personnel des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, ses cinq dimensions étant utilisées comme cibles d'intervention clé (Van Weeghel et al., 2019).

Si ce modèle, et plus largement le concept de rétablissement personnel, ont été amplement étudiés chez les adultes, des études plus récentes montrent qu'ils semblent aussi adaptés au processus développemental des jeunes (Naughton et al., 2018 ; Naughton et al., 2020 ; Ward, 2014). Toutefois, les résultats de ces études suggèrent que certains ajustements pourraient permettre de mieux répondre aux besoins des jeunes, notamment utiliser un langage adapté, ou encore, mettre plus d'accent sur la participation aux soins et l'implication de la famille (Naughton et al., 2020 ; Moberg et al., 2022). De plus, il apparaît que le développement identitaire soit aussi à considérer plus spécifiquement à l'adolescence et au début de l'âge adulte, puisqu'il fait partie intégrante de ces phases développementales et influence donc fortement la vie quotidienne des jeunes ainsi que

leur conception de soi (Law et al., 2020 ; Moberg et al., 2022 ; Ward, 2014). En ce sens, les concepts liés à la construction identitaire, tels que les perceptions de soi, semblent être une cible d'intervention pertinente au rétablissement personnel des jeunes présentant des problèmes de santé mentale. Notamment, l'estime de soi, une composante importante des perceptions de soi, semble jouer un rôle clé dans le processus de rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux, expliquant notamment le lien entre la satisfaction de vie et les symptômes présents au sein de cette population (Markowitz, 2001).

Estime de soi et développement des jeunes

L'estime de soi est fortement corrélée au processus de développement identitaire (Carter et Marony, 2021 ; Stets et Burke, 2014). Elle est une des composantes du concept de soi ou perception de soi (Rosenberg et Owens, 2001 ; Mann et al., 2004). Rosenberg (1962) la définit comme le degré avec lequel une personne montre une attitude de rejet ou d'acceptation envers elle-même. Donnellan et ses collaborateurs (2011) ajoutent qu'elle est l'évaluation subjective de sa valeur en tant que personne. Elle peut être globale ou spécifique, c'est-à-dire relative à la valeur globale d'une personne, ou bien liée à un domaine spécifique, tel que l'apparence physique ou les relations amicales (Orth et Robins, 2019). La plupart des études considèrent l'estime de soi globale comme étant unidimensionnelle, c'est-à-dire que l'estime de soi positive est synonyme d'estime de soi élevée, et que l'estime de soi négative est assimilable à une faible estime de soi (Garcia et al., 2019 ; Supple et al., 2012). Toutefois, d'autres auteur·e·s conçoivent plutôt deux dimensions distinctes et complémentaires de l'estime de soi globale, soit l'estime de soi positive et l'estime de soi négative (Lecomte et al., 2006). La première dimension reflète la satisfaction de soi, l'affirmation de soi et la confiance en soi, et serait surtout liée au développement personnel et au bien-être, tandis que la seconde dimension fait plutôt référence à l'autodépréciation et est davantage corrélée avec

le développement de symptômes dépressifs (Owens, 1993 ; Owens, 1994 ; Supple et al., 2012 ; Verkuyten, 2003). Selon cette conception, le niveau d'estime de soi peut varier de « faible » à « élevé » sur chacune des deux dimensions distinctement (Mann et al., 2004). Si les niveaux sur ces deux dimensions varient habituellement de façon opposée, des personnes, à fortiori celles présentant certains troubles mentaux, tels que la schizophrénie, peuvent montrer à la fois des niveaux élevés d'estime de soi positive et négative (Barrowclough et al., 2003 ; Lecomte et al., 2006 ;). Bien que nous privilégions la conception bi-dimensionnelle de l'estime de soi dans notre étude, il n'en est pas le cas pour la plupart des études recensées et présentées ci-après, dont les résultats proviennent majoritairement d'échelles unipolaires.

Au cours du développement normal, l'estime de soi se construit dès l'enfance et varie à travers le temps. En effet, selon une méta-analyse de Orth et ses collaborateurs (2018) incluant les données de 164 868 participant·e·s, l'estime de soi semble augmenter en moyenne jusqu'à l'âge de 11 ans, puis tend à se stabiliser entre 11 et 15 ans, avant d'augmenter de nouveau jusqu'à l'âge de 30 ans. Toutefois, cela décrit la trajectoire normale du niveau général de l'estime de soi. Des différences individuelles peuvent influencer cette trajectoire développementale, qui, comme toutes les autres, est conçue comme la résultante d'interactions complexes entre des facteurs personnels et environnementaux, tels que la puberté, les conflits familiaux ou encore les transitions entre deux milieux (Orth et al., 2018 ; Tetzner et al., 2016 ; Trzesniewski et al., 2013). Ainsi, les niveaux d'estime de soi peuvent varier distinctement au cours du développement, en fonction des individus et de leur vécu. L'estime de soi peut aussi différer selon le genre de la personne, les jeunes s'identifiant au genre masculin ayant tendance à montrer des niveaux d'estime de soi plus élevés que ceux s'identifiant au genre féminin (Moksnes et Espnes, 2013 ; Stadelmann et al., 2014).

L'estime de soi est aussi une caractéristique individuelle reconnue comme étant bénéfique pour favoriser un développement positif chez les adolescent·e·s et les adultes émergents (McDavid

et al., 2015). En effet, Lerner et ses collaborateurs (2009) ont développé la théorie du Développement Positif des Jeunes, mettant l'accent sur l'interaction entre les forces de l'individu et le contexte dans lequel il évolue pour promouvoir une trajectoire de vie positive. Pour conceptualiser cette théorie, le modèle des « 5 Cs » a été développé. Il comporte cinq domaines de caractéristiques liées à des conséquences positives sur le développement des jeunes, à savoir le Caractère, la Compétence, la Connexion, la Compassion et la Confiance, ce dernier faisant référence à « un sentiment interne d'estime de soi positive globale et d'auto-efficacité » (Lerner et al., 2009, p 545 ; Bower et al., 2010). Selon Maslow et ses collaborateurs (2016), favoriser le développement de ces cinq domaines serait lié à une réduction des comportements intériorisés et extériorisés problématiques. Notamment, un niveau plus élevé de ces caractéristiques, incluant une estime de soi positive, est associé à des niveaux de dépression et de comportements à risque plus faibles chez les jeunes (Jelicic et al., 2007). De plus, selon une étude longitudinale de McDavid et ses collaborateurs (2015), une estime de soi élevée prédit aussi un plus haut niveau d'espoir chez des jeunes participant à un programme visant à favoriser le développement positif. Ainsi, à la lumière de ces résultats, il apparaît que l'estime de soi positive est à la fois marqueur du développement positif chez les jeunes et contributeur à ce dernier.

Estime de soi et problèmes de santé mentale

L'estime de soi est un concept abondamment étudié en santé mentale et communément ciblé dans l'intervention auprès des personnes vivant avec des troubles mentaux (Markowitz, 2001; Sowislo et Orth, 2013 ; Zeigler-Hill, 2011). En plus d'être impliquée dans l'étiologie de certains de ces troubles, à titre de facteur de risque ou de protection, selon bon nombre d'études, l'estime de soi semble elle-même influencée par les problèmes de santé mentale et pourrait jouer un rôle dans le bien-être et le rétablissement des personnes qui en vivent (Cervera et al., 2003 ; Jacob, 2015

; Mann et al., 2004 ; Orth et al., 2012 ; Orth et al., 2016 ; Stein et al., 2002). Ce sont surtout ces dernières catégories de relations qui seront étayées dans les prochaines sections étant donné que le présent mémoire s'inscrit dans un paradigme de réadaptation plutôt que de prévention à l'égard des troubles mentaux.

Les études suggèrent qu'une faible estime de soi est liée à l'expression de plusieurs psychopathologies (Guillon et Crocq, 2004 ; Zeigler-Hill, 2011). En corolaire, l'estime de soi serait globalement moins élevée chez les personnes avec un trouble mental que chez celles n'ayant pas de diagnostic (Rizwan et Ahmad, 2015 ; Stadelmann et al., 2017). De plus, d'après une étude consultée, les jeunes ayant présenté un trouble mental dans le passé rapportent en moyenne une estime de soi plus faible que ceux n'ayant jamais reçu de diagnostic, suggérant qu'une faible estime de soi peut persister au-delà d'un épisode de trouble mental (Stadelmann et al., 2017). En outre, selon Silverstone et Salsali (2003), les personnes présentant un trouble dépressif, un trouble des conduites alimentaires ou un trouble d'abus de substance ont rapporté un niveau plus faible d'estime de soi que celles vivant avec un autre type de trouble mental. Qui plus est, cette étude a mis en évidence un effet cumulatif des troubles mentaux sur l'estime de soi, les personnes ayant reçu plus d'un diagnostic comorbide ayant tendance à rapporter une plus faible estime de soi que celles en ayant un seul, en particulier lorsque l'un des diagnostics est la dépression (Weingarden et al, 2018). L'association bidirectionnelle entre la dépression et une faible estime de soi est d'ailleurs largement documentée (Johnson et al., 2016 ; Ngo et al., 2020 ; Orth et al., 2008 ; Orth et al., 2016 ; Orth et Robins, 2013 ; Rieger et al., 2016 ; Shahar et Davidson, 2003; Steiger et al., 2015). Notamment, selon une méta-analyse de Sowislo et Orth (2013), la présence d'un trouble dépressif serait significativement associée avec le développement d'une plus faible estime de soi par la suite. Cette même méta-analyse permet aussi de mettre en lumière le lien entre l'anxiété et l'estime de soi. Ainsi, les résultats indiquent que la présence d'un trouble anxieux initialement est prédicteur

d'une faible estime de soi (Farmer et Kashdan, 2013 ; Manna et al., 2016 ; Ngo et al., 2020). De plus, Edbom et ses collaborateurs (2008) rapportent dans leur étude longitudinale une association entre la présence de symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à l'âge de 8 ans et une faible estime de soi à 13 ans. Une association entre l'augmentation de la sévérité des symptômes chez des personnes vivant avec un trouble de la personnalité borderline et une faible estime de soi a aussi été mise en lumière, ainsi qu'une plus faible estime de soi dans ce groupe que chez les personnes sans problèmes de santé mentale (Bungert et al., 2015 ; Winter et al. 2018). Plusieurs études rapportent aussi un lien entre la présence de symptômes psychotiques élevés chez des personnes présentant un trouble psychotique et une estime de soi négative élevée, ainsi qu'une estime de soi positive faible (Barrowclough et al., 2003 ; Humphreys et Barrowclough, 2006 ; Palmier-Claus et al., 2011). Chez ces dernières, l'augmentation de l'estime de soi positive est aussi associée à la diminution des symptômes négatifs deux à trois mois plus tard, tandis qu'un accroissement de l'estime de soi négative est associé à des symptômes négatifs plus élevés (Palmier-Claus et al., 2011). Finalement, une étude longitudinale réalisée chez des jeunes présentant des symptômes anxiodépressifs et des problèmes d'attention suggère qu'une estime de soi élevée est associée à la présence de symptômes moins importants trois ans plus tard (Henricksen et al., 2017).

En somme, les diverses études recensées suggèrent qu'une faible estime de soi peut contribuer au maintien ou à l'aggravation des troubles mentaux, alors que ces derniers sont susceptibles d'affecter négativement l'estime de soi des personnes qui en vivent. De plus, tel que décrit précédemment, l'estime de soi correspond à une composante essentielle du modèle de développement positif des jeunes et joue un rôle clé au sein des approches de réadaptation en santé mentale axées vers le rétablissement personnel. Sur les plans tant théorique qu'empirique, l'estime

de soi apparait donc comme une cible tout indiquée d'intervention de réadaptation en santé mentale pour les jeunes.

Interventions chez les jeunes, santé mentale et estime de soi

De nombreuses interventions pour promouvoir le bien-être général et l'adaptation des jeunes vivant avec des troubles mentaux ont été développées au cours des dernières décennies, et plusieurs d'entre elles ont été associées à une amélioration de l'estime de soi (Das et al., 2016). Parmi les plus efficaces pour améliorer l'estime de soi dans cette population comptent les interventions cognitivo-comportementales et celles axées sur l'activité physique ou encore la pleine conscience (Kolubinski et al., 2018 ; Liu et al., 2015 ; Niveau et al., 2021 ; Randal et al., 2015). Notamment, une association entre la participation à une intervention de groupe de type cognitivo-comportementale et l'amélioration de l'estime de soi chez des jeunes et des adultes avec un trouble mental spécifique, tel que le trouble dépressif, le trouble anxieux, le TDAH, le trouble de consommation de substances ou encore l'anorexie, a été documentée (Adamson et al., 2019 ; Das et al., 2016 ; Griffioen et al., 2017 ; Hussin et al., 2014; Morton et al., 2012 ; Shaikh, 2017; Taylor et Montgomery, 2007). Par ailleurs, si l'amélioration de l'estime de soi est conçue comme bénéfique en soi pour le bien-être et l'adaptation des individus, certaines études suggèrent qu'elle pourrait même contribuer à la diminution des symptômes psychiatriques. À titre d'exemple, Hilbert et ses collaborateurs (2015) ont montré que la diminution des symptômes chez des personnes avec un trouble dépressif a été plus élevée pour celles ayant connu une amélioration de leur estime de soi à la fin de l'intervention.

