

Université de Montréal

**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***

par

Kim Archambault

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychoéducation
option sciences de l'intervention/diffusion

Avril 2014

© Kim Archambault, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

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*

Présentée par :
Kim Archambault

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sophie Parent, présidente-rapporteur
Isabelle Archambault, directrice de recherche
Sarah Dufour, co-directrice de recherche
Christian Dagenais, membre du jury
Michel Perreault, examinateur externe
Tania Lecomte, représentante du doyen de la FESP

RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse était d'évaluer *Espace de Transition (ET)*, un programme novateur d'intervention par les arts de la scène visant à favoriser la réadaptation psychosociale d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles mentaux stabilisés et à diminuer la stigmatisation des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce programme a été conçu par une équipe de cliniciens du département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine, en collaboration avec des artistes professionnels, et est livré depuis le printemps 2009.

L'évaluation du programme *ET* a été conduite de manière indépendante, selon des approches collaborative et naturaliste et en usant de méthodes mixtes. Les données de recherche ont été recueillies avant pendant et après le programme auprès de l'ensemble des participants à deux sessions distinctes ($N = 24$), de même qu'auprès des deux artistes instructeurs, de la psychoéducatrice responsable du soutien clinique, ainsi que des psychiatres et autres intervenants ayant référé des participants ($N=11$). Des entrevues semi-structurées individuelles et de groupe, des observations directes et des questionnaires ont servi à recueillir les données nécessaires à l'évaluation. Des analyses quantitatives de variance, ainsi que des analyses qualitatives thématiques ont été réalisées et leurs résultats ont été interprétés de manière intégrée.

Le premier chapitre empirique de la thèse relate l'évaluation de la mise en œuvre du programme *ET*. Cette étude a permis de constater que le programme avait rejoint des participants correspondant de près à la population visée et que ceux-ci présentaient globalement des niveaux élevés d'assiduité, d'engagement et d'appréciation du programme. L'évaluation de la mise en œuvre a en outre permis de conclure que la plupart des composantes du programme identifiées a priori comme ses paramètres essentiels ont été livrées tel que prévu par les concepteurs et que la plupart d'entre elles ont été largement appréciées et jugées pertinentes par les participants et les autres répondants consultés.

Le second chapitre empirique consiste en un article portant sur l'évaluation des effets du programme *ET* relativement à l'atteinte de trois de ses objectifs intermédiaires, soient l'amélioration 1) du fonctionnement global, 2) du confort relationnel et des compétences

sociales, ainsi que 3) de la perception de soi des participants présentant des troubles mentaux. Les résultats de cette étude ont révélé des changements significatifs et positifs dans le fonctionnement global des participants suite au programme, tel qu'évalué par les cliniciens référents et partiellement corroboré par les participants eux-mêmes. Des améliorations en ce qui concerne le confort relationnel, les compétences sociales et la perception de soi ont également été objectivées chez une proportion substantielle de participants, bien que celles-ci ne se soient pas traduites en des différences significatives décelées par les analyses quantitatives de groupe.

Le troisième et dernier chapitre empirique de la thèse relate une étude exploratoire des mécanismes sous-tendant les effets du programme *ET* ayant conduit à l'élaboration inductive d'une théorie d'action de ce programme. Cette investigation qualitative a révélé quatre catégories de mécanismes, soient des processus de 1) gain d'expérience et de gratification sociales, 2) de désensibilisation par exposition graduelle, 3) de succès et de valorisation, et 4) de normalisation. Cette étude a également permis de suggérer les caractéristiques et composantes du programme qui favorisent la mise en place ou l'impact de ces mécanismes, tels l'environnement et l'animation non cliniques du programme, la composition hétérogène des groupes de participants, le recours aux arts de la scène, ainsi que la poursuite d'une réalisation collective et son partage avec un public extérieur au programme.

Globalement, les études présentées dans la thèse appuient la pertinence et le caractère prometteur du programme *ET*, tout en suggérant des pistes d'amélioration potentielle pour ses versions ultérieures. Par extension, la thèse soutient l'efficacité potentielle d'interventions réadaptatives mettant en œuvre des composantes apparentées à celles du programme *ET* pour soutenir le rétablissement des jeunes aux prises avec des troubles mentaux.

Mots-clés : jeunes, troubles mentaux, réadaptation, intervention par les arts, évaluation de la mise en œuvre, évaluation des effets, théorie d'action, méthodes mixtes

ABSTRACT

The objective of this thesis was to evaluate *Espace de Transition (ET)*, an innovative art-based program aimed at fostering the rehabilitation of adolescents and young adults with recently stabilized psychiatric disorders and diminishing the stigmatization experienced by individuals with mental health problems. This program was designed by a team of clinicians from Ste-Justine Hospital's psychiatry unit, in collaboration with professional artists. It is delivered since the spring of 2009.

The evaluation of program *ET* was conducted in an independent yet collaborative manner, using a naturalistic approach and mixed methods. Data were collected before, during, and after the program from all participants who took part in two distinct sessions ($N = 24$), as well as from the two artist instructors, the psychoeducator who provided clinical support during the workshops, and the clinicians who referred participants ($N=11$). Individual and group semi-structured interviews, direct observations, and questionnaires served to collect the necessary data. Quantitative analyses of variance and qualitative thematic analyses were conducted and their results were interpreted in an integrated manner.

The first empirical chapter of the thesis reports on the evaluation of the implementation of program *ET*. This evaluation showed that the program reached participants closely corresponding to its targeted population and that these youths globally presented elevated levels of assiduity, engagement in, and appreciation of the program. This evaluation also allowed to conclude that most essential program components were delivered as intended by designers and were largely appreciated and judged pertinent by participants and other respondents.

The second empirical chapter presents an article detailing the evaluation of the effects of the program *ET*. This evaluation focused on three of its intermediate objectives: the improvement of 1) global functioning, 2) social comfort and competence, and 3) self-perception in program participants suffering from mental disorders. Results of this study revealed significant and positive changes in the global functioning of participants following the program, as assessed by their referring clinicians and partially corroborated by participants themselves. Improvements in social comfort and competence and self-perception were also

noted in a substantial proportion of participants, although they did not translate in significant differences detected by group-level quantitative analyses.

The third and last empirical chapter of the thesis reports on a study which sought to explore the mechanisms underlying the effects of program *ET* and to inductively elaborate a theory of action of the program. This qualitative investigation revealed four categories of mechanisms: 1) social experience and gratification, 2) desensitization by gradual exposure, 3) success and valorization, and 4) normalization. This study also allowed to identify program characteristics and components that seemed to favor the onset or impact of these mechanisms, such as the non-clinical setting and conducting of the program, the heterogeneous composition of the groups, the use of performing arts, and the pursuit of a collectively achieved artistic product and its presentation to an external public.

Globally, the studies presented in the thesis support the relevance and promising character of program *ET*, while suggesting potential improvements for future versions. By extension, the thesis supports the potential efficacy of rehabilitation strategies which include components analogous to those of *ET* in fostering the recovery of youths with mental disorders.