Plus particulièrement, les interventions à caractère artistique font l'objet d'un intérêt croissant dans les milieux cliniques et de recherche pour favoriser le bien-être général et la santé mentale (Das et al., 2016 ; Niveau et al., 2021). Dans une importante revue de littérature, Leckey

(2011) a suggéré que les activités créatives pourraient avoir un effet curateur et protecteur se traduisant entre autres par une amélioration des symptômes dépressifs et anxieux, et une augmentation de l'estime de soi chez les personnes vivant avec un trouble mental. Plus récemment, d'autres études ont appuyé ce lien entre la participation à une intervention par les arts et un sentiment de bien-être accru, ou encore l'amélioration d'autres marqueurs du rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux, tels que l'espoir, l'optimisme, l'identité ou l'empowerment (Callinan et Coyne, 2020 ; Jensen et Bonde, 2018 ; Lipe et al., 2012 ; Williams et al., 2020). Les interventions créatives ont aussi été montrées prometteuses pour promouvoir un développement positif chez les jeunes en général, ayant notamment été associées à plusieurs bénéfices au niveau de la perception de soi, de la confiance en soi ou encore du sentiment d'accomplissement (Forrest-Bank et al., 2016 ; Schwan et al., 2018 ; Si'isi'ialafia, 2018).

Plus spécifiquement, plusieurs études suggèrent un lien entre la participation à un programme artistique et une amélioration de l'estime de soi (Amjad et Jami, 2020 ; Chen et al., 2016 ; Ching-Teng et al., 2018 ; Kim et al., 2020 ; Yucesan et Sendurur, 2018). Notamment, l'étude de Amjad et Jami (2020) a évalué l'efficacité d'un programme par les arts d'une durée de quatre semaines chez 28 garçons âgés de 7 à 15 ans avec des problèmes comportementaux et émotionnels légers à modérés. Chen et ses collaborateurs (2016) ont évalué un programme d'intervention axé sur la musique de 20 séances chez 200 détenus âgés entre 18 et 57 ans vivant avec des problèmes anxieux et dépressifs. Yucesan et Sendurur (2018) ont évalué l'efficacité d'un programme d'intervention par les arts de 9 semaines axé sur la musique, la poésie et le théâtre chez 24 étudiant·e·s universitaires âgés entre 18 et 24 ans. Ching-Teng et ses collaborateurs (2018) ont, quant à eux, évalué l'efficacité d'une activité d'art thérapie chez 55 personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec une dépression légère. Enfin, Kim et ses collaborateurs (2020) se sont intéressés à un programme d'art thérapie culinaire de 8 séances chez 60 participants âgés entre 18 et 60 ans

présentant un diagnostic de trouble mental. Ces cinq études ont utilisé des méthodes quantitatives ou mixtes. Les trois premières études présentaient un devis expérimental comportant au moins deux temps de mesures (pré- et post-test) avec groupe de contrôle et assignation aléatoire, tandis que les deux dernières études ont utilisé un devis quasi-expérimental pré- et post-test avec groupe témoin. Si ces études ont toutes mis en lumière une association entre la participation à des interventions artistiques et l'amélioration de l'estime de soi, les populations ciblées sont variées et aucune d'entre elles ne s'est spécifiquement intéressée à un échantillon d'adolescent·e·s et de jeunes adultes vivant avec des troubles mentaux.

Divers facteurs sont susceptibles de contribuer à l'explication de la relation entre la participation à un programme artistique et l'amélioration de l'estime de soi. Selon Hartz et Thick (2005), l'estime de soi se développerait à partir d'un sentiment de compétence et d'interactions sociales positives. Or, à travers l'évaluation d'un programme de réadaptation par les arts pour des jeunes vivant avec des troubles mentaux, les participant·e·s ont rapporté un sentiment d'accomplissement et de fierté lié à la participation au programme, ainsi que la découverte ou la valorisation de leurs capacités et talents (Archambault, 2014). De plus, les jeunes ont rapporté que le sentiment d'appartenance au groupe ainsi que le fait de se sentir importants pour les autres membres a contribué à l'amélioration de leur perception d'eux-mêmes. Dans leur étude, Ching-Teng et ses collaborateurs (2018) ont identifié qu'à travers l'expérience de groupe, les participant·e·s peuvent explorer et partager leur vécu tout en écoutant celui des autres membres, ce qui leur permet d'améliorer leur compétence sociale, tout en recevant de la rétroaction positive. Cela favoriserait aussi la découverte de leur propre potentiel, conduisant ainsi vers une meilleure affirmation de leurs valeurs et capacités à améliorer leur estime de soi. Finalement, certain·e·s participant·e·s auraient aussi apprécié de pratiquer une activité normalisante, dépourvue de jugement et de stigmatisation, leur permettant de ne pas penser aux problèmes de santé mentale, et

ce, dans un climat sécurisant inspirant la joie et la liberté (Archambault, 2014 ; Ching-Teng et al., 2018).

La méta-analyse de Niveau et ses collaborateurs (2021) soutient que les interventions à caractère artistique font partie de celles ayant été associées aux tailles d'effet les plus importantes, en lien avec l'augmentation de l'estime de soi chez les adultes. De plus, une revue de la littérature conduite chez les enfants âgés entre 11 et 18 ans, met aussi de l'avant un lien entre la participation à des interventions par les arts et l'estime de soi (Bungay et Vella-Burrows, 2013). Or, les auteur·e·s de ces travaux s'entendent pour dire qu'il existe des faiblesses méthodologiques et des limitations dans la majorité des études répertoriées, suggérant que davantage d'études de qualité devraient être réalisées. Ainsi, si les études recensées soutiennent l'intérêt des interventions à caractère artistique pour favoriser une meilleure estime de soi, encore peu d'études de qualité centrées sur les jeunes présentant des troubles mentaux ont été conduites au sujet de l'impact des interventions à caractère artistique, et encore moins en ce qui a trait à l'estime de soi en particulier. De plus, aucune étude à notre connaissance ne l'a fait en prenant en compte les caractéristiques individuelles des participant·e·s.

Individualisation des soins et sévérité des troubles mentaux

Or, dans le champ plus large de l'évaluation d'interventions en santé mentale des jeunes, on convient maintenant qu'il importe de dépasser l'intérêt pour des « effets » moyens et de comprendre plus finement les facteurs faisant varier l'efficacité des diverses stratégies montrées prometteuses (Das et al., 2016 ; Karkou et al., 2022). Ces facteurs peuvent être de différents ordres et concerner tant les caractéristiques de l'intervention promulguée (p. ex. le contexte de mise en œuvre, la qualité de la livraison) que celles des participant·e·s, telles que l'âge, le genre ou encore le statut socio-économique (Dane et Schneider, 1998 ; Das et al., 2016 ; Moldovan et Pintea, 2015).

Dans une perspective d'individualisation des soins et services, une meilleure compréhension de ces facteurs est essentielle pour permettre un appariement plus optimal des interventions offertes aux personnes desservies, ainsi que pour guider les modifications à apporter aux programmes afin de les rendre mieux ajustés aux différents sous-groupes ciblés (Kazdin, 2007 ; Moldovan et Pinte, 2015).

La sévérité d'atteinte est l'un des facteurs individuels ayant été avancés comme pouvant influencer l'efficacité de certaines interventions, notamment dans le champ de la santé mentale (Sahin et al., 2018). Différents paramètres peuvent être utilisés afin de déterminer le niveau de sévérité des troubles mentaux, tels que l'intensité, la persistance et la fréquence des symptômes, le nombre de diagnostics concomitants, et/ou le niveau de fonctionnement de la personne dans les différentes sphères de sa vie (Miklowitz, 2004 ; Zimmerman et al., 2018). Certaines études rapportent une association négative entre la sévérité des troubles mentaux et le taux de rémission après l'intervention, notamment chez des jeunes et des adultes présentant un diagnostic de trouble du comportement alimentaire, de trouble anxieux, de trouble dépressif ou de trouble de la personnalité (Blom et al., 2007 ; Compton et al., 2014 ; Le Grange et al., 2008 ; Sahin et al., 2018 ; Vinnars et al., 2007). D'autres études suggèrent que les personnes éprouvant des difficultés plus sévères en lien avec leurs problèmes de santé mentale nécessitent une intensité d'intervention supérieure pour en tirer des bénéfices significatifs (Black et al., 2009 ; Bohart et Wade, 2013 ; Vinnars et al., 2007). Cela pourrait en partie s'expliquer par le fait qu'elles tendent à vivre divers enjeux engageant plusieurs sphères de leur vie, pouvant se traduire par davantage de besoins à combler, ou encore moins de disponibilité lors des séances d'intervention. Cela pourrait aussi être dû au fait qu'elles tendent à avoir une estime de soi initiale plus faible (Bungert et al., 2015 ; Silverstone et Salsali 2003 ; Weingarden et al, 2018).

Les conclusions des études recensées ne vont toutefois pas toutes en ce sens. Par exemple, Black et ses collaborateurs (2009) rapportent que les personnes avec un diagnostic de trouble de personnalité borderline dont le niveau de sévérité était plus élevé ont montré une plus grande amélioration de leur fonctionnement global et diminution des symptômes après la participation à une intervention cognitivo-comportementale. En outre, dans leur étude portant sur l'évaluation d'un projet d'art impliquant des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, Hacking et ses collaborateurs (2008) ont observé une amélioration significative de l'empowerment et de la santé mentale autant chez les adultes vivant avec des difficultés plus sévères que chez ceux présentant moins de difficultés, suggérant que les interventions basées sur les arts pourraient être bénéfiques aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, peu importe leur degré de sévérité.

Ainsi, les études recensées ne suggèrent pas de consensus quant à la direction de la relation entre la sévérité d'atteinte par les troubles mentaux et le potentiel d'amélioration à la suite d'une intervention, de nature artistique ou autre.

Objectifs et hypothèses de recherche

Cette recherche vise à contribuer au champ de la réadaptation en santé mentale des jeunes en étudiant l'association entre la participation à un programme d'intervention par les arts axé vers le rétablissement, et l'évolution de l'estime de soi de jeunes vivant avec des troubles mentaux, en vérifiant si celle-ci varie en fonction de la sévérité d'atteinte par la psychopathologie. Nous avons deux hypothèses de départ :

1) La participation à un programme de réadaptation par les arts sera associée à une amélioration moyenne de l'estime de soi auto-rapportée au sein d'un échantillon de jeunes vivant avec des troubles mentaux. Cela se traduira par (a) une augmentation des scores d'estime de soi

positive entre le moment précédant de peu le début du programme (pré-programme) et celui succédant sa complétion (post-programme) et (b) une diminution des scores d'estime de soi négative entre ces mêmes temps de mesure.

2) Ces associations seront modérées par le niveau de sévérité d'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux rapporté par les participant·e·s peu avant le début du programme (pré-programme). Compte tenu de l'absence de consensus dans la littérature scientifique, nous n'avons pas postulé d'hypothèse quant à la direction de cette relation de modération et avons plutôt adopté une posture exploratoire relativement à celle-ci.

Comme l'estime de soi tend à varier à travers le développement et entre les personnes s'identifiant au genre masculin et féminin, nous avons intégré l'âge et le genre des participant·e·s comme variables de contrôle dans les analyses réalisées. Nous avons fait de même pour l'appréciation du programme par les participant·e·s, qui est un autre facteur reconnu comme pouvant influencer l'efficacité d'une intervention (Archambault, 2019 ; Dane et Schneider, 1998).

Méthode

Contexte de la recherche

Ce mémoire s'inscrit dans un projet plus large d'évaluation multicentrique continue des programmes *Espace Transition (ET)* mené par des chercheuses du Centre hospitalier universitaire (CHU) Ste-Justine, qui vise à évaluer (a) la mise en œuvre, (b) les effets, et (c) les processus des programmes *ET*. Depuis 2018, une collecte de données systématique a ainsi été effectuée auprès de l'ensemble des participant·e·s aux programmes *ET* à travers toutes les modalités et sites d'implantation. Si certains programmes ont dû être interrompus en cours de session au printemps 2020 en raison de la pandémie de COVID-19, la très grande majorité des activités ont été maintenues par la suite, dans le respect des consignes sanitaires.