Keywords: youths, mental disorders, rehabilitation, art-based interventions, implementation assessment, effects evaluation, theory of action, mixed methods

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| RÉSUMÉ..... | i |
| ABSTRACT..... | iii |
| LISTE DES TABLEAUX..... | xi |
| LISTE DES FIGURES..... | xii |
| LISTE DES ANNEXES | xiii |
| LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS..... | xiv |
| REMERCIEMENTS..... | xvi |
| PRÉSENTATION DE LA THÈSE | 1 |
| CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE..... | 3 |
| CONTEXTE THÉORIQUE..... | 4 |
| Santé et maladie mentale..... | 4 |
| Une population vulnérable et en besoin de services | 5 |
| Troubles mentaux, perception de soi, compétence sociale et fonctionnement global | 8 |
| Perception de soi | 8 |
| Compétence sociale..... | 9 |
| Fonctionnement global..... | 10 |
| Réadaptation psychiatrique et psychoéducation | 11 |
| Interventions à caractère artistique en contexte de réadaptation psychiatrique | 12 |
| PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE DOCTORALE | 15 |
| Contexte de la recherche | 15 |
| Objectifs de la recherche..... | 16 |
| Cadre conceptuel de la recherche..... | 17 |
| Survot d'aspects sélectionnés de la méthode de recherche | 18 |
| Approche naturaliste | 18 |
| Triangulation..... | 18 |
| Méthodes mixtes | 19 |

| | |
|---|-----------|
| Approche qualitative inductive..... | 20 |
| Approche collaborative et utilité des résultats issus de la recherche | 20 |
| Considérations éthiques..... | 21 |
| | |
| CHAPITRE II : RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME | |
| <i>ESPACE DE TRANSITION</i>..... | 23 |
| | |
| INTRODUCTION | 24 |
| | |
| MÉTHODE..... | 27 |
| Description de l'évaluation..... | 27 |
| Participants à l'évaluation | 28 |
| Instruments et procédures..... | 28 |
| Analyses..... | 29 |
| | |
| RÉSULTATS | 30 |
| Caractéristiques des participants | 30 |
| Répartition démographique de l'ensemble des participants au programme | 30 |
| Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants cibles..... | 31 |
| Exposition au programme | 34 |
| Relevés quantitatifs d'exposition au programme..... | 34 |
| Commentaires relatifs aux dimensions de dosage et d'exposition | 35 |
| Réponse des participants | 40 |
| Réponse générale des participants au programme..... | 40 |
| Attitudes et jugements des participants à l'égard du programme..... | 41 |
| Expérience affective liée à la participation au programme | 45 |
| Qualité de la participation | 50 |
| Adhésion aux composantes essentielles du programme | 53 |
| Environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles | 53 |
| Mixité des participants « cibles » et « provenant de la population générale » et non-divulgateur de la condition psychiatrique des participants par les responsables cliniques du programme | 57 |
| Mise en place, à chaque atelier, d'exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques | 61 |
| Mise en place, à chaque atelier, d'exercices individuels et d'exercices collectifs favorisant les interactions sociales | 66 |

| | |
|---|---------------|
| Poursuite d'une réalisation collective dans laquelle chaque participant joue un rôle actif et partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme | 69 |
| Qualité de l'animation | 75 |
| Appréciation de l'animation en général | 75 |
| Commentaires relatifs aux rôles, attitudes et pratiques de chaque catégorie d'animateurs | 76 |
| Différenciation | 80 |
| Portrait des autres services reçus pendant le programme et son évaluation | 80 |
| Analyse de différenciation | 81 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 85 |
| BIBLIOGRAPHIE | 88 |
| ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE..... | 89 |
| Supplément d'information concernant les participants à l'évaluation | 89 |
| Recrutement | 89 |
| Abandons et exclusions | 89 |
| Supplément d'information concernant les instruments et procédures d'évaluation | 90 |
| Fiche d'inscription au programme | 90 |
| Questionnaire maison de réponse des participants | 90 |
| Échelles d'affects positifs et d'affects négatifs | 90 |
| Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale | 91 |
| Questionnaire de différenciation | 92 |
| Échelles d'observation | 92 |
| Entrevues | 93 |
| Supplément d'information concernant les analyses | 93 |
| CHAPITRE III: A MIXED METHODS EVALUATION OF THE EFFECTS OF AN INNOVATIVE ART-BASED REHABILITATION PROGRAM FOR YOUTHS WITH STABILIZED PSYCHIATRIC DISORDER..... | 95 |
| ABSTRACT..... | 96 |
| METHOD..... | 100 |
| Study Design | 100 |
| Participants..... | 100 |

| | |
|---|------------|
| Instruments and Procedures | 102 |
| General procedure..... | 102 |
| Self-perception measure | 102 |
| Social comfort and competence measures | 103 |
| Global functioning measures | 104 |
| Interviews | 105 |
| Analyses..... | 106 |
| Quantitative analyses | 106 |
| Qualitative analyses..... | 106 |
| RESULTS | 108 |
| Quantitative Results | 108 |
| Qualitative Results..... | 108 |
| Improvements in self-perception | 108 |
| Improvements in social comfort and competence..... | 109 |
| Improvements in global functioning..... | 110 |
| Quantitative summary of qualitative results | 111 |
| DISCUSSION..... | 112 |
| Strengths and Limitations..... | 115 |
| Future Evaluations..... | 116 |
| Conclusion | 117 |
| REFERENCES | 118 |
| | |
| CHAPITRE IV: TOWARDS A THEORY OF ACTION OF THE ART-BASED PSYCHIATRIC REHABILITATION PROGRAM <i>ESPACE DE TRANSITION</i>: AN EMPIRICAL INVESTIGATION..... | 129 |
| | |
| ABSTRACT..... | 130 |
| | |
| METHOD..... | 135 |
| Participants..... | 135 |
| Data Collection Procedures | 136 |
| Interviews | 136 |
| Field observations..... | 137 |

| | |
|--|------------|
| Analyses..... | 137 |
| RESULTS | 139 |
| Social Experience and Gratification..... | 139 |
| Desensitization by Gradual Exposure..... | 142 |
| Success and Valorization | 144 |
| Normalization..... | 145 |
| DISCUSSION..... | 148 |
| Integrated Theory of Action of the Program <i>Espace de Transition</i> | 148 |
| Strengths and Limitations..... | 153 |
| Future Studies | 154 |
| Implications | 154 |
| REFERENCES | 157 |
| | |
| CHAPITRE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION..... | 162 |
| | |
| RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS EMPIRIQUES..... | 163 |
| | |
| RELECTURE PSYCHOÉDUCATIVE DU PROGRAMME <i>ESPACE DE TRANSITION</i> | 166 |
| Modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative..... | 166 |
| Structure d'ensemble et mécanismes d'action du programme <i>Espace de Transition</i> | 167 |
| Structure d'ensemble et convenance du programme <i>Espace de Transition</i> | 170 |
| | |
| FORCES ET LIMITES | 173 |
| Devis de recherche..... | 173 |
| Participants..... | 175 |
| Données colligées..... | 176 |
| Analyses..... | 177 |
| | |
| IMPLICATIONS | 179 |
| Implications pour la pratique clinique..... | 179 |
| Implications pour la recherche..... | 180 |
| Implications pour la psychoéducation..... | 183 |
| | |
| CONCLUSION | 185 |

| | |
|--|------------|
| BIBLIOGRAPHIE | 186 |
| ANNEXE I: CANEVAS D'ENTREVUES | i |
| ANNEXE II: EXTRAIT DE LA GRILLE DE CODIFICATION | xv |