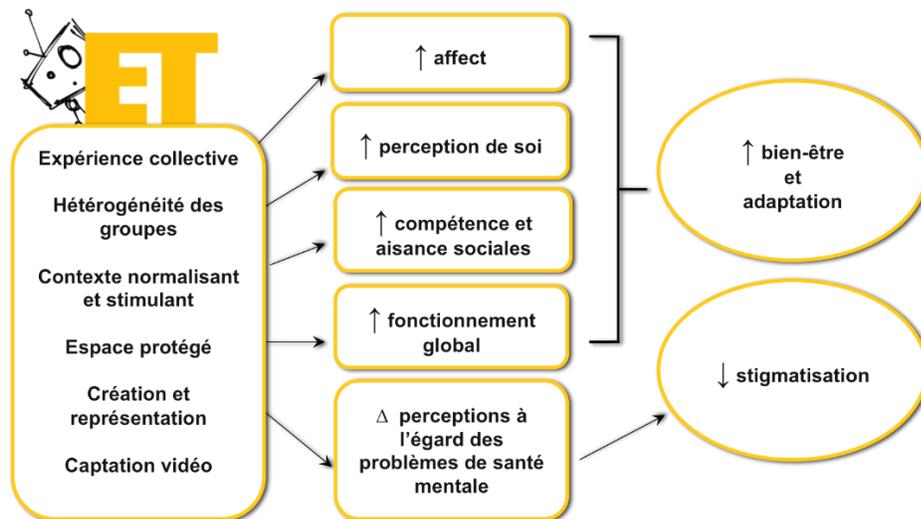
Cette évaluation a été conduite selon une approche naturaliste et collaborative (Newman et al., 2003 ; Ridde et Dagenais, 2009). Ainsi, les programmes évalués ont été livrés aux mêmes jeunes, par les mêmes acteurs·rices et selon les mêmes conditions que dans la pratique courante, sans manipulation par l'équipe de recherche (Brière, 2017). Par ailleurs, les données de recherche ont été recueillies par le biais de procédures entravant le moins possible le cours normal des programmes (McGorry et al., 1996). Enfin, les équipes cliniques et artistiques impliquées dans la livraison des programmes, de même que les participant·e·s et leurs familles ont été invité·e·s à collaborer autant que possible aux différentes étapes de la recherche (Patton, 2002). Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine (comité responsable), ainsi que par celui de chaque site partenaire de l'évaluation multicentrique.

Programmes *Espace Transition*

Espace Transition (ET) a été fondé en 2009 par la Dre Patricia Garel, alors cheffe du département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine, en collaboration avec des intervenant·e·s psychosociaux et des professionnel·le·s du milieu artistique. Ce projet d'innovation regroupe une famille de programmes utilisant divers médiums artistiques destinés aux adolescent·e·s et jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale variés et visant à favoriser leur mieux-être et leur adaptation psychosociale, ainsi qu'à diminuer leur stigmatisation. À ces trois buts principaux sont rattachés cinq objectifs intermédiaires, soient : (a) améliorer l'affect des participant·e·s, (b) améliorer la perception de soi des participant·e·s, (c) améliorer l'aisance et la compétence sociale des participant·e·s, (d) améliorer le fonctionnement global des participant·e·s et (e) enrichir la perception des co-participant·e·s, des facilitateur·e·s du programme et du grand public à l'égard des problèmes de santé mentale et des gens qui en présentent.

Figure 1.

Modèle logique des programmes Espace Transition (Garel et al., 2018).



Présentement, cinq programmes réguliers sont proposés aux jeunes à diverses périodes de l'année et dans différentes régions du Québec, soit le programme d'arts dramatiques et circassiens *Tous en Scène*, les programmes musicaux *À la découverte du violoncelle* et *Up Tempo*, le programme de beaux-arts *Espace Transition au Musée* et le programme d'art lyrique *ET à l'Opéra*. Tous ces programmes partageant des fondements, objectifs, principes ainsi que des composantes d'intervention communs. Notamment, ils prennent généralement la forme de 12 ateliers hebdomadaires gratuits de deux heures, animés par un·e artiste professionnel·le non-thérapeute et un·e accompagnateur·rice clinique, et supervisés par un·e psychiatre ou professionnel·le d'expérience. Le rôle de l'accompagnateur·rice clinique est d'offrir un soutien direct aux jeunes durant les ateliers et entre ceux-ci, permettant ainsi aux participant·e·s de bénéficier de l'expertise d'un·e artiste professionnel·le tout en assurant la présence constante d'un intervenant qualifié au besoin. Iel peut également faire le lien avec les autres partenaires du réseau responsable du suivi des jeunes si nécessaire. De plus, la ou le psychiatre ou professionnel·le d'expérience permet d'assurer la supervision clinique de l'ensemble des programmes afin d'apporter rapidement des interventions appropriées au besoin.

Les ateliers se déroulent dans un environnement normalisant et stimulant, soit dans des locaux communautaires ou rattachés à des centres artistiques (p. ex. Musée de Beaux-Arts de Montréal). Chaque groupe de participant·e·s est composé de 10 à 15 jeunes, dont les deux tiers vivent avec des troubles mentaux variés pour lesquels ils ont reçu des services cliniques intensifs et dont la majorité des symptômes aigus ont été stabilisés. Le dernier tiers est composé de jeunes, nommés coparticipant·e·s, ne présentent pas de problèmes de santé mentale significatifs. La condition psychiatrique des jeunes n'est pas divulguée en amont, sauf aux responsables cliniques. Au cours du programme, les jeunes sont impliqués dans la réalisation d'un projet collectif qui sera partagé auprès des proches et de la communauté. Ce projet est élaboré par l'artiste professionnel·le,

en collaboration avec l'équipe des programmes *ET*, et vise notamment à développer le sentiment de maîtrise et d'accomplissement des jeunes, tout en favorisant leur sentiment d'appartenance, le soutien par les pairs et la collaboration. La figure 1 résume le modèle logique des programmes *ET*. Ces derniers ont été développés autour de six principes d'intervention transversaux, à savoir l'expérience collective, l'hétérogénéité des groupes, le contexte normalisant et stimulant, l'espace protégé, la création et représentation, et la captation vidéo, articulés en cohérence avec les principes des approches positives et des interventions propices au rétablissement. Les fondements, objectifs et principes d'intervention transversaux sont décrits plus en détail dans un document de référence accessible via le site Web du projet : www.etspsy.ca. Des études évaluatives pilotes ont déjà permis de mettre en évidence les apports positifs de ce programme en lien avec diverses facettes du bien-être et de l'adaptation des jeunes, tel qu'une amélioration du bien-être affectif, des perceptions de soi, de l'aisance relationnelle, des compétences sociales et du fonctionnement global des jeunes (Archambault, 2014 ; Archambault et al., 2015 ; Archambault et al., 2019 ; Archambault et al., 2020a ; Archambault et al., 2020b ; De Broulx-Leduc, 2018).

Participant·e·s

L'échantillon à l'étude dans ce mémoire est composé de toutes les participant·e·s référ·e·s en raison de problèmes de santé mentale ayant pris part à un programme *ET* et à son évaluation entre l'hiver 2018 et l'automne 2022, pour qui l'ensemble des données pertinentes étaient disponibles (N = 140). Ces jeunes ont d'abord été recrutés pour participer à un programme *ET* par l'intermédiaire d'une référence médicale ou professionnelle provenant d'hôpitaux et de centres de services situés dans cinq régions du Québec, à savoir les régions de Montréal, Vaudreuil, St-Jérôme, Rivière-du-Loup et Chicoutimi. Ils ont ensuite été approché·e·s par l'équipe de recherche pour prendre part à l'évaluation des programmes sur une base purement volontaire, c'est-à-dire que leur

décision de participer ou non à la recherche n'influçait en rien leur possibilité de participer à un programme *ET* ni la qualité des services reçus. Le consentement libre et éclairé de toutes les participant·e·s et des parents de celles âgé·e·s de 13 ans et moins a été recueilli avant le début des procédures de recherche et la confidentialité a été respectée tout au long du processus.

La très grande majorité des participant·e·s aux programmes *ET* pendant la période à l'étude ont également pris part à la recherche (plus de 90%). Toutefois, seulement 68% d'entre eux ont complété le programme et à peine plus de la moitié avaient des données complètes sur les variables d'intérêt pour cette étude et sont donc inclus dans l'échantillon analysé. Ceux-ci étaient âgé·e·s entre 12 et 37 ans au moment de débuter le programme, avec un âge moyen de 16 ans, et s'identifiaient majoritairement au genre féminin (71%), tandis que les autres s'identifiaient au genre masculin (26%) ou au genre « non-binaire ou autre » (3%). Ils présentaient une grande variété de problèmes de santé mentale, avec comme diagnostic primaire, une majorité de troubles anxieux (39%), troubles dépressifs (12%), troubles de personnalité limite (9%) et TDAH (8%). La majorité des jeunes de l'échantillon étaient nés au Canada (86%), et 23% de leurs parents possédaient un niveau d'étude universitaire, 12% un diplôme d'étude collégiale, et 10% n'avaient pas complété leur secondaire. Des comparaisons statistiques entre les jeunes inclus (données complètes) et exclus (données manquantes) de l'échantillon analysé révèlent qu'ils ne se distinguent pas significativement sur aucune des variables à l'étude exceptée l'appréciation du programme, qui est en moyenne plus élevée chez les jeunes inclus ($t(114) = 2,564 ; p = 0,012$; voir Annexe I pour les résultats complets).

Procédures et déroulement de la recherche

Les données pertinentes à cette étude ont été colligées auprès des participant·e·s à l'aide de questionnaires auto-rapportés complétés en ligne ou en version papier (selon l'année de collecte et

la région). Pour l'ensemble des variables, sauf l'appréciation, les données ont été colligées quelques jours avant et après le programme, tandis que pour l'appréciation, elles ont été colligées à la suite d'un échantillon de séances réparties tout au long du programme.

Instruments et mesures

Estime de soi

L'estime de soi des jeunes a été mesurée à l'aide de la version traduite et validée en français par Lecomte et collaborateurs (2006) du questionnaire *Self-Esteem Rating Scale (SERS)*, version courte, un instrument validé auprès de personnes âgées entre 14 et 72 ans (Nugent, 1994). Elle comprend 20 items cotés sur une échelle de 1 (jamais) à 7 (toujours), dont 10 items évaluent l'estime de soi positive (p. ex. « Je suis confiant(e) dans mes capacités à interagir avec les gens ») et les 10 autres l'estime de soi négative (p. ex. « J'ai honte de moi-même »). Les deux sous-échelles présentent une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,91 et 0,86 respectivement). En comparaison avec l'*Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg* (Rosenberg, 1965 ; Vallières et Vallerand, 1990), largement validée pour mesurer l'estime de soi globale, le *SERS* est reconnu pour sa capacité à détecter les fluctuations différentielles de l'estime de soi au fil du temps selon les deux pôles (positif et négatif), offrant ainsi un portrait plus riche et nuancé (Lecomte et al., 2006).

Sévérité de l'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux

L'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux a été utilisée comme indicateur de sévérité d'atteinte et mesurée à l'aide du *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*; Marks, 1986 dans Mundt et al., 2002). Ce questionnaire a été traduit en français par un traducteur professionnel en collaboration avec l'équipe de recherche, puisqu'aucune version française validée n'a pu être repérée. Le questionnaire comprend cinq items (p. ex. « En raison de mon trouble, ma capacité à

travailler est diminuée ») mesurés sur une échelle de 0 (aucune altération) à 8 (altération très sévère). Il possède une cohérence interne satisfaisante (Alpha de Cronbach = 0,76), ainsi qu'une bonne validité convergente et de critère selon des études antérieures (Mundt et al., 2002). La moyenne des cinq items permet de créer un facteur de dysfonctionnement général dont les scores varient de 0 à 8. Pour le présent projet, un indice de sévérité à 3 catégories dérivant des données colligées en pré-programme a été créé, tel qu'un score compris entre 0 et 2 correspond à une altération faible du fonctionnement (comportant 30,0% des jeunes de l'échantillon), un score de 3 à 5 à une altération modérée (46,4% de l'échantillon), et un score de 6 à 8 à une altération sévère (23,6% de l'échantillon).

Âge et genre

L'âge et le genre des participant·e·s ont été recueillis par l'intermédiaire d'un questionnaire sociodémographique maison, rempli par les jeunes avant la participation au programme. Une variable binaire de genre a été créée en regroupant les personnes s'identifiant au genre masculin ainsi que celles s'identifiant à un genre « non-binaire ou autre ». Ainsi, la variable de genre utilisée est composée de deux catégories, soit « féminin » et « autres ».

Appréciation du programme

L'appréciation du programme par les participant·e·s a été mesurée à l'aide d'une échelle adaptée du *Questionnaire sur l'environnement socioéducatif au secondaire (QES-secondaire* ; Janosz et Bouthiller, 2007). Celui-ci a été rempli par les jeunes immédiatement après leur participation à certains ateliers du programme. Il est composé de neuf items (p. ex. « Je me sens vraiment à ma place dans ce programme) mesurés à l'aide d'une échelle de réponse allant de 1 (totalement en désaccord) à 6 (totalement d'accord). Il possède une bonne cohérence interne (Alpha

de Cronbach = 0,88-0,97). La moyenne agrégée des scores recueillis à tous les temps de mesure disponibles (entre 1 et 3, selon les cas) a été calculée pour chaque participant·e·s.