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE I

| | |
|---|----|
| Tableau 1. <i>Objectifs et sous-objectifs de la recherche doctorale</i> | 17 |
|---|----|

CHAPITRE II

| | |
|---|----|
| Tableau 1. <i>Caractéristiques démographiques des participants à leur entrée dans le programme selon leur groupe d'appartenance</i> | 31 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tableau 2. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à leur entrée dans le programme selon leur statut</i> | 32 |
|--|----|

CHAPITRE III

| | |
|--|-----|
| Table 1. <i>Comparison of Pre-program Demographics and Mean Scores on Self-rated Psychosocial Measures Between Program Completers and Non-completers</i> | 124 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Table 2. <i>Target Participant's Demographic and Clinical Characteristics at Program Entry</i> | 125 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Table 3. <i>Comparison of the Mean Results to the Different Quantitative Measures Used to Assess Program Effects Between Pre-program and Post-program</i> | 126 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Table 4. <i>Comparison of the Mean Results to the Different Quantitative Measures Used to Assess Program Effects Between Pre-program and Follow up</i> | 127 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Table 5. <i>Total Number of Respondents per Category of Answers Pertaining to Program-Related Improvements in the Three Assessed Dimensions</i> | 128 |
|---|-----|

CHAPITRE V

| | |
|---|-----|
| Tableau 1. <i>Caractéristiques du programme constituantes de sa théorie d'action classées par composante du modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative</i> | 170 |
|---|-----|

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE II

| | |
|---|----|
| <i>Figure 1. Buts et objectifs du programme <i>Espace de Transition</i></i> | 26 |
| <i>Figure 2. Assiduité moyenne (%) par session du programme et catégorie de participants</i> | 35 |
| <i>Figure 3. Réponse moyenne des participants au programme par temps de mesure</i> | 41 |
| <i>Figure 4. Distribution des participants selon leur perception du climat relationnel au sein du programme et leur sentiment d'appartenance et attitude générale face à celui-ci</i> | 42 |
| <i>Figure 5. Résultats moyens aux échelles d'affects positifs (ÉAP) et négatifs (ÉAN) par temps de mesure.</i> | 46 |
| <i>Figure 6. Résultats moyens d'observation systématique des manifestations de plaisir des participants</i> | 49 |
| <i>Figure 7. Résultats moyens d'observation systématique des interactions entre participants et entre participants et adultes</i> | 69 |
| <i>Figure 8. Appréciation moyenne de divers aspects de l'animation par temps de mesure</i> | 76 |
| <i>Figure 9. Distribution des participants cibles selon la fréquence des services psychosociaux reçus pendant le programme <i>ET</i> et son évaluation</i> | 81 |
| <i>Figure 10. Distribution des participants cibles selon la variété de médicaments psychotropes consommés pendant le programme <i>ET</i> et son évaluation</i> | 81 |

CHAPITRE IV

| | |
|---|-----|
| <i>Figure 1. Empirically-derived integrated theory of action of the program <i>Espace de Transition</i></i> | 161 |
|---|-----|

CHAPITRE V

| | |
|---|-----|
| <i>Figure 1. Modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatrice</i> | 167 |
|---|-----|

LISTE DES ANNEXES

CHAPITRE II

| | |
|-----------------------------|----|
| Annexe méthodologique | 89 |
|-----------------------------|----|

ANNEXES FINALES

| | |
|--------------------------------------|---|
| Annexe I : Canevas d'entrevues | i |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|----|
| Annexe II : Extrait de la grille de codification | xv |
|--|----|

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

ÉAP : Échelle d'affects positifs

ÉAN : Échelle d'affects négatifs

ESSJA : Évaluation sociale de soi chez les jeunes adultes

ET : Espace de Transition

FNES : Fear of Negative Evaluation Scale

GAF : Global Assessment of Functioning

MRSS : Morningside Rehabilitation Status Scale

QES : Questionnaire sur l'environnement socioéducatif au secondaire

RAS : Rathus Assertion Schedule

RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

YWCA : Young Women Christian association

*À M, W, G, M, A, M, J, N, R, S, M, A, L, G, M, J,
G, A, O, A, E, H, A, C et à tous les autres
fabuleux artistes ayant pris part à
Espace de Transition*

REMERCIEMENTS

À Fred, mon amour,

À peu près tout ce que tu m'offres m'a aidée à entreprendre et à achever cette thèse. Un amour que je sens inconditionnel, qui me libère de tout doute et nourrit ma confiance. Une base de sécurité, de laquelle prendre des risques et où puiser validation et réconfort. Un quotidien heureux et riche, qui ferait contrepoids aux pires journées de labeur. En plus de ces fondements, un talent, une expérience et une expertise incomparables, dont tu me fais profiter sans compter, des livraisons musicales salutaires et tant d'autres choses... Ma chance de t'avoir est inestimable.

À mes chères directrices, Sarah et Isabelle (je l'ai dit à maintes reprises et je le répète : « j'ai vraiment pogné le jack pot! »),

Pour la qualité et la générosité de votre supervision. En particulier, pour la grande confiance que vous avez maintenue en moi tout au long de ce processus, ainsi que pour votre épatante diligence et la pertinence de vos conseils et rétroaction. Merci aussi pour les formidables modèles de femme auxquels vous m'avez donné accès. Votre impressionnante force personnelle, de même que votre professionnalisme toujours teinté de sensibilité demeureront pour moi des sources d'inspiration hautement significatives.

À Patricia (Dre Garel),

D'abord, pour la fabuleuse opportunité, puis pour celles qui ont suivi et celles qui suivront peut-être. Pour la rencontre avec un programme, une vision, des gens aussi inspirés qu'inspirants. Pour le contact avec ces jeunes merveilleux et pour tout ce que vous faites pour eux. Pour les multiples occasions de développement académique et professionnel, mais surtout humain... et les sages conseils qui les ont accompagnés. Pour votre générosité, votre loyauté et votre *caring*. Pour votre amitié.

À tous les participants à l'évaluation du programme *Espace de Transition*,

Sans vous, cette thèse ne serait pas. La qualité et la générosité de votre collaboration à la recherche en ont fait pour moi une entreprise des plus positives et l'ont, j'en suis certaine, considérablement bonifiée. Mention spéciale aux jeunes pour le sérieux et l'authenticité avec lesquels vous vous êtes prêtés à l'exercice, pour la pertinence de vos propos et, surtout, pour la confiance que vous m'avez accordée. Mention spéciale à Sylvie également, sans qui on se demande bien « comment on ferait? ». Comme si tu n'en portais pas déjà assez, tu as embrassé sans compter toutes les tâches supplémentaires liées à la recherche. Ton dévouement est admirable et incite au dépassement de soi.

À mes chers parents,

Entre milliers d'autres choses, pour la confiance en soi que vous avez contribué à ce que je développe. Pour votre valorisation de l'éducation et l'impact certain que vous avez eu sur ma trajectoire académique. Pour le havre de confort et de « dorlotage » que vous

continuez de m'offrir si généreusement et qui me permet de m'investir dans mes projets d'adulte tout en sachant qu'il demeure un lieu où je peux relâcher.

À mes frères adorés,

Parce que juste passer du temps avec vous, ça fait tellement de bien!

À Madeleine et Normand (mes beaux-parents),

Pour l'intérêt, les encouragements et le soutien concret (entrent ici les petits plats cuisinés et toutes les autres généreuses attentions).

À mamie, pour l'intérêt porté à mes travaux et les *very best informal linguistic revisions*.

To all my Eugene friends,

You may not know it, but you played a crucial role in my finishing this thesis on time. Thanks to your kindness and generosity toward us, and the fun moments we shared together, I was able to make my isolated days away from home productive. As Fred, Paul and some others among you may put it, you were a big part of my "behavioral activation"!

À mes amis d'ici,

À ceux qui ont pris des nouvelles de l'avancement de cette thèse et à ceux qui ont simplement compris et respecté les variations dans ma disponibilité.

À tout le personnel et à mes collègues de l'ÉPE (incluant les expat de psycho),

Pour votre précieux soutien, tantôt moral, tantôt concret, de même que pour votre agréable compagnie, qui a rendu chaque journée de boulot plus invitante. Mention spéciale à Paul pour l'hébergement, ainsi qu'à Ste-Martine... ai-je besoin de justifier?

À tous les précieux collaborateurs du département de psychiatrie, du centre de recherche, de la fondation et de l'administration générale du CHU Ste-Justine,

Votre travail fut essentiel à la réalisation de cette recherche et a eu une incidence positive certaine sur sa qualité. Mention spéciale à Jocelyne et Yolande, dont j'ai eu l'immense chance de bénéficier de la générosité et de l'incomparable efficacité.

À Will et Andréanne,

Pour votre précieux assistanat.

Aux collaborateurs du CHUM, de l'Institut Douglas, de l'Hôpital Jean-talon, du Centre Dollard-Cormier, du YWCA et du Cirque du Soleil, ainsi qu'à tous les contributeurs financiers,

Pour votre foi en le projet et votre apport essentiel à sa réalisation.

À mon bébé d'amour,

Ton arrivée en moi, dans notre vie, m'a insufflé un bonheur indescriptible. Ce bonheur et toi m'avez accompagnée durant toute la fin de mon parcours de rédaction, me permettant de le terminer sereinement. Merci.

PRÉSENTATION DE LA THÈSE

La présente thèse relate différents aspects de l'évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène s'adressant à des jeunes aux prises avec des troubles mentaux. Ce programme, nommé *Espace de transition*, a été conçu et est livré par une équipe du département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Ste-Justine, en collaboration avec des artistes professionnels et avec le soutien de la Fondation du CHU Ste-Justine et de la Young Women Christian Association (YWCA) de Montréal. Les travaux de recherche dont il est question dans la thèse découlent d'un mandat d'évaluation indépendante du programme confié à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal par le département de psychiatrie du CHU Ste-Justine.

La présente thèse, rédigée par articles, contient cinq chapitres. Le premier consiste en une introduction générale présentant divers éléments permettant de cerner la problématique à l'étude et d'ancrer la recherche doctorale dans ses cadres théorique, méthodologique et épistémologique. La première section de l'introduction générale vise à présenter sommairement les caractéristiques et besoins de la population concernée par la recherche doctorale, de même que les domaines de la réadaptation psychiatrique et de l'intervention par les arts. La seconde traite des objectifs de la thèse et offre un aperçu général des méthodes et approches employées pour mener à bien la recherche qu'elle relate.

Le second chapitre de la thèse consiste en un rapport d'évaluation de la mise en œuvre du programme *Espace de Transition*. Une description détaillée des objectifs et composantes du programme y est fournie, en plus des résultats de l'analyse d'implantation. Ce rapport a été déposé au département de psychiatrie du CHU Ste-Justine le 20 décembre 2012.

S'ensuivent deux articles rédigés en anglais et voués à être prochainement soumis pour publication dans des revues à diffusion internationale. Le premier (chapitre III) porte sur l'évaluation des effets du programme *Espace de Transition* et est destiné à une revue traitant d'intervention psychiatrique. Le second article (chapitre IV) explore les mécanismes d'action sous-jacents aux impacts du programme *Espace de Transition*. Usant d'une méthode inductive, il se conclut par la proposition d'un modèle intégré reflétant la théorie d'action du programme. Cet article sera soumis pour publication dans une revue valorisant la recherche

sur les adolescents et les jeunes adultes usant de méthodes permettant de mettre de l'avant leurs propres voix.

Une discussion générale et une brève conclusion constituent le chapitre final de la thèse. Celui-ci résume d'abord les principaux résultats énoncés dans le rapport et les articles empiriques. Quelques' uns de ces résultats sont ensuite mis en parallèle avec des aspects du modèle d'intervention psychoéducative. Cette section présente enfin une discussion de certaines forces et limites méthodologiques de la recherche doctorale, puis de ses implications pour la pratique clinique, la recherche et le domaine de la psychoéducation.

Conformément aux règles de la Faculté des études supérieures et postdoctorales, l'auteure de la présente thèse a apporté «une contribution essentielle, majeure et déterminante» au rapport d'évaluation et à chacun des deux articles présentés. De plus, l'autorisation écrite des coauteurs pour la diffusion des articles inclus dans la thèse a été dûment obtenue, tel qu'en attestent les documents présentés à l'annexe I.

CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE

CONTEXTE THÉORIQUE

Santé et maladie mentale

La santé mentale se définit comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (Organisation mondiale de la santé, 2001). Elle résulte d'interactions dynamiques et complexes entre des facteurs d'ordre biologique, psychologique et social et s'apprécie à l'aide d'éléments tels le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu (Comité de la santé mentale du Québec, 1989; Wicks-Nelson & Israel, 2003). La maladie mentale est pour sa part caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement — ou une combinaison des trois — associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués (American Psychiatric Association, 2000; Gouvernement du Canada, 2006). L'expression « problème de santé mentale » désigne tout écart par rapport à l'état de bien-être psychologique, alors que les termes « maladie mentale » et « trouble mental » renvoient à des affections reconnues cliniquement, associées à une détresse et à un dysfonctionnement significatifs (Gouvernement du Canada, 2006). Or, étant donné que dans plusieurs des écrits consultés, ces termes sont substitués librement, ils seront utilisés de manière relativement interchangeable dans le cadre de la présente thèse, tout comme les termes « psychopathologie », « trouble psychiatrique » et « difficulté psychiatrique », qui ont le même sens.

Les symptômes de la maladie mentale varient en qualité et en intensité selon le type d'affection, les caractéristiques de la personne atteinte et celles de son environnement (Gouvernement du Canada, 2006; Wicks-Nelson & Israel, 2003). Dans la plupart des cas cependant, la maladie entraîne un rétrécissement de l'univers et du champ d'activité de la personne atteinte, dont l'importance est fonction de la gravité et de la récurrence des symptômes (American Psychiatric Association, 2000; Gouvernement du Canada, 2006). La comorbidité, soit la présence simultanée de plus d'un trouble chez la même personne, est fréquente en psychiatrie et est généralement associée à des niveaux de détresse et de dysfonctionnement supérieurs (Cicchetti, 2006; Wicks-Nelson & Israel, 2003). Bien que des pathologies psychiatriques puissent apparaître à tous les stades du développement, la plupart

d'entre elles se manifestent pour la première fois au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Gouvernement du Canada, 2006; Kessler et al., 2005).