Stratégie analytique

Nous avons réalisé des Tests-T pour échantillons appariés ainsi que des analyses de covariance (ANCOVA) mixtes inter-intra-sujets afin de vérifier si (a) l'estime de soi des participant·e·s s'améliore en moyenne à la suite de l'expérience du programme (pré-programme (Temps 1) v. post-programme (Temps 2)) et si (b) l'évolution pré-post-programme de chaque dimension de l'estime de soi diffère selon le niveau d'altération fonctionnelle (faible v. modéré v. élevé). Des analyses distinctes ont été réalisées pour la dimension positive et la dimension négative de l'estime de soi.

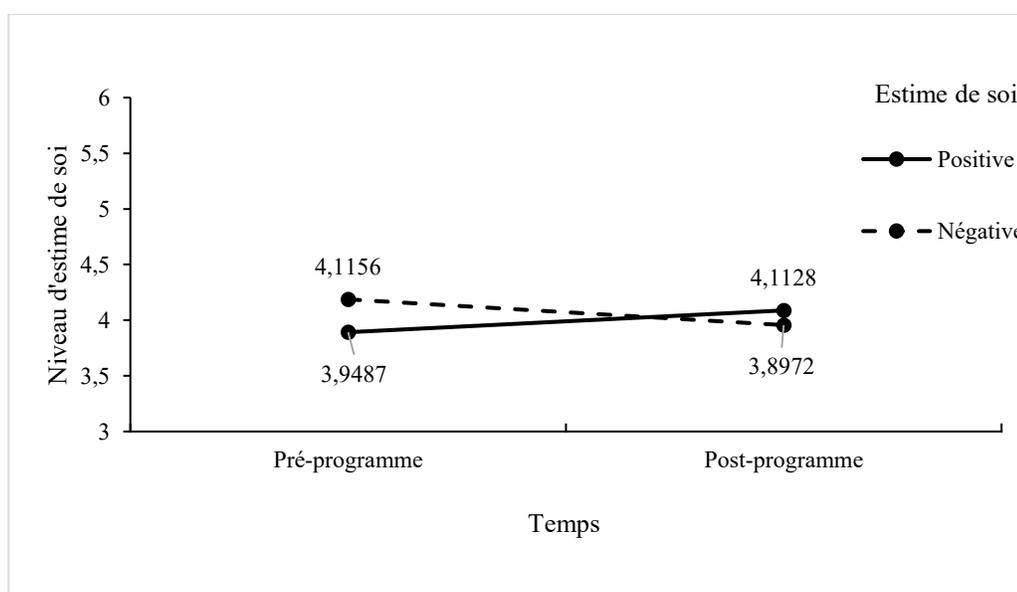
Dans chaque cas, les trois mêmes variables de contrôle ont été incluses, soient l'âge, le genre et l'indice d'appréciation du programme. Les neuf postulats de l'analyse de variance à mesures répétées ont été vérifiés en étapes préliminaires à savoir la taille de l'échantillon, l'indépendance des erreurs, la distribution normale des variables, la fidélité des variables, les valeurs extrêmes multivariées, la multicolinéarité des prédicteurs, la spécificité et la parcimonie des prédicteurs, l'homogénéité de la variance entre les groupes de la variable indépendante et l'homogénéité des pentes de régression. Les résultats de ces vérifications soutiennent l'adéquation et la validité des analyses effectuées en fonction des données disponibles (voir Annexe II). Toutes les analyses ont été réalisées l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 27.

Résultats

Évolution des niveaux d'estime de soi positive et négative entre pré- et post-programme (hypothèse 1)

Figure 2.

Moyennes de l'estime de soi positive et négative avant et après la participation au programme.



L'analyse visuelle de la Figure 2 ainsi que les résultats des Test-T pour échantillons appariés révèlent que les niveaux moyens d'estime de soi positive et négative évoluent dans le sens attendu entre l'avant et l'après-programme. En effet, l'estime de soi négative diminue significativement après la participation au programme ($t = 2,36$; $p = 0,020$), tandis que l'estime de soi positive augmente de façon marginalement significative ($t = -1,78$; $p = 0,078$). Toutefois, les résultats des analyses, présentés au Tableau 1, montrent que le temps, facteur intra-individuel, n'explique pas à lui seul une part significative de la variance de l'estime de soi positive ni négative, à l'échelle de

l'échantillon global de participant·e·s lorsque l'ensemble des co-variables à l'étude sont considérées.

Tableau 1.

Résultats aux tests des effets intra-sujets des ANCOVAs mixtes pour chaque dimension de l'estime de soi.

Sources de variance	F	p	η^2
Estime de soi négative			
Temps	2,905	0,091	0,021
Temps * Sévérité d'altération fonctionnelle	4,458	0,013	0,062
Temps * Âge	0,097	0,757	0,001
Temps * Genre	1,254	0,265	0,009
Temps * Indice d'appréciation	4,186	0,043	0,030
Estime de soi positive			
Temps	0,042	0,839	0,000
Temps * Sévérité d'altération fonctionnelle	4,480	0,013	0,063
Temps * Âge	2,274	0,134	0,017
Temps * Genre	0,241	0,624	0,002
Temps * Indice d'appréciation	3,345	0,070	0,024

Modération de l'évolution des niveaux d'estime de soi positive et négative entre pré- et post-programme par la sévérité d'atteinte (hypothèse 2)

Par ailleurs, les résultats présentés au Tableau 1 indiquent que l'interaction entre le temps et la sévérité d'altération fonctionnelle explique, quant à elle, une part significative de la variance

de l'estime de soi positive et négative, soit respectivement 6,3% et 6,2% de la variance totale, correspondant à une taille d'effet moyenne, selon les critères couramment admis, où $\eta^2 \approx 0,0099$ correspond à une petite taille d'effet, $\eta^2 \approx 0,0588$ une taille d'effet moyenne et $\eta^2 \approx 0,1379$ une grande taille d'effet (Cohen, 1969). Cela signifie que les niveaux d'estime de soi positive et négative des participants évoluent différenciellement entre pré et post-programme en fonction du niveau de sévérité d'atteinte par les troubles mentaux, conformément à notre hypothèse de départ. Les Figures 3 et 4 montrent cette évolution différentielle par niveau d'altération fonctionnelle auto-rapportée et le Tableau 2 présente les résultats de la comparaison statistique des moyennes d'estime de soi entre le pré- et le post-programme pour chacun de ces différents niveaux (comparaisons appariées). Ces résultats et représentations visuelles nous permettent de préciser que l'estime de soi négative diminue significativement entre pré- et post-programme chez les jeunes dont le niveau d'altération fonctionnelle est modéré ou sévère, tandis qu'elle connaît une évolution très faible pour ceux ayant rapporté une faible altération du fonctionnement, avec une légère tendance à l'augmentation. Pour ce qui est de l'estime de soi positive, les jeunes dont le niveau d'altération fonctionnelle auto-rapportée est sévère connaissent une augmentation significative moyenne de leur estime de soi entre l'avant et l'après-programme. En revanche, les jeunes avec un niveau d'altération fonctionnelle modéré ou faible présentent une évolution de leur estime de soi positive plus faible entre pré- et post-programme, avec une légère amélioration pour les premiers, et une tendance minimale à la diminution pour ces derniers.

À propos des co-variables, notons que, selon les résultats présentés dans le Tableau 1, l'interaction entre le temps et l'âge ou le genre ne contribue pas significativement à l'explication de la variance de l'estime de soi (positive ou négative). Cela signifie que les changements potentiels des niveaux d'estime de soi des jeunes entre avant et après la participation au programme sont relativement indépendants de leur âge ou de leur genre. En revanche, l'interaction entre le temps

et l'indice d'appréciation du programme explique une partie significative de la variance de l'estime de soi négative et une partie marginalement significative de celle de l'estime de soi positive. Autrement dit, les jeunes vivant avec des troubles mentaux semblent connaître une évolution légèrement différentielle de leur estime de soi selon leur niveau d'appréciation de ce dernier, les jeunes avec un taux élevé de satisfaction envers le programme ayant tendance à connaître une diminution supérieure de l'estime de soi négative et une augmentation de l'estime de soi positive entre l'avant et l'après-programme. Les proportions de variance expliquée, respectivement 3,0% et 2,4%, sont toutefois modestes et suggèrent une petite taille d'effet (Cohen, 1969).

Figure 3.

Évolution de l'estime de soi négative moyenne entre pré- et post-programme par niveau d'altération fonctionnelle.

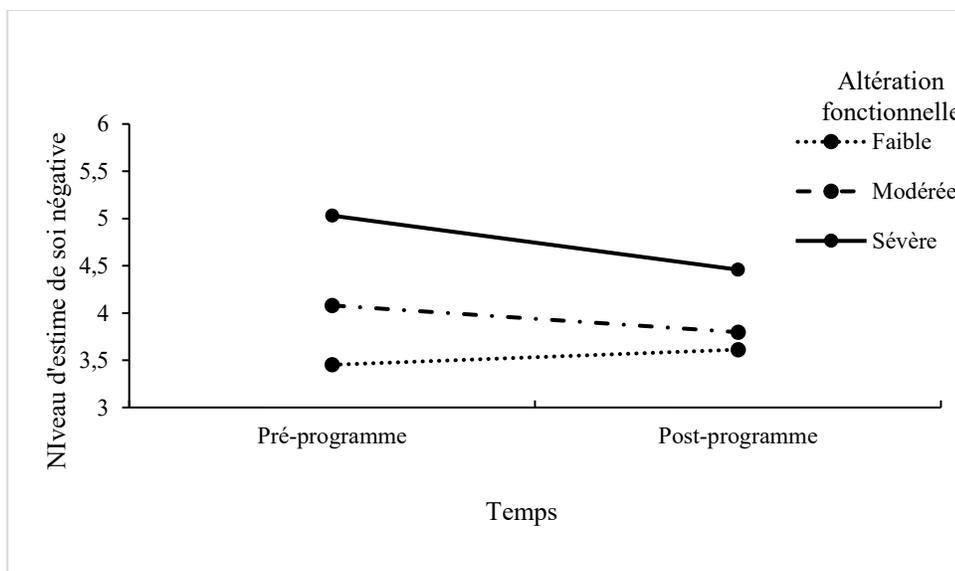


Figure 4.

Évolution de l'estime de soi positive moyenne entre pré- et post-programme par niveau d'altération fonctionnelle.

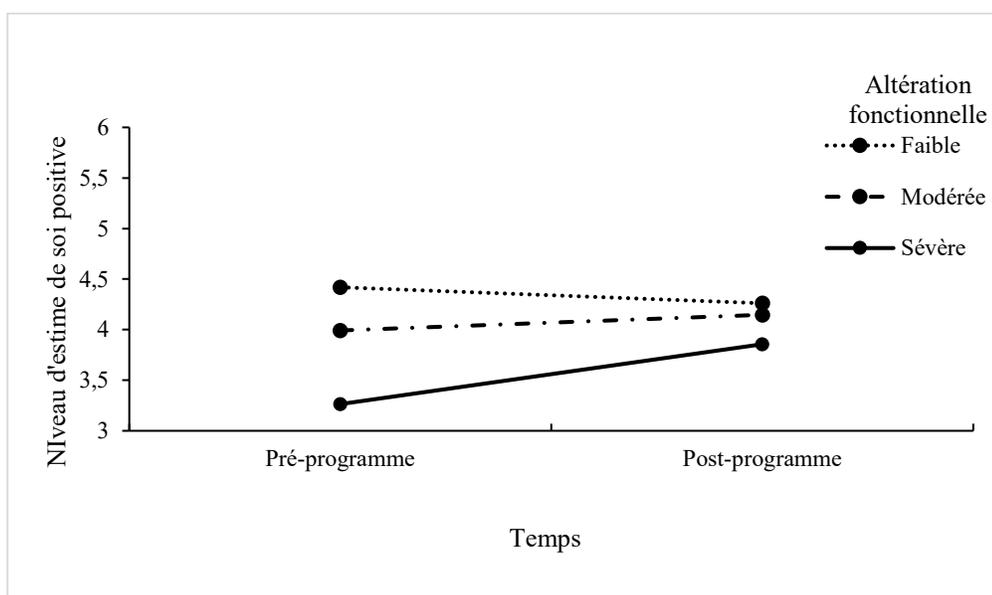


Tableau 2.

Moyennes d'estime de soi positive et négative avant et après le programme et résultats des comparaisons appariées par niveau d'altération fonctionnelle.

Niveaux d'altération fonctionnelle (n)	Pré-programme	Post-programme	Différence de moyenne	p
	Moyennes (E.S.)	Moyennes (E.S.)		
Estime de soi négative				
Altération fonctionnelle faible (42)	3,452 (0,175)	3,612 (0,199)	-0,160	0,336
Altération fonctionnelle modérée (65)	4,080 (0,140)	3,797 (0,159)	0,284	0,034
Altération fonctionnelle sévère (33)	5,030 (0,198)	4,458 (0,225)	0,572	0,003
Estime de soi positive				
Altération fonctionnelle faible (42)	4,419 (0,172)	4,261 (0,179)	0,158	0,340
Altération fonctionnelle modérée (65)	3,992 (0,140)	4,147 (0,143)	-0,155	0,240
Altération fonctionnelle sévère (33)	3,264 (0,198)	3,856 (0,202)	-0,591	0,002

Discussion

Ce mémoire s'inscrit dans l'évaluation multicentrique continue des programmes *Espace Transition*, des initiatives d'intervention par les arts visant à favoriser le mieux-être, l'adaptation psychosociale et à diminuer la stigmatisation de jeunes présentant un trouble mental.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons spécifiquement étudié le lien entre la participation à un programme *ET* et l'évolution de l'estime de soi des jeunes, selon ses dimensions positives et négatives. De plus, nous avons évalué si ce lien était modéré par le niveau d'altération du fonctionnement lié aux troubles mentaux, en contrôlant pour l'âge, le genre, de même que le niveau de satisfaction envers le programme.

Les résultats principaux montrent qu'en considérant le groupe de jeunes dans sa globalité, de légers changements sont décelés quant aux niveaux moyens d'estime de soi entre pré- et post-programme, soit une légère augmentation de l'estime de soi positive et une tendance à la diminution pour l'estime de soi négative. Ces résultats concordent avec ceux présentés dans les études évaluatives des programmes *ET* effectuées antérieurement (Archambault, 2014 ; Archambault et al., 2015), qui ont étudié l'estime de soi comme une composante du concept de perception de soi à l'aide d'analyses mixtes. Malgré des changements non-statistiquement significatifs des niveaux d'estime de soi du groupe avant et après la participation au programme selon les analyses quantitatives, il a été mis en évidence que des jeunes rapportaient une amélioration qualitative au niveau de leur perception de soi après la participation au programme. Ces résultats suggéraient donc que la participation à un programme *ET* peut occasionner des changements favorables au niveau de l'estime de soi, mais que ceux-ci sont de faible ampleur et/ou ne concernent que certains jeunes.

Dans la présente étude, nous avons mis cette dernière hypothèse à l'épreuve en décomposant l'échantillon de participant·e·s selon leur niveau de sévérité d'altération fonctionnelle liées aux troubles mentaux. Nous avons observé que ceux dont le niveau de fonctionnement est davantage affecté connaissent une amélioration plus marquée et significative de leur estime de soi entre l'avant et l'après-programme. Ces résultats inédits sont intéressants, car ils suggèrent que les programme *ET* ont le potentiel de réellement aider les jeunes qui en ont le plus besoin.

S'il est difficile d'apprécier l'impact fonctionnel de ces résultats, nous pouvons présumer qu'ils sont le reflet d'une amélioration substantielle et durable de la perception de soi chez certains jeunes, tel que le suggèrent les propos recueillis auprès de participant·e·s, de clinicien·ne·s et de parents dans le cadre d'évaluations du programme (Archambault, 2014 ; Archambault, 2015). En outre, une évaluation pilote de l'un des programmes *ET* a montré un maintien des résultats positifs trois mois après la fin de la participation (De Broux-Leduc, 2018). On peut donc présumer que l'amélioration de l'estime de soi documentée dans la présente étude chez les jeunes vivant avec des troubles mentaux plus sévères pourrait faire une réelle différence dans leur processus de rétablissement personnel. En effet, la construction identitaire fait partie du développement normal à l'adolescence et lors de la transition vers l'âge adulte, et est une composante clé du rétablissement personnel. Nous pouvons ainsi penser que des changements positifs, même minimes, sur le plan de la construction identitaire à cette période charnière peut constituer un premier pas vers le rétablissement personnel.

Ces résultats s'accordent par ailleurs avec ceux de Black et ses collaborateurs (2009), qui ont rapporté un lien entre la participation à un programme cognitivo-comportemental et une diminution des symptômes chez des personnes présentant un trouble de personnalité borderline plus sévère uniquement. Cependant, ils divergent de ceux de la plupart des études recensées ayant

exploré le même type de relation de modération, qui tendent à rapporter une efficacité d'intervention plus importante auprès des personnes présentant des troubles mentaux moins sévères (Blom et al., 2007 ; Compton et al., 2014 ; Le Grange et al., 2008 ; Sahin et al., 2018 ; Vinnars et al., 2007). Notons que ces études ne ciblaient pas spécifiquement l'estime de soi, mais plutôt le rétablissement ou la diminution des symptômes, et n'évaluaient pas non plus des programmes axés sur les arts, ce qui rend la comparaison plus difficile.

L'une des conjectures que nous avons énoncées était que des difficultés plus sévères pourraient nuire à la disponibilité des participant·e·s lors de l'intervention, ce qui expliquerait qu'ils puissent en tirer moins de bénéfices. Or, nos résultats suggèrent que ce processus n'aurait pas empêché les jeunes les plus affectés de notre échantillon de bénéficier de leur participation à un programme *ET*, laissant supposer que ces programmes seraient bien adaptés à des individus présentant des altérations importantes du fonctionnement et que leurs mécanismes d'action opéreraient malgré ces entraves. Les interventions par les arts sont utilisées notamment auprès de personnes qui manifestent des difficultés à s'exprimer à travers le langage verbal, telles que celles présentant un diagnostic de dépression, d'anxiété, de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou de psychose (Attard et Larkin, 2016 ; Chiang et al., 2019 ; Hu et al., 2021). En effet, les études suggèrent que l'utilisation d'un médium artistique dans le cadre d'une intervention serait un moyen sécurisant et indirect d'entrer en contact avec les autres, pouvant faciliter l'engagement lorsque les interactions verbales sont difficiles (Attard et Larkin, 2016 ; Fonagy, 2012 ; Hu et al., 2021). Cela serait aussi utile au niveau des émotions, cognitions et expériences vécues, offrant ainsi un médium aux participant·e·s pour les exprimer, les comprendre, puis les gérer de la façon et au rythme qui leur convient (Attard et Larkin, 2016 ; Hu et al., 2021 ; Parkinson et Whiter, 2016). Nous pourrions donc présumer que le caractère peu verbal, malléable et sécurisant des arts a pu contribuer à rendre les programmes *ET* davantage accessibles aux personnes présentant des difficultés fonctionnelles

importantes par rapport à d'autres formes d'interventions, en plus d'offrir un support et un environnement s'adaptant plus facilement au potentiel de chacun·e.

En ce qui concerne les jeunes dont le niveau de fonctionnement est faiblement affecté, si les résultats de cette étude ne rapportent pas de changements significatifs sur leur estime de soi entre l'avant et l'après le programme, les études évaluatives menées antérieurement ont montré une association entre la participation aux programmes et une amélioration du bien-être affectif, des perceptions de soi, de l'aisance relationnelle et des compétences sociales ainsi que du fonctionnement global chez les participant·e·s, indépendamment de leur niveau de fonctionnement (Archambault, 2014 ; Archambault et al., 2015 ; Archambault et al., 2019 ; Archambault et al., 2020a ; Archambault et al., 2020b ; De Broulx-Leduc, 2018). Ainsi, il semble que la participation aux programmes *ET* puisse tout de même bénéficier à tous les jeunes vivant des problèmes de santé mentale, en contribuant à l'amélioration de leur bien-être et de leur adaptation.

Implication pour la recherche et la pratique

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude suggèrent des implications intéressantes pour le champ de la pratique et de la recherche. Tout d'abord, les résultats sont pertinents pour la pratique clinique, notamment en ce qui a trait aux programmes *ET* en eux-mêmes. Notre étude est la première à avoir examiné l'évolution pré-post-programme d'une dimension de l'adaptation psychosociale des jeunes au sein d'un échantillon de participant·e·s à une diversité de programmes offerts dans différentes régions du Québec. Elle est aussi la première à tester une hypothèse de modération et à ventiler ainsi les tendances évolutives par sous-catégories de participant·e·s partageant une même caractéristique individuelle, dans ce cas-ci un niveau similaire de sévérité d'atteinte par la psychopathologie. Globalement, nos résultats suggèrent l'effectivité des programmes *ET* pour soutenir l'estime de soi des participant·e·s les plus affecté·e·s sur le plan

fonctionnel et donc leur caractère prometteur comme avenue de soutien au rétablissement et au développement positif des jeunes vivant avec des troubles mentaux entravant. Plus largement, on peut extrapoler cette conclusion au champ des interventions à caractère artistique et/ou basés sur le développement des forces des individus et donc considérer les résultats de ce mémoire comme une contribution additionnelle au soutien empirique de ces approches.

Par ailleurs, les résultats de ce mémoire permettent de faire un pas de plus vers l'individualisation des soins et services. Notamment, identifier des modérateurs en lien avec les bénéfices obtenus à la suite d'une intervention est essentiel à l'établissement de traitements individualisés (Kazdin, 2007 ; Moldovan et Pinteau, 2015). Ainsi, suivant cette logique, les conclusions produites peuvent permettre de commencer à identifier les profils de jeunes pour lesquels l'intervention semble être le plus bénéfique, et ainsi favoriser une sélection des participant·e·s plus adaptée. Ces résultats peuvent également permettre de se questionner sur la façon de rendre le programme plus favorable aux différents profils de jeunes identifiés. Cette logique d'individualisation des soins s'inscrit aussi dans l'approche psychoéducative, qui place l'individu au cœur de l'intervention et promeut notamment la mise en place d'un potentiel expérientiel (PEX) adapté au potentiel d'adaptation (PAD) des personnes (Gendreau et coll., 2001). Ainsi, la présence d'une relation de modération influant sur les changements potentiels associés au programme appuie l'importance de devoir mieux comprendre les défis et particularités des jeunes ciblés afin d'adapter au mieux l'intervention pour répondre plus adéquatement à leurs besoins.

Finalement, les résultats de cette étude sont aussi porteurs d'implications pour la recherche évaluative. En effet, nos résultats ont permis d'identifier des changements significatifs chez un ou des sous-groupe(s) de participant·e·s, tandis que ceux-ci n'apparaissent pas à l'échelle de l'échantillon total. Cela appuie l'importance d'aller au-delà de l'étude des effets principaux des

interventions, qui risquent de masquer des portraits bien différents selon les sous-groupes de participant·e·s et les conditions de livraisons des programmes (Fritz et Arthur, 2017).

Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces, ainsi que certaines limites affectant l'interprétation et la généralisation de ses résultats. Tout d'abord, le type de devis utilisé ne comportant pas de groupe ou condition de comparaison ni de temps de mesure multiples, on ne peut établir avec une grande confiance un lien de causalité au niveau des relations observées dans le cadre du programme *ET*. Ainsi, il n'est pas possible d'assurer que les changements observés dans les l'estime de soi des jeunes sont causés par la participation au programme, ceux-ci pouvant tout autant avoir été influencés par des facteurs externes, par la maturation et le processus de rétablissement naturel ou encore être l'artéfact d'un simple effet de régression vers la moyenne. Pour ce dernier, il apparaît toutefois que l'ANCOVA est une méthode statistique appropriée qui atténue les possibilités d'un effet de régression vers la moyenne (Barnett et al., 2005).

L'échantillon à l'étude présentait aussi des limites importantes. En raison des multiples données manquantes, il ne regroupait qu'environ 50% de la population de participant·e·s aux programmes *ET* pendant la période étudiée, ce qui peut grandement affecter sa représentativité. Cependant, selon les comparaisons statistiques effectuées, il apparaît que les jeunes inclus et exclus de l'échantillon analysé ne se distinguaient pas significativement sur nos variables d'intérêt, excepté pour l'appréciation du programme, qui était en moyenne plus élevée chez les jeunes ayant des données complètes. Ainsi, nous pouvons supposer que notre sous-échantillon était représentatif de l'échantillon total, sauf au niveau de l'appréciation du programme, ce qui est moins inquiétant considérant qu'elle était traitée en tant que variable secondaire dans cette étude. Par ailleurs, cet échantillon avait cependant la force d'être composé de participant·e·s provenant de tous les sites

d'implantation d'*ET* et ayant pris part à l'un ou l'autre des cinq programmes réguliers d'*ET*. Cette étude est la première à ce jour à avoir analysé les données provenant d'un échantillon multicentrique et multi-modalités.