Une population vulnérable et en besoin de services

De plus en plus, la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes est jugée préoccupante. Au Québec, les 15 à 24 ans sont les moins nombreux, en proportion, à présenter un niveau élevé de bien-être psychologique et les plus nombreux à se situer à un niveau élevé de détresse psychologique (Institut de la statistique du Québec, 2010). Aux échelles nationale et internationale, il est estimé qu'environ un individu sur cinq âgé entre 15 et 24 ans souffre d'un trouble mental (Belfer, 2008; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Santé Canada, 2002). Les taux rapportés concernant les jeunes adultes uniquement sont encore plus élevés, variant respectivement entre 35 % (18-24 ans) et 45 % (18-29 ans) selon deux récentes enquêtes européenne et américaine (Gibbs, Fergusson, & Horwood, 2010; Serrano-Blanco et al., 2010). Au Canada, près d'un demi-pourcent des jeunes de 15 à 24 ans sont hospitalisés chaque année en raison de problèmes psychiatriques, ce qui représente le deuxième taux d'hospitalisation le plus élevé au pays pour cette catégorie de troubles (Gouvernement du Canada, 2006).

Parmi les individus souffrant de problèmes de santé mentale, les adolescents et les jeunes adultes sont également considérés comme un sous-groupe particulièrement à risque de mésadaptation psychosociale (Davis & Vander Stoep, 1997; Gralinski-Bakker, Stuart, Billings, & Allen, 2005; Patel et al., 2007). Les problèmes de santé mentale chez les individus de ce groupe d'âge sont en effet associés à d'importantes difficultés d'adaptation concomitantes et subséquentes, à de la souffrance considérable, à une exposition au stigma et à la discrimination, ainsi qu'à un risque de décès prématuré (Davis, & Vander Stoep, 1997; Gralinski-Bakker et al., 2005; Patel et al., 2007). Notamment, des données provenant d'études longitudinales indiquent que durant la fin de l'adolescence et les premières années de l'âge adulte, les jeunes souffrant d'un trouble psychiatrique présentent un risque élevé d'éprouver des difficultés scolaires et de décrocher de l'école, d'être arrêtés par la police, d'être sans emploi, de connaître de l'itinérance ou de l'instabilité résidentielle, de recevoir de l'assistance publique et de vivre de l'isolement (Gibbs et al., 2010; Vander Stoep et al., 2000). Au cours de cette même période, les jeunes qui connaissent ou qui ont connu des problèmes de santé

mentale sont également moins enclins à atteindre l'autonomie résidentielle et à se marier ou à vivre avec un partenaire conjugal stable et sont plus susceptibles de se suicider ou de tenter de le faire (Gibbs et al., 2010; Wagner, 1995). Globalement, les troubles mentaux représentent le plus important fardeau de santé chez les individus âgés de 15 à 24 ans (Patel et al., 2007).

L'interaction entre les développements physiologiques rapides et les nombreux défis environnementaux auxquels sont confrontés les jeunes au moment de leur transition vers l'âge adulte sont généralement mis en cause dans l'explication de leur vulnérabilité psychologique et adaptative accrue (Kutcher, 2007). Il est de plus en plus reconnu que les adolescents et les jeunes adultes évoluant au sein des sociétés industrialisées contemporaines traversent une période caractérisée par des changements et une instabilité considérables alors qu'ils sont appelés à assumer de nouveaux rôles et à explorer les multiples possibilités qui leur sont offertes (Arnett, 2000). Selon certains auteurs, l'ampleur des changements qui caractérise cette phase de transition, communément désignée par l'expression *emerging adulthood*, contribue à l'apparition de plusieurs troubles mentaux (Arnett, 2000; Gibbs et al., 2010; Patel et al., 2007). En contrepartie, si la transition de l'adolescence vers l'âge adulte constitue une période sensible pour l'ensemble des individus qui la traversent, cette phase est jugée singulièrement fragilisante pour les jeunes souffrant de troubles mentaux (Davis & Vander Stoep, 1997; Gouvernement du Canada, 2006; Vander Stoep et al., 2000).

En effet, la négociation du passage de l'enfance à l'âge adulte est conçue comme étant particulièrement difficile pour ces individus, dont les habiletés nécessaires à l'exploration, à la prise de décisions, à l'intégration de nouveaux rôles et à la transformation harmonieuse des relations affectives sont souvent affectées par les symptômes psychiatriques (Patel et al., 2007; Vander Stoep et al., 2000). Par ailleurs, ces symptômes et la fréquentation intensive ou prolongée des services de soins ont souvent pour conséquence de limiter les opportunités d'exploration et d'expérimentation auxquelles ces jeunes ont accès et de les isoler du soutien nécessaire au succès de cette sensible transition (Vander Stoep et al., 2000). Enfin, l'organisation habituelle des services de santé et des services sociaux en un système pédiatrique et un système pour adultes distincts précarise encore davantage l'adaptation des jeunes desservis en leur imposant des ruptures de services concordant précisément avec une période de grande instabilité et fragilité (Davis & Vander Stoep, 1997), ainsi que des modalités thérapeutiques peu adaptées à leurs dynamiques et besoins particuliers (Patle et al., 2007).

Ainsi, bon nombre d'auteurs soulignent la nécessité de développer des politiques et programmes intégrateurs adaptés aux enjeux développementaux spécifiques des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles mentaux et d'assurer une plus grande fluidité et continuité entre les services destinés aux clientèles pédiatrique et adulte (Davis & Vander Stoep, 1997; Gibbs et al., 2010; Kutcher, 2007; McGorry, 2007; Vander Stoep et al., 2000).

Il appert en outre que les jeunes âgés de 16 à 25 ans sont moins enclins que les individus plus âgés à chercher de l'aide auprès de professionnels de la santé lorsqu'ils éprouvent de la détresse psychologique (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006; Sweeney, 2009). Certains auteurs relient ce constat au fait que les jeunes sont particulièrement touchés par le phénomène de la stigmatisation (Lamb, 2009; Sweeney, 2009; Twardzicki, 2008). En effet, les adolescents et les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux sont davantage victimes d'attitudes discriminatoires de la part de leurs pairs (Twardzicki, 2008) et plus vulnérables aux impacts négatifs de la stigmatisation, notamment au fait d'éviter de chercher du soutien et d'utiliser les services offerts par crainte du jugement négatif d'autrui (Lamb, 2009; Sweeney, 2009).

Pour des raisons similaires, les jeunes ayant connu une période d'hospitalisation ou ayant reçu de multiples traitements en raison de leurs difficultés psychiatriques sont souvent réfractaires à recevoir de nouveaux services des instances thérapeutiques conventionnelles (James, 2007; Garel, 2009). Or, les individus hospitalisés pour cause d'un trouble mental vivent communément une période de vulnérabilité accrue lors de leur transition vers les ressources de la communauté (Embry, Vander Stoep, Evens, Ryan, & Pollock, 2000; Greenberg & Rosenheck, 2005) et il est reconnu que la continuité des services suite aux traitements hospitaliers favorise leur adaptation (Forchuck, Martin, Chan, & Jensen, 2005; Greenberg & Rosenheck, 2005; Reynolds et al., 2004). Il importe donc de développer des services de soutien dans la communauté à l'intention des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale qui tiennent compte de leur sensibilité particulière à la stigmatisation et de leur désir de se dissocier des structures de soins conventionnelles (Gordon, 2008; James, 2007; Walsh & Minor-Schork, 1997).