En outre, plusieurs facteurs ont réduit la puissance statistique de nos analyses, tels que la taille modeste de l'échantillon, le fait que certaines variables de contrôle présentaient des pentes différentes de celles de la variable modératrice ou encore que certaines variables n'étaient pas normalement distribuées (voir Annexe II), ce qui a aussi pu augmenter le risque d'erreur de type I. Toutefois, l'ANCOVA demeure une analyse assez robuste à la qualité de la distribution ainsi qu'à l'hétérogénéité des pentes de régression lorsque la taille des groupes de la variable indépendante est équivalente, ce qui était le cas dans la présente étude (Levy, 1980). De plus, cela ne nous a pas empêchés de mettre en lumière des changements et des relations en cohérence avec nos hypothèses de départ.

Finalement, le fait d'avoir utilisé un questionnaire auto-rapporté pour mesurer le niveau d'altération fonctionnelle, sans aucune source d'évaluation externe, est aussi une limite à considérer. Le recours à d'autres sources, tel que l'entourage ou les équipes cliniques par exemple, aurait pu permettre de brosser un portrait plus juste et objectif du niveau de fonctionnement des jeunes, en plus d'accroître l'indépendance de cette variable traitée comme modératrice par rapport à la variable dépendante (niveaux d'estime de soi). En revanche, l'instrument utilisé pour mesurer l'estime de soi dans cette étude en constitue une force, puisque grâce à ses deux dimensions, il permet une évaluation plus riche et nuancée que les échelles unipolaires typiquement utilisées, telles que l'*Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg*, ce qui serait d'une pertinence particulière pour la recherche auprès de personnes vivant avec des troubles mentaux (Rosenberg, 1965 ; Lecomte et al., 2006).

De futures études misant sur un devis plus robuste (p. ex. avec un groupe de comparaison) ainsi que la triangulation de plusieurs méthodes (p.ex. qualitatives et quantitatives) et sources de données (p.ex. des questionnaires auto-rapportés et observations cliniques) seraient de mise pour nuancer, enrichir ou renforcer les résultats de cette recherche.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'étudier l'association entre la participation aux programmes de réadaptation par les arts *Espace Transition*, et l'évolution de l'estime de soi de jeunes présentant des troubles mentaux, en vérifiant si celle-ci varie en fonction de la sévérité d'atteinte par la psychopathologie. Les résultats obtenus ont mis en lumière une relation significative entre la participation au programme et une amélioration des niveaux d'estime de soi positive et négative chez les jeunes présentant un niveau d'altération fonctionnelle liée aux troubles mentaux plus sévère, et ce, en contrôlant pour l'âge, le genre et l'appréciation du programme. Grâce à ces résultats encourageants, ce mémoire permet donc de contribuer au champ de la réadaptation en santé mentale des jeunes, en appuyant le caractère prometteur de programmes artistiques de groupe misant sur le développement des forces, ainsi qu'en soutenant la pertinence de s'intéresser davantage aux facteurs individuels pouvant influencer l'efficacité des interventions de réadaptation.

Références bibliographiques

- Adamson, J., Ozenc, C., Baillie, C. et Tchanturia, K. (2019). Self-Esteem group: useful intervention for inpatients with anorexia nervosa? *Brain Sciences*, 9(12), 1-11.
<https://doi.org/10.3390/brainsci9010012>
- Alsaker, F. D., et Kroger, J. (2006). Self-concept, self-esteem and identity. Dans S. Jackson & L. Goossens (dir.), *Handbook of adolescent development* (pp. 90–113). Psychology Press.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par M.-A. Crocq et J.D. Guelfi; 5e éd). Elsevier Masson.
- Amjad, Z. et Jami, H. (2020). Reducing emotional and behavioral problems by improving life skills and self-esteem of institutionalized children: effectiveness of an art-based intervention. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 35(3), 595-616.
<https://doi.org/10.33824/PJPR.2020.35.3.32>
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-24.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Archambault, K. (2014). *Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé : le programme Espace de Transition*. (Ph.D.), Université de Montréal, Montréal. <https://doi.org/1866/10531>
- Archambault, K., Archambault, I., Dufour, S., Briere, F. N. et Garel, P. (2015). A mixed methods evaluation of the effects of an innovative art-based rehabilitation program for youths with

stabilized psychiatric disorders. *Adolescent Psychiatry*, 5(3), 212-224.
<https://doi.org/10.2174/221067660503151204113049>

Archambault, K., Porter-Vignola, E., Brière, F. N. et Garel, P. (2020a). Feasibility and preliminary effectiveness of a drum circle activity to improve affect in patients, families and staff of a pediatric hospital. *Arts & Health*, 12(3), 221-235.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2018.1536673>

Archambault, K., Porter-Vignola, E., Lajeunesse, M., Debroulx-Leduc, V., Macabena Perez, R. et Garel, P. (2020b). Transition Space at the museum: A community arts-based group program to foster the psychosocial rehabilitation of youths with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(1), 65-83. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-005>

Archambault, K., Vaugon, K., Deumié, V., Brault, M., Macabena Perez, R. et Peyrin, J. (2019). Map: a personalized receptive music therapy intervention to improve the affective well-being of youths hospitalized in a mental health unit. *Journal of Music Therapy*, 56(4), 381-402.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thz013>

Arnett, J. J., Žukauskienė, R. et Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*, 1(7), 569-576.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)

Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R. et Beesdo-Baum, K. (2018). Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 6-17. <https://doi.org/10.1111/acps.12792>

- Attard, A. et Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of literature. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067-1078. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8)
- Barnett, A. G., van der Pols, J. C. et Dobson, A. (2005). Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *International Journal of Epidemiology*, 34(1), 215–220. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh299>
- Barrowclough, N. T., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L. et Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 92-99. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.92>
- Black, D.W., Allen, J., John, D.St., Pfohl, B., McCormick, B. et Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01340.x>
- Blom, M.B.J., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J. et Van Dyck, R. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.010>
- Bohart, A. C., et Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. Dans M.J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6e éd., p. 219–257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bouchard, L., Batista, R. et Colman, I. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités

canadiennes – Santé mentale 2012. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 227–245.

Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittian, A., Lerner, J. V. et Lerner, R. M. (2010). The Five Cs Model of Positive Youth Development: a longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 720-735. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9530-9>

Brière, F. N. (2017). La recherche d'effectivité : nature, méthodes et rôle dans la validation des interventions fondées sur les preuves. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 117-143.

Bungay, H. et Vella-Burrows, T. (2013). The effects of participating in creative activities on the health and well-being of children and young people: a rapid review of the literature. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/1757913912466946>

Bungert, M., Liebke, L., Thome, J., Haeussler, K., Bohus, M. et Lis, S. (2015). Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(4), 2-13. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0025-x>

Callinan, J. et Coyne, I. (2020). Arts-based interventions to promote transition outcomes for young people with long-term conditions: A review. *Chronic Illness*, 16(1), 23-40. <https://doi.org/10.1177/1742395318782370>

Carter, M.J. et Marony, J. (2021). Examining self-perceptions of identity change in person, role, and social identities. *Current Psychology*, 40, 253–270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9924-5>

- Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., de Irala-Estevez, J. et Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280. <https://doi.org/10.1002/eat.10147>
- Chen, X.J., Hannibal, N. et Gold, C. (2016). Randomized trial of group music therapy with chinese prisoners: impact on anxiety, depression, and self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(9), 1064–1081. <https://doi.org/10.1177/0306624X15572795>
- Chiang, M., Reid-Varley, W.B. et Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>
- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., et Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 58(3), 324-338. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1564108>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Academic Press: New York.
- Coholic, D., Schinke, R., Oghene, O. et Dano, K. (2020). Arts-based interventions for youth with mental health challenges. *Journal of Social Work*, 20(3), 269-286. <https://doi.org/10.1177/1468017319828864>

- Commission de la santé mentale du Canada. (CMSC). (2012). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE.pdf
- Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., March, J. S., Gosch, E. A., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., Piacentini, J. C., McCracken, J. T., Keeton, C. P., Suveg, C. M., Aschenbrand, S. G., Sakolsky, D., Iyengar, S., Walkup, J. T. et Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 212-224. <https://doi.org/10.1037/a0035458>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L. et Costello, E. J. (2015). Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 72(9), 892-899. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0730>
- Dane, A. V., et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V. et Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59, S49-S60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- De Broux-Leduc, V. (2018). *Évaluation d'un programme de réadaptation en communauté par les arts visuels pour les jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé*. Université de Montréal, Montréal. <https://doi.org/1866/22308>

- De la Fuente-Tomas, L., Sanchez-Autet, M., Garcia-Alvarez, L., Gonzalez-Blanco, L., Velasco, A., Saiz Martinez, P. A., Garcia-Portilla, M. P. et Bobes, J. (2019). Clinical staging in severe mental disorders: bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 12(2), 106-115.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.08.002>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H. et Robins, R. W. (2011). Self-Esteem: Enduring Issues and Controversies. Dans T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm et A. Furnham (dir.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (p. 718-746). Wiley Blackwell. :
<https://doi.org/10.1002/9781444343120.ch28>
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4e éd.). De Boeck Supérieur.
- Edbom, T., Granlund, M., Lichteinstein, P. et Larsson, J.-O. (2008). ADHD symptoms related to profiles of self-esteem in a longitudinal study of twins. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(4), 228-237. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00157.x>
- Farkas, M. et Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129.
<https://doi.org/10.3109/09540261003730372>
- Farmer, A. S. et Kashdan, T. B. (2013). Affective and self-esteem instability in the daily lives of people with generalized social anxiety disorder. *Clinical Psychological Science*, 2(2), 187-201. <https://doi.org/10.1177/2167702613495200>
- Fonagy, P. (2012). Art therapy and personality disorder. *International Journal of Art Therapy*, 17(3), 90. <https://doi.org/10.1080/17454832.2012.740866>

- Forrest-Bank, S. S., Nicotera, N., Bassett, D. M. et Ferrarone, P. (2016). Effects of an expressive art intervention with urban youth in low-income neighborhoods. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(5), 429-441. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0439-3>
- Fritz, M. S. et Arthur, A. M. (2017). Moderator Variables. *Oxford research encyclopedia of psychology*, 1-22. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.86>
- Garcia, J. A., y Olmos, F. C., Matheu, M. L. et Carreno, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>
- Garel, P., Archambault, K., Sanchez, I. et Gauthier, S. (2018, juin). *Évaluation continue des programmes Espace Transition : Protocole de recherche soumis au Comité d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine*. CHU Ste-Justine.
- Gendreau, G. et coll. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Québec : Béliveau éditeur.
- Griffioen, B. T., Van der Vegt, A., De Groot, I. W. et De Jongh, A. (2017). The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8(1910), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01910>
- Guillon, M.-S. et Crocq, M.-A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.12.005>
- Hacking, S., Secker, J., Spandler, H, Kent, L. et Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care*, 16(6), 638-648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00789.x>

- Hartz, L. et Thick, L. (2005). Art therapy strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: a comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches. *Art Therapy*, 22(2), 70-80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2005.10129440>
- Henriksen, I. O., Ranoyen, I., Indredavik, M. S. et Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(68), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0207-y>
- Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Ubleis, A., Jobst, A. et Dewald-Kaufmann, J. (2019). The role of self-esteem in depression: a longitudinal study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47, 244–250. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000243>
- Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H. et Xu, J. (2021). Art therapy: A complementary treatment for mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686005>
- Humphreys, L. et Barrowclough, C. (2006). Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy? *Clinical Psychology*, 45(2), 231-246. <https://doi.org/10.1348/014466505X50509>
- Hussin, H., Alias, N. S. B., Othman, M. H. et Razak, N. A. (2014). The effects of cognitive behavioural therapy group intervention on self-esteem among drug users based on age. *Journal of Asian Scientific Research*, 4(11), 618-630. <https://archive.aessweb.com/index.php/5003/article/view/3687/5844>
- Institut de la statistique du Québec. (2016, octobre). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois* (Résultats de la

deuxième édition). Gouvernement du Québec.

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>

Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>

Janosz, M. et Bouthiller, C. (2007). *Rapport de validation du Questionnaire sur l'Environnement Socioéducatifs des écoles secondaires (QES-secondaire)*. Montréal : Groupe de recherche sur les environnements scolaires - Université de Montréal.

Jaworska, N. et MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(5), 291-293. <https://doi.org/10.1503/jpn.150268>.