Troubles mentaux, perception de soi, compétence sociale et fonctionnement global

Parmi les multiples corrélats des troubles psychiatriques chez les jeunes comptent une perception de soi négative, une compétence sociale déficitaire et un fonctionnement global altéré. Les sous-sections suivantes décrivent brièvement chacun de ces construits et leur lien avec la maladie mentale.

Perception de soi. La perception de soi, généralement synonyme de *concept* et *image* de soi, se définit comme la somme des croyances et connaissances que possède un individu à propos de ses attributs et qualités personnels (Mann, 2004). L'estime de soi représente la dimension évaluative et affective de la perception de soi et réfère au bilan global qu'une personne établit de sa valeur en se basant sur une appréciation de celle-ci dans différents rôles et domaines de sa vie (Harter, 1999; Mann, 2004). La perception de soi, et en particulier sa dimension estime de soi, est largement reconnue comme une composante clé de la santé mentale. Un concept de soi bien intégré et positif semble conférer une protection contre les influences négatives et ainsi contribuer à promouvoir une bonne santé et un fonctionnement adapté (Mann, 2004; Trzesniewski, 2003). À l'inverse, un concept de soi flou ou négatif est associé au développement et à l'aggravation de divers troubles mentaux et problèmes d'adaptation tels la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires et l'abus de substances (Mann, 2004; Silverstone & Salsali, 2003; Trzesniewski, 2003). La faible estime de soi est également rapportée comme une conséquence commune de la maladie mentale, notamment en raison des impacts des déficits fonctionnels sur le sentiment de compétence (Mann, 2004) et de la stigmatisation vécue (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Wright, Gronfein, & Owens, 2000).

La perception de soi négative étant associée au maintien et à l'aggravation des troubles mentaux, de même qu'à une détérioration du fonctionnement général, bon nombre d'auteurs soulignent qu'il s'agit d'une cible privilégiée pour toute intervention visant à promouvoir l'adaptation. Par surcroît, une telle cible s'avère particulièrement indiquée dans la poursuite d'objectifs de réadaptation psychiatrique puisque l'estime de soi positive a également été associée au rétablissement d'un meilleur fonctionnement suite à un épisode de maladie grave (Mann, 2004).

Compétence sociale. Tout comme la perception de soi, la compétence sociale est vue comme une composante fondamentale de l'adaptation (Burt, Obradovic, Long & Masten, 2008). Elle réfère à la maîtrise de diverses habiletés comportementales et perceptuelles facilitant les interactions avec autrui (Semrud-Clikerman, 2007) ou, selon une définition plus large, à la qualité du fonctionnement interpersonnel (Burt et al., 2008). Une proportion importante d'individus aux prises avec des problèmes psychiatriques présentent des difficultés de socialisation et vivent des niveaux d'anxiété élevés en lien avec diverses situations sociales. Les difficultés relationnelles, les habiletés sociales déficitaires et la tendance au retrait social caractérisent en effet le fonctionnement de bon nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant une ou plusieurs pathologie(s) psychiatrique(s) (Bouvard et al., 1999; Burt et al., 2008; Garaigordobil Landazabal, 2006; Graber & Sontag, 2009; Lessard & Coutu, 2010; Liddle, Batty, & Goodman, 2009). L'habileté à s'exprimer et à s'affirmer face à autrui de façon appropriée est notamment déficitaire chez une proportion élevée d'individus aux prises avec un problème de santé mentale et les comportements d'affirmation et d'expression de soi tendent à susciter chez ces derniers une anxiété excessive (Bouvard et al., 1999). Chez les jeunes, des difficultés de socialisation ont été associées à une variété de psychopathologies et il est estimé que jusqu'à 75 % de la clientèle pédiatrique desservie par les cliniques externes de psychiatrie rencontre des difficultés interpersonnelles nuisant significativement au fonctionnement quotidien (Graber & Sontag, 2009; Lessard & Coutu, 2010).

Plusieurs mécanismes sont susceptibles de sous-tendre l'association présumée bidirectionnelle entre compétence sociale déficitaire et troubles mentaux. D'une part, la faible maîtrise des habiletés sociales attendues à chaque stade du développement tend à susciter des réactions négatives de la part de l'entourage, dont le rejet par les pairs (Burt et al., 2008). L'intériorisation de cette rétroaction négative pourrait contribuer au développement de problèmes de santé mentale, entre autres via son impact délétère sur la perception de soi (Burt et al., 2008). D'autre part, des particularités au niveau du traitement de l'information et du comportement résultant des symptômes psychiatriques sont susceptibles de nuire au développement des habiletés sociales et des relations interpersonnelles (Burt et al., 2008). De plus, le cumul d'expériences sociales aversives — marquées par l'insuccès, le rejet ou la discrimination — vécues par les individus souffrant de troubles psychiatriques en raison de l'apparence et du caractère invalidant de leurs symptômes et du stigma associé à la maladie

mentale a le potentiel de les conduire à appréhender et à éviter les situations sociales (Baumeister & Leary, 1995; Kemeny, 2009; Lamb, 2009; Twardzicki, 2008). La crainte d'être rejetés à cause des signes et symptômes de la psychopathologie et du stigma qui y est associé est en effet rapportée par plusieurs individus souffrant de troubles mentaux et en conduit une proportion élevée à s'isoler socialement (Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Cette tendance à l'isolement s'observe notamment chez les adolescents et les jeunes adultes (Vander Stoep et al., 2000), ces derniers étant particulièrement touchés par le phénomène de la stigmatisation (Lamb, 2009; Sweeney, 2009; Twardzicki, 2008). Comme il est de plus en plus reconnu que le fonctionnement social déficitaire entraîne des handicaps aussi importants que ceux directement attribuables aux symptômes de la maladie mentale (Tyrer et al., 2005), l'amélioration des habiletés relationnelles et du confort en situation sociale devrait constituer une visée fondamentale des stratégies d'intervention vouées à soutenir l'adaptation des personnes présentant une psychopathologie (Burt et al., 2008; Lessard & Coutu, 2010).

Fonctionnement global. Le fonctionnement global est un concept clé du champ de la psychiatrie. Vaguement définie en référence au « fonctionnement » d'une personne dans les domaines psychologique, social et occupationnel, cette notion incorpore un large spectre d'habiletés, dont la maîtrise des comportements dits « instrumentaux » nécessaires à la vie indépendante et des prérequis à l'accomplissement des principaux rôles sociaux (American Psychiatric Association, 2000; Phelan, Wyckes, & Goldman, 1994). Même suite à la rémission des symptômes aigus, les individus souffrant de troubles mentaux préservent généralement des niveaux de fonctionnement global déficitaires se traduisant entre autres par des difficultés à composer avec différents impératifs de la vie quotidienne, tels l'hygiène personnelle, les responsabilités domestiques, les occupations (travail et/ou scolarité), les loisirs et la participation sociale (Affleck & McGuire, 1984; Crawford et al., 2010; Phelan et al., 1994).