Jelicic, H., Bobek, D L., Phelps, E., Lerner, R. et Lerner, J. V. (2007). Using positive youth development to predict contribution and risk behaviors in early adolescence: Findings from the first two waves of the 4-H study of Positive Youth Development. *International Journal of Behavioral Development*, 31(3), 263-273. <https://doi.org/10.1177/0165025407076439>

Jensen, A. et Bonde, L.O. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*, 138(4), 209-214. <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>

Johnson, M. D., Galambos, N. L. et Krahn, H. J. (2016). Vulnerability, scar, or reciprocal risk? Temporal ordering of self-esteem and depressive symptoms over 25 years. *Longitudinal and Life Course Studies*, 7(4), 304-319. <https://doi.org/10.14301/lcs.v7i4.394>

- Karkou, V., Sajnani, N., Orkibi, H., Groarke, J. M., Czamanski-Cohen, J., Panero, M. E., Drake, J., Jola, C. et Baker F. A. (2022). Editorial: The psychological and physiological benefits of the arts. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840089>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psycho-therapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kim, J.-H., Choe, K. et Lee, K. (2020). Effects of food art therapy on the self-esteem, self-expression, and social skills of persons with mental illness in community rehabilitation facilities. *Healthcare*, *8*(428), 1-10. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040428>
- Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikcevic, A. V., Lawrence, J. A. et Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research*, *267*, 296-305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025>
- Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., Carroll, B., Tully, S. et Clarke, T. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties? – “It’s not this magical unspoken thing, it’s just recovery”. *Journal of Mental Health*, *29*, 464–472. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739248>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *18*(6), 501-509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x>

- Lecomte, T., Corbière, M. et Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, *143*, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019>
- Le Grange, D., Cosby, R. D. et Lock, J. (2008). Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(4), 464-470. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181640816>
- Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y. et Bowers, E. (2009). Positive Youth Development. Dans R. M. Lerner and L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (p. 524–558). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001016>
- Levy, K. J. (1980). A Monte Carlo study of analysis of covariance under violations of the assumptions of normality and equal regression slopes. *Educational and Psychological Measurement*, *40*(4), 835–840. <https://doi.org/10.1177/001316448004000404>
- Lipe, A. W., Ward, K. C., Watson, A. T., Manley, K., Keen, R., Kelly, J. et Clemmer, J. (2012). The effects of an arts intervention program in a community mental health setting: A collaborative approach. *The Arts in Psychotherapy*, *39*(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.11.002>
- Liu, M., Wu, L. et Ming, Q. (2015). How does physical activity intervention improve self-esteem and self-concept in children and adolescents? Evidence from a meta-analysis. *Plos One*, *10*(8), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134804>
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P. et De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, *19*(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>

- Manna, G., Falgares, G., Ingoglia, S., Como, M. R. et De Santis, S. (2016). The relationship between self-esteem, depression and anxiety: comparing vulnerability and scar model in the Italian context. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 1-17. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2016.4.1328>
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling process in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79. <https://doi.org/10.2307/3090227>
- Maslow, G. R., Hill, S. N. et Pollock, M. D. (2016). Comparison of positive youth development for youth with chronic conditions with healthy peers. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 716-721. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.004>
- McDavid, L., McDonough, M. H. et Smith, A. L. (2015). An empirical evaluation of two theoretically-based hypotheses on the directional association between self-worth and hope. *Journal of Adolescence*, 41, 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.007>
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M. et Jackson, H. J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, 22, 305-326. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.305>
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16, 667-688. <https://doi.org/10.1017/S0954579404004729>
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M. et Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 2, 114-118. <https://doi.org/10.15547/tjs.2018.02.007>

- Moberg, J., Skogens, L. et Schön, U.K. (2022). Young people's recovery processes from mental health problems – a scoping review. *Child and Adolescent Mental Health Volume*, 28(3), 393-407. <https://doi.org/10.1111/camh.12594>
- Moksnes, U. K. et Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22, 2921-2928. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0427-4>
- Moldovan, R. et Pinte, S. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy: Methodological and statistical considerations. *Cognition, Brain & Behavior*, 19(4), 299-311.
- Morton, L., Roach, L., Reid, H. and Stewart, S. H. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 221–225. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000294>
- Mundt, J.C., Marks, I.M., Shear, M.K. et Greist, J.H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Naughton, J.N.L., Maybery, D., et Sutton, K. (2018). Review of child and adolescent mental health recovery literature: Concordance and contention. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5, 151–158. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0119-z>
- Naughton, J.N.L., Maybery, D., Sutton, K., Basu, S., et Carroll, M. (2020). Is self-directed mental health recovery relevant for children and young people? *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 661–673. https://doi.org/10.1111/inm.12699bs_bs_banner

- Newman, T., Curtis, K., et Stephens, J. (2003). Do community-based arts projects result in social gains? A review of the literature. *Community Development Journal*, 38, 310-322. <https://doi.org/10.1093/cdj/38.4.310>
- Ngo, H., VanderLaan, D.P. et Aitken, M. (2020). Self-esteem, symptom severity, and treatment response in adolescents with internalizing problems. *Journal of Affective Disorders*, 273, 183-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.045>
- Niveau, N., New, B. et Beaudoin, M. (2021). Self-esteem interventions in adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 94, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104131>
- Nugent, W. R. (1994). A differential validity study of the self-esteem rating scale. *Journal of Social Service Research*, 19(3-4), 71-86. https://doi.org/10.1300/J079v19n03_04
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisés : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44501/9789242548068_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la santé. (2012, août). *Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque*. https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2021a, juin). *Suicide*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/suicide>

Organisation mondiale de la santé. (2021b, novembre). *Santé mentale des adolescents*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation mondiale de la santé. (2022, juin). *Santé mentale : renforcer notre action*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Orth, U., Erol, R. Y. et Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045-1080.
<https://doi.org/10.1037/bul0000161>

Orth, U. et Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.
<https://doi.org/10.1177/0963721413492763>

Orth, U. et Robins, R. W. (2019). Development of self-esteem across the lifespan. Dans D. P. McAdams, R. L. Shiner, and J. L. Tackett (dir.), *Handbook of personality development* (p. 328-344). The Guilford Press. https://www.researchgate.net/profile/Ulrich-Orth-2/publication/329512803_Development_of_Self-Esteem_Across_the_Lifespan/links/5c0be91d299bf139c74992c1/Development-of-Self-Esteem-Across-the-Lifespan.pdf

Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L. et Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133–149.
<https://doi.org/10.1037/pspp0000038>

- Orth, U., Robins, R. W. et Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695–708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J. et Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472-478. <https://doi.org/10.1037/a0015922>
- Orth, U., Robins, R. W. et Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Owens, T. (1993). Accentuate the positive- and negative: rethinking the use of self-esteem, self-depreciation, and self-confidence. *Social Psychology Quarterly*, 56(4), 288-299. <https://doi.org/10.2307/2786665>
- Owens, T. (1994). Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-depreciation on adolescent problems. *American Sociological Review*, 59(3), 391-407. <https://doi.org/10.2307/2095940>
- Palmier-Claus, J., Dunn, G., Drake, R. et Lewis, S. (2011). The negative and positive self: a longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 150–155. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00250.x>
- Papalia, D. E. et Martorell, G. (2018). *Psychologie du développement humain* (9e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

- Parkinson, S. et Whiter, C. (2016). Exploring art therapy group practice in early intervention psychosis. *International Journal of Art Therapy*, 21(3), 116-127.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1175492>
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Randal, C., Pratt, D. et Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: a systematic review. *Mindfulness*, 6, 1366-1378. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0407-6>
- Reed-Fitze, K. (2020). The role of self-concepts in emerging adult depression: a systematic research synthesis. *Journal of Adult Development*, 27, 36-48.
<https://doi.org/10.1007/s10804-018-09324-7>
- Ridde, V., et Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U. et Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), e16–e22.
<https://doi.org/10.1037/pspp0000037>
- Rizwan, M. et Ahmad, R. (2015). Self-Esteem Deficits Among Psychiatric Patients. *SAGE Open*, 1-6. <https://doi.org/10.1177/2158244015581649>
- Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M. et Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 179-184.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.006>

- Rosenberg, M. (1962). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research, 1*(2), 135–152. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(62\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0022-3956(62)90004-3)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University press.
- Rosenberg, M. et Owens, T. J. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. Dans T. J. Owens, S. Stryker, and N. Goodman (dir.), *Extending self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (p. 400–436). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527739.018>
- Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B. S., Wilczek, A., Åsberg, M. et Barber, J. P. (2018). Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(5), 437–446. <https://doi.org/10.1037/per0000276>
- Schwan, K. J., Fallon, B. et Milne, B. (2018). “The one thing that actually helps”: Art creation as a self-care and health-promoting practice amongst youth experiencing homelessness. *Children and Youth Services Review, 93*, 355-364. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.08.002>
- Shahar, G. et Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 890–900. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.890>
- Shaikh, A. (2017). Group therapy for improving self-esteem and social functioning of college students with ADHD. *Journal of College Student Psychotherapy, 32*(3), 220-241. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1388755>

- Si'isi'ialafia, T. T. (2018). Channeling positive youth development through the arts: Intrinsic benefits for young people. Dans S. Maliko, M. A. Siu-Maliko and A. L. Niusulu (dir.). *Journal of the Arts Faculty of the National University of Samoa* (vol. 4, p. 49-66). Arts Faculty of the National University of Samoa. https://jliflc.com/wp-content/uploads/2019/06/JAFNUS_2018.pdf#page=55
- Silverstone, P. H. et Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-2>
- Sowislo, J. F. et Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Stadelmann, S., Grunewald, M., Gibbels, C., Jaeger, S., Matuschek, T., Weis, S., Klein, A. M., Hiemisch, A., Von Klitzing, K. et Dohnert, M. (2017). Self-esteem of 8–14-year-old children with psychiatric disorders: disorder- and gender-specific effects. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 40-52. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0651-6>
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W. et Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 325-338. <https://doi.org/10.1037/a0035133>
- Stein, J. A., Leslie, M. B. et Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood.

Child Abuse and Neglect, 26(10), 1011-1027. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00382-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00382-4)

Stets, J. E. et Burke, P. J. (2014). Self-esteem et identities. *Identity as Social Process*, 57(4), 409-433. <https://doi.org/10.1177/0731121414536141>

Supple, A. J., Su, J., Plunkett, S. W., Peterson, G. W. et Bush, K. R. (2012). Factor structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 748-764. <https://doi.org/10.1177/0022022112468942>

Tanner, J. L. et Arnett, J. J. (2016). The emergence of emerging adulthood: the new life stage between adolescence and young adulthood. Dans Furlong, A. (dir.), *Routledge Handbook of Youth and Young Adulthood* (2e éd.). Routledge, Londres. <https://doi.org/10.4324/9781315753058>

Taylor, T. L. et Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 823-839. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.01.010>

Tetzner, J., Becker, M. et Baumert, J. (2016). Still doing fine? The interplay of negative life events and self-esteem during young adulthood. *European journal of personality*, 20, 358-373. <https://doi.org/10.1002/per.2066>

Tickle, A., Bown, D. et Hayward, M. (2014). Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *The British Psychological Society*, 87(1), 96-110.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B. et Robins, R. W. (2013). Development of self-esteem. Dans V. Zeigler-Hill (dir.), *Self-Esteem* (p. 60-79). Psychology Press.

- Vallières, E.F. et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
<https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Van Weeghel, J., Van Zelst, C., Boertien, D., et Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169–181.
<https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Verkuyten, M. (2003). Positive and negative self-esteem among ethnic minority early adolescents: social and cultural sources and threats. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 267-277.
<https://doi.org/10.1023/A:1023032910627>
- Vinnars, B., Barber, J.P., Norén, K., Thormählen, B., Gallop, R., Lingren, A. et Weinryb, R. M. (2007). Who can benefit from time-limited dynamic psychotherapy? A study of psychiatric outpatients with personality disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 198-210.
<https://doi.org/10.1002/cpp.530>
- Vita, A. et Barlati, S. (2019). The implementation of evidence-based psychiatric rehabilitation: challenges and opportunities for mental health services. *Frontiers in Psychiatry*, 10(147), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00147>
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L. et Korsbek, L. (2016). Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596-602.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>
- Ward, D. (2014). 'Recovery': does it fit for adolescent mental health? *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(1), 83-90. <https://doi.org/10.2989/17280583.2013.877465>

- Weingarden, H., Scahill, L., Hoepfner, S., Peterson, A. L., Woods, D. W., Walkup, J. T., Piacentini, J. et Wilhelm, S. (2018). Self-esteem in adults with Tourette syndrome and chronic tic disorders: The roles of tic severity, treatment, and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.008>
- Williams, E., Dingle, G. A., Calligeros, R., Sharman, L. et Jetten, J. (2020). Enhancing mental health recovery by joining arts-based groups: a role for the social cure approach. *An International Journal for Research, Policy and Practice*, 12(2), 169-181. <https://doi.org/10.1080/17533015.2019.1624584>
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J. et Singh, S. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>
- Winter, D., Steeb, L., Herbert, C., Sedikides, C., Schmahl, C., Bohus, M. et Lis, S. (2018). Lower self-positivity and its association with self-esteem in women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 109, 84-93. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.07.008>
- Wood, D., Crapnell, T., Lau, L., Bennett, A., Lotstein, D., Ferris, M. et Kuo, A. (2018). Emerging Adulthood as a critical stage in the life course. Dans Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M. et Faustman, E. (dir.), *Handbook of Life Course Health Development*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_7

Yucesan, E. et Sendurur, Y. (2018). Effects of music therapy, poetry therapy, and creative drama applications on self-esteem levels of college students. *Journal of Poetry Therapy*, 31(1), 26-39. <https://doi.org/10.1080/08893675.2018.1396730>

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 157-164. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>

Zimmerman, M., Morgan, T. A. et Stanton, K. (2018). The severity of psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 17(3), 258-275. <https://doi.org/10.1002/wps.20569>

Annexe I :

Comparaison statistique des sous-échantillons analysé et non-analysé

Tableau 3.