Bien que la détérioration du fonctionnement global soit généralement vue comme une conséquence de la maladie mentale, il semble qu'elle puisse également être à la source du développement, du maintien ou de l'aggravation de certains troubles (Phelan et al., 1994). En effet, en plus de limiter l'autonomie et la qualité de vie des individus affectés, les perturbations du fonctionnement global sont associées à un risque accru de rechute des symptômes aigus et de chronicisation de certaines pathologies psychiatriques (Almond,

Knapp, François, Toumi, & Brugha, 2004; Robinson et al., 1999). En corollaire, elles sont également associées à la fréquence et à l'intensité d'utilisation des services sociaux et de santé (Lenior, Dingemans, Linszen, DeHaan, & Schene, 2001; McGorry, Killackey, & Yung, 2008). Plusieurs auteurs soulignent conséquemment l'importance de soutenir le fonctionnement global des individus présentant un trouble psychiatrique, notamment en favorisant le maintien de leurs relations sociales et leur engagement dans des activités productives (Alvarez-Jimnez et al., 2011; Gleeson et al., 2009; Lenior et al., 2001; McGorry et al., 2008).

Réadaptation psychiatrique et psychoéducation

De nos jours, la plupart des soins et services en santé mentale sont fournis à l'extérieur des hôpitaux (Gouvernement du Canada, 2006). En effet, si l'hospitalisation demeure un élément important du continuum thérapeutique, la plupart des modèles de traitement des maladies mentales visent ultimement la réintégration dans la communauté (Bachrach, 1996; Gouvernement du Canada, 2006). Conséquemment, les approches d'intervention axées sur la réadaptation sont les plus fortement prônées (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagné, 2002, Gouvernement du Canada, 2006, Kirby & Keon, 2006). Celles-ci reconnaissent le caractère chronique de plusieurs troubles mentaux et les nombreux déficits fonctionnels qu'ils entraînent et visent à accroître la capacité des personnes qui en souffrent à mener une vie autonome et gratifiante (Anthony et al., 2002, Kirby & Keon, 2006). Ainsi, contrairement aux approches à visées curatives, la réadaptation psychiatrique admet les difficultés et limites associées à la psychopathologie, dont elle vise à limiter l'entrave sur le fonctionnement des individus (Anthony et al., 2002; Gouvernement du Canada, 2006; Kirby & Keon, 2006; Lloyd, Wong, & Petchkovsky, 2007). En d'autres termes, cette approche embrasse l'objectif d'un rétablissement dit « social » ou « personnel » plutôt que médical, c'est-à-dire qu'elle n'aspire pas à la guérison complète de l'individu, mais bien à l'atteinte d'une vie satisfaisante malgré la présence de symptômes de la maladie (Anthony, 1993). Foncièrement écologique, la réadaptation psychiatrique s'intéresse à promouvoir l'ajustement optimal entre l'individu et son environnement (Farkas, & Anthony, 2010). Ainsi, deux avenues complémentaires sont généralement préconisées pour favoriser l'adaptation des personnes aux prises avec des difficultés psychiatriques, soient le développement de leurs propres habiletés et le développement du soutien environnemental dont elles disposent (Anthony et al., 2002).

Quiconque est familier avec la psychoéducation québécoise la reconnaît nécessairement dans la description de la réadaptation psychiatrique. En effet, également fortement teintée du postulat écologique, la psychoéducation poursuit une finalité très similaire à celle de la réadaptation psychiatrique, soit la favorisation de « l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement » (Office des professions du Québec, 2009). Cette dernière partage également la plupart des fondements philosophiques des approches centrées sur le rétablissement personnel, telle la réadaptation psychiatrique, comme la conception holistique de l'humain, la confiance en les capacités de chaque personne à mobiliser son propre potentiel adaptatif moyennant l'organisation d'un contexte adéquat et l'importance de l'engagement actif du sujet dans sa démarche d'adaptation (Anthony, 1993; Gendreau, 2001; Renou, 2005). Enfin, tout comme la réadaptation psychiatrique, l'intervention psychoéducative capitalise sur le développement des forces de l'individu et se déploie tant par un accompagnement direct de la personne que par une action systématique sur ses différents milieux de vie (Gendreau, 2001; Renou, 2005).

Interventions à caractère artistique en contexte de réadaptation psychiatrique

Les interventions par l'art font l'objet d'un intérêt croissant dans le domaine de la réadaptation psychiatrique (Crawford & Patterson, 2007; Hacking, Secker, Spandler, Kent, & Shenton, 2008; Leckey, 2011). De plus en plus communes et reconnues, elles sont même officiellement promues par les agences nationales de certains pays, par exemple l'Angleterre (Health Development Agency, 2000; Patterson, Dabate, Anju, Waller, & Crawford, 2011; Leckey, 2011). Les interventions à caractère artistique comprennent un large éventail d'approches thérapeutiques allant de l'art-thérapie, qui constitue une forme de psychothérapie recourant aux médias artistiques pour faciliter l'élaboration et l'expression des pensées et affects (Collie, Bottorff, Long, & Conati, 2006), à des approches concevant la création artistique comme recelant en soi d'un potentiel thérapeutique. Généralement animées par des artistes non-thérapeutes, ces dernières sont rassemblées sous les appellations anglo-saxonnes « arts in health » ou « arts for health » (Collie et al., 2006; Heenan, 2006; Macnaughton, White, & Stacy, 2005; Van Lith, Fenner, & Schofield, 2011) et sont les plus communément décrites dans les écrits scientifiques recensés.

Au plan empirique, bien que les activités créatives soient de plus en plus reconnues comme ayant des impacts positifs mesurables sur le bien-être et la santé physique et mentale des individus qui s’y adonnent (Bunguay & Clift, 2010; O’Neil, 2010; Pratt, 2004; Ruiz, 2004; Van Lith et al., 2011), il n’existe encore que peu de données probantes appuyant l’efficacité des programmes d’intervention à caractère artistique destinés aux individus souffrant de problèmes de santé mentale. La littérature sur le sujet demeure en effet à ce jour largement basée sur des témoignages anecdotiques et des études exploratoires (Leckey, 2011; Macnaughton et al., 2005; South, 2004). Certains thèmes rapportés sont toutefois suffisamment récurrents pour permettre d’appuyer le potentiel de telles initiatives comme stratégies de réadaptation psychiatrique. Entre autres, la participation d’individus souffrant de troubles mentaux à des projets artistiques a été communément associée à un accroissement de l’estime de soi, de la confiance en soi et du sentiment d’efficacité personnelle (Bunguay & Clift, 2010; Coholic, 2011; Everitt & Hamilton, 2003; Hacking et al., 2008; Health Development Agency, 2000; Heenan, 2006; Leckey, 2011; Matarosso, 1997; Perry, Thustone, & Osborn, 2008; Ruddy & Dent-Brown, 2009; Ruiz, 2004; Staricoff, 2004). D’autres études suggèrent que les interventions par l’art peuvent conduire à un accroissement de la socialisation (Heenan, 2006; Snow, D’Amico, & Tanguay, 2003; Twardzicki, 2008) et à une amélioration des habiletés sociales (Douglas, Warwick, & Whitty, 2000; Lasic & Kenny, 2002; Snow et al., 2003; Staricoff, 2004) chez des individus présentant des troubles psychiatriques. Notamment, la participation à des activités artistiques semble avoir le potentiel d’améliorer les capacités d’expression d’individus aux prises avec des problèmes de santé mentale, leur facilitant ainsi l’établissement d’une saine communication avec autrui (Health Development Agency, 2000; Leckey, 2011; Secker, Spandler, Hacking, Kent, & Shenton, 2007; Staricoff, 2004). Des améliorations concernant divers aspects du fonctionnement global, telles l’autonomie, la motivation à accomplir des activités productives et l’inclusion sociale, ont également été observées chez des personnes présentant des difficultés psychiatriques ayant pris part à une intervention à caractère artistique (Gold, Bentley, & Wigram, 2005; Makin & Gask, 2011; Stickley & Hui, 2012). Certaines études suggèrent en outre que la participation à de telles interventions pourrait favoriser le processus d’acceptation de la maladie (Lloyd et al., 2007) et entraîner des effets bénéfiques sur l’observance des traitements (Canuto et al., 2008; Ross et al., 2008).