Comparaison des moyennes et tests statistiques au pré-programme entre le sous-échantillon analysé et celui non-analysé.

Variables	Moyennes ou fréquences (%) pour le sous- échantillon analysé (n=140)	Moyennes ou fréquences (%) pour le sous-échantillon non- analysé (n variable)	Tests Statistiques	<i>p</i>
Genre ¹	70,7 ; 29,3	69,5 ; 30,5	χ^2 (n=268) = 0,050	0,975
Âge	16,379	16,208	t(258) = 0,496	0,620
Indice d'appréciation	4,830	4,491	t(114) = 2,564	0,012
Estime de soi positive T1	3,949	3,795	t(245) = 0,954	0,341
Estime de soi négative T1	4,116	4,254	t(246) = -0,827	0,409
Sévérité de l'altération ² fonctionnelle	30,0 ; 46,4 ; 23,6	30,6 ; 36,1 ; 33,3	χ^2 (n=245) = 3,561	0,169

Notes. ¹ féminin ; autres. ² altération faible ; altération modérée ; altération sévère.

Annexe II :

Vérification des postulats d'analyse et présentation des statistiques descriptives et corrélations

Vérification des postulats

Taille de l'échantillon

Selon ce postulat, l'échantillon de notre étude doit comporter une taille assez grande pour pouvoir effectuer des analyses. Notre étude comporte un échantillon de 140 participants pour 8 prédicteurs qui incluent deux variables indépendantes, deux variables dépendantes, une variable modératrice et trois variables de contrôle. Le ratio obtenu est donc d'environ 17 sujets par prédicteurs. Selon l'approche libérale, le postulat est donc respecté puisque le ratio est supérieur à 10 sujets. Toutefois, le ratio ne respecte pas l'approche conservatrice, ratio étant inférieur à 50 sujets. Ainsi, il se pourrait que cela entraîne une réduction de la puissance statistique, l'augmentation de l'erreur de type II ainsi que la limitation de la généralisation des résultats.

Indépendance des erreurs

D'après ce postulat, les erreurs des mesures entre les sujets de l'étude doivent être indépendantes, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas être corrélées. Dans notre étude, il semblerait que les erreurs de mesures entre les participants soient indépendantes, compte-tenu de la méthode de collecte de données, la prise de mesure ainsi que le type d'échantillon. Le postulat est donc respecté.

Distribution normale des variables

Ce postulat énonce que les variables de l'étude doivent être distribuées normalement, c'est-à-dire que leur distribution doit être symétrique et mésokurtique. Dans notre étude, comme rapporté dans le Tableau 4, l'indice d'appréciation, l'estime de soi positive au temps 1 et au temps 2 ainsi que l'estime de soi négative au temps 2 semblent être mésokurtiques puisque leurs intervalles de confiance croisent le zéro. L'analyse visuelle de l'histogramme confirme aussi ces résultats, mais suggère que la sévérité de l'altération du fonctionnement et l'estime de soi négative au temps 1 sont plutôt platikurtiques tandis que l'âge est leptokurtique.

Pour ce qui est de la symétrie, les intervalles de confiance de l'estime de soi positive au temps 1 et au temps 2, la sévérité de l'altération du fonctionnement ainsi que l'estime soi négative au temps 1 et 2 croisent le zéro, suggérant que ces variables sont symétriques (voir Tableau 5). L'examen visuel des histogrammes semble confirmer ces résultats, sauf pour la variable de l'estime de soi négative au temps 2 qui semble avoir une légère asymétrie positive, ainsi que l'âge. L'indice d'appréciation au contraire semble avoir une légère asymétrie négative. Compte tenu de ces résultats, seules trois variables sur les sept semblent donc être distribuées normalement, soit l'estime de soi positive au temps 1 et au temps 2 et l'estime de soi négative au temps 2. Le postulat est donc partiellement respecté puisque plus de la moitié des variables de l'étude ne présentent pas une distribution normale. Cela peut donc augmenter l'erreur de type I et diminuer la fiabilité des coefficients estimés. Toutefois, les ANCOVAs demeurent des analyses assez robustes à la qualité de la distribution. De plus, en testant de retirer les données extrêmes, la distribution de certaines variables, telle que l'indice d'appréciation, devenait normale. Nous avons toutefois préféré conserver le nombre de sujets dans notre échantillon, le fait de les retirer n'ayant pas affecter la finalité de nos résultats.

Tableau 4.*Intervalle de confiance de l'indice d'aplatissement pour chacune des variables continues.*

Variabes	Âge	Indice d'appréciation	Estime de soi positive T1	Estime de soi positive T2	Estime de soi négative T1	Estime de soi négative T2	Sévérité de l'altération
Intervalle de confiance	[16,914; 18,510]	[0,722; 2,318]	[-1,191; 0,405]	[-1,369; 0,227]	[-1,641; -0,045]	[-1,440; 0,156]	[-1,911; -0,315]

Tableau 5.*Intervalle de confiance de l'indice d'asymétrie pour chacune des variables continues.*

Variabes	Âge	Indice d'appréciation	Estime de soi positive T1	Estime de soi positive T2	Estime de soi négative T1	Estime de soi négative T2	Sévérité de l'altération
Intervalle de confiance	[2,623; 3,427]	[-1,229; -0,425]	[-0,243; 0,561]	[-0,658; 0,146]	[-0,423; 0,381]	[-0,056; 0,748]	[-0,302; 0,502]

Fidélité des variables

Selon ce postulat, les variables de l'étude doivent être mesurées avec fidélité, autrement dit à l'aide d'une échelle ayant une cohérence interne élevée. Pour les variables mesurées à l'aide d'une échelle, la fidélité est indiquée à l'aide d'un indice de cohérence interne suffisamment élevé, soit supérieur à 0,7. Dans notre étude, chacune des variables mesurées à l'aide de plusieurs items a un indicateur supérieur à 0,758 (voir Tableau 6). Le postulat est donc respecté.

Tableau 6.

Alpha de Cronbach pour chacune des variables mesurées à l'aide de plusieurs items.

Variabes	Indice d'appréciation	Estime de soi positive T1	Estime de soi positive T2	Estime de soi négative T1	Estime de soi négative T2	Sévérité de l'altération
Alpha de Cronbach	0,842	0,911	0,927	0,863	0,864	0,758

Valeurs extrêmes univariées

Selon l'examen visuel de l'histogramme, le diagramme tige-feuille et la boîte à moustache, il apparaît que l'indice d'appréciation comporte deux données extrêmes inférieures à la moyenne ($\leq 1,9$) et que l'âge comporte 10 données extrêmes supérieures à la moyenne ($\geq 21,0$). Le postulat est donc partiellement respecté puisque deux variables possèdent des valeurs extrêmes. Cela pourrait donc influencer les résultats et la fiabilité des prédictions. Toutefois, ces valeurs extrêmes étant situées sur deux variables de contrôle, cela risque moins d'affecter nos conclusions de manière importante.

Multicolinéarité

Selon ce postulat, les prédicteurs de l'étude ne doivent pas être multicolinéaires, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas être trop fortement corrélés les uns avec les autres. Le Coefficient de Pearson est l'indicateur nous permettant de vérifier ce postulat. Selon les conventions en vigueur, s'il est supérieur à 0,7, cela signifie que les variables tendent à être trop fortement corrélées. Selon les résultats, la plupart des prédicteurs ont un coefficient de corrélation de Pearson inférieur à 0,660 (voir Tableau 8). Le postulat est donc respecté.

Spécificité et parcimonie

D'après ce postulat, il est essentiel d'inclure tous les prédicteurs pertinents qui contribuent à notre modèle, tout en s'assurant de retirer ceux étant trop redondants ou n'étant pas liés à notre variable dépendante. Selon les résultats, la corrélation entre les prédicteurs est inférieure à 0,7 (voir Tableau 8). Le principe de parcimonie est donc respecté. De plus, il apparaît que les prédicteurs sont tous significativement associés à l'estime de soi positive ou négative. Ainsi, les principes de spécificité et de parcimonie sont respectés. Le postulat est donc par le fait-même respecté.

Homogénéité de la variance entre les groupes de la variable indépendante

Selon ce postulat, la variance doit être équivalente entre chaque groupe de la variable indépendante. Le Test de Levene est utilisé comme indicateur de ce postulat, dont la norme est d'avoir un niveau de signification p supérieur à 0,05. Selon les résultats du Test de Levene, le niveau de signification p est supérieur à 0,05 pour chacun des groupes de la sévérité de l'altération fonctionnelle. Le postulat est donc respecté.

Homogénéité des pentes de régression

D'après ce postulat, le lien entre la variable dépendante et les covariables de l'étude est estimé via une régression linéaire dont la pente est identique entre tous les groupes de la variable modératrice. Pour respecter ce postulat, l'interaction entre les covariables et la variable modératrice doit être non significative (p supérieur à 0,05). Selon les analyses préliminaires effectuées, le niveau de signification p est supérieur à 0,05 pour l'interaction entre la sévérité de l'altération fonctionnelle et l'âge. En revanche, l'interaction entre la sévérité d'altération fonctionnelle et le genre, ainsi que l'indice d'appréciation est significative ($p < 0,001$; $p = 0,051$). Ce postulat n'est

pas donc pas entièrement respecté, ce qui pourrait influencer la puissance statistique ou indiquer que l'analyse pourrait ne pas être optimale pour nos données.

Statistiques descriptives et corrélations

Les statistiques descriptives sont présentées dans les Tableaux 7 et 8.

Les critères admis pour interpréter les corrélations entre les variables sont tels que $r = 0,100$ fait référence à une corrélation faible, $r = 0,300$ signifie une corrélation modérée et $r = 0,500$ reflète une corrélation forte (Cohen, 1988). Selon la matrice de corrélation (voir Tableau 8), les corrélations sont faibles à fortes puisqu'elles oscillent entre $r = 0,024$ et $r = 0,708$. Les corrélations entre les variables dépendantes, indépendantes et modératrices sont toutefois plus élevées puisqu'elles varient entre $0,169$ et $0,708$.

Selon les résultats du Tableau 8, nous pouvons voir que l'estime de soi positive et négative avant et après le programme sont modérément à fortement corrélées entre elles, leur coefficient de corrélation variant de $r = 0,446$ à $r = 0,708$. Il apparaît aussi que l'estime de soi positive en pré- et post-programme est significativement et négativement associée avec l'estime de soi négative au temps 1 et au temps 2. Ces résultats indiquent que l'estime de soi positive et celle négative varient donc de façon opposée. Les personnes dont le niveau d'estime de soi négative est élevé tendent donc à présenter un faible niveau d'estime de soi positive.

Au niveau des variables de contrôle, il apparaît que l'indice d'appréciation du programme est significativement et positivement corrélé avec l'estime de soi positive au temps 1 et au temps 2 ($r = 0,280$; $r = 0,374$), mais négativement avec l'estime de soi négative au temps 2 ($r = -0,240$). Ainsi, plus le taux de satisfaction des jeunes est élevé, plus leur niveau d'estime de soi positive est élevé, et ce, avant et après le programme. De plus, leur niveau d'estime de soi négative est plus faible en post-programme.

La sévérité de l'altération fonctionnelle, quant à elle, est associée significativement et positivement avec l'estime de soi négative au temps 1 et au temps 2, tandis qu'elle est significativement corrélée négativement avec l'estime de soi positive avant et après la participation au programme. Cela signifie que les jeunes avec une altération sévère du fonctionnement tendent à avoir un haut niveau d'estime de soi négative, mais un faible niveau d'estime de soi positive.

Tableau 7.

Matrice de corrélations et statistiques descriptives (n = 140).

Variabiles	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Genre ¹	-							
2. Âge	-0,024	-						
3. Indice d'appréciation	0,095	0,103	-					
4. Estime de soi positive T1	0,113	0,175*	0,280**	-				
5. Estime de soi positive T2	0,172*	0,072	0,374**	0,618**	-			
6. Estime de soi négative T1	0,167*	-0,101	-0,130	-0,614**	-0,446**	-		
7. Estime de soi négative T2	0,065	-0,124	-0,240**	-0,494**	-0,708**	0,653**	-	
8. Sévérité de l'altération	0,029	-0,032	-0,165	-0,366**	-0,169*	0,464**	0,261**	-
Moyenne	-	16,379	4,830	3,949	4,113	4,116	3,897	-
É.T.	-	2,910	0,778	1,255	1,245	1,280	1,350	-
Minimum/Maximum	0,0/1,0	12,0/37,0	1,8/6,0	1,0/7,0	1,1/6,6	1,4/6,7	1,2/7,0	0,0/2,0

Note. ¹Autres = 0, féminin = 1.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.