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs soutiennent que les arts ont le potentiel de changer la façon dont la société perçoit les troubles mentaux (Heenan, 2006; Institute of Public Policy Research, 2003; Lamb, 2009). Notamment, des études suggèrent que la pratique des arts dans les milieux de soins est associée à des changements d'attitudes chez les membres du personnel, notamment à l'accroissement de leur empathie à l'égard des patients (Staricoff, 2004). Les rares données disponibles sur de telles expériences soutiennent en outre que la participation à des programmes à caractère artistique avec des individus aux prises avec une psychopathologie est susceptible d'améliorer, chez les individus qui n'en présentent pas, la compréhension des troubles mentaux et les attitudes par rapport aux enjeux de santé mentale (Twardzicki, 2008; Heenan, 2006; Institute of Public Policy Research, 2003).

En plus d'avoir le potentiel de générer les impacts recensés ci-dessus, les interventions par l'art semblent présenter divers avantages les rendant particulièrement appréciées des usagers et ajustées à leurs besoins (Lloyd et al., 2007). Premièrement, étant donné que les arts créatifs font partie de chaque culture, sont accessibles et familiers, ils ne sont pas nécessairement associés avec la sphère thérapeutique, mais davantage avec des aspects plus normatifs de la vie (Goodman, Chapman, & Gant, 2009). Le caractère non médical de plusieurs programmes d'intervention par l'art en santé mentale en constitue d'ailleurs l'un des attraits les plus communément rapportés par les bénéficiaires de ces services (Heenan, 2006; Macnaughton et al., 2005; Webster, Clare, & Collier, 2005; White, 2004). De plus, l'engagement dans les arts créatifs est associé au plaisir, à la relaxation et à la distraction (Argyle & Bolton, 2005; Goodman et al., 2009; Heenan, 2006; Kozłowska & Hanney, 2001; Snow et al., 2003; Twardzicki, 2008) et n'implique pas nécessairement un grand recours à la verbalisation (Goodman et al., 2009; Kozłowska & Hanney, 2001), ce qui en fait un média attrayant et accessible pour des individus souffrant de difficultés importantes. L'offre d'un espace créatif transitionnel sécuritaire, contenant et non-menaçant, constitue une autre des caractéristiques centrales à la plupart des programmes de réadaptation par l'art en santé mentale (Goodman et al., 2009; Kozłowska & Hanney, 2001; Heenan, 2006; Spandler, Secker, Kent, Hacking, & Shenton, 2007; White, 2004). Plusieurs participants à ces programmes rapportent que la mise en place d'un tel environnement permet de se sentir suffisamment en sécurité pour se prêter aux apprentissages, à l'expérimentation et à la socialisation (Heenan, 2006; Snow et al., 2003; Spandler et al., 2007; White, 2004). Enfin, les programmes

d'intervention par l'art et la création ancrés dans le paradigme de la réadaptation visent généralement à valoriser et à accroître les forces des individus plutôt qu'à explorer leurs vulnérabilités (Novy, 2003; Perry et al., 2008; Tate & Longo, 2002), permettant aux participants de substituer à leurs expériences de difficultés et de problèmes des expériences de collaboration créative, de savoir et de compétence (Novy, 2003).

L'ensemble des caractéristiques recensées portent à croire que les programmes centrés sur l'art et la créativité constituent des initiatives d'intervention réadaptative spécialement bien adaptées aux adolescents et aux jeunes adultes aux prises avec des troubles psychiatriques, compte tenu de leur sensibilité particulière au stigma associé aux démarches thérapeutiques conventionnelles et à leur désir de s'en dissocier (James, 2007; Lamb, 2009; Sweeney, 2009).

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE DOCTORALE

Contexte de la recherche

Constatant depuis plusieurs années les difficultés et besoins particuliers des adolescents et des jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de même que la rareté et l'inadéquation des ressources leur étant destinées, Dre Patricia Garel, chef du département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine, en collaboration avec des intervenants psychosociaux et des professionnels du milieu artistique, a développé le programme *Espace de Transition (ET)*. S'inscrivant parmi les approches centrées sur le rétablissement personnel, ce programme novateur poursuit deux buts, soient de 1) favoriser la réadaptation d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles mentaux stabilisés et 2) diminuer la stigmatisation des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. Conformément aux principes de la réadaptation, le programme vise pour se faire à développer le potentiel individuel des participants, mais également à modifier positivement leur environnement. Plus précisément, *ET* cible les cinq objectifs suivants : 1) améliorer le fonctionnement global des participants présentant des troubles mentaux stabilisés, 2) améliorer leur confort relationnel et leurs compétences sociales, 3) améliorer leur perception de soi, 4) accroître leur acceptation des diagnostics psychiatriques et traitements associés et 5) modifier la perception des individus gravitant autour d'eux quant aux problèmes de santé mentale et aux gens qui en souffrent. Le

second chapitre de la thèse, qui consiste en un rapport d'évaluation de la mise en œuvre du programme, offre une description détaillée de chacune de ses composantes.

Dès la première phase d'implantation pilote du programme *ET* au printemps 2009, sa conceptrice et promotrice principale a entrepris des démarches pour en commander l'évaluation indépendante. Ce mandat a été confié à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et a été assumé, dans l'ensemble de ses étapes, par l'auteure de la présente thèse, avec le soutien de ses directrices de recherche et la collaboration des divers acteurs gravitant autour du programme.

Objectifs de la recherche

Bien qu'*ET* n'avait encore fait l'objet d'aucune évaluation avant la présente, divers facteurs ont permis d'envisager d'emblée l'évaluation de ses effets (Wholey, 1994). Comptent notamment le fait que le programme était relativement bien défini en termes de contenu et d'objectifs, qu'il était déjà implanté depuis plus d'un an au moment d'amorcer l'évaluation et que la pertinence de ses diverses composantes et la vraisemblance de ses objectifs avaient été largement appuyées par les commentaires recueillis auprès des participants au pilote et, dans une plus modeste mesure, par les littératures scientifique et clinique consultées. Une rigoureuse évaluation de la mise en œuvre du programme a en outre été réalisée dans le but de produire des données utiles à son amélioration et à sa diffusion, ainsi qu'à l'interprétation des résultats de l'évaluation de ses effets (Dane & Shneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Enfin, conformément aux lignes directrices de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux stipulant que l'évaluation des processus devrait se voir donner un rôle intégral dans les évaluations d'intervention (Bowling & Ebrahim, 2005), les mécanismes d'action du programme *ET* ont été étudiés. Les objectifs et sous-objectifs ayant guidé la recherche doctorale sont énoncés dans le tableau 1.

Tableau 1.

Objectifs et sous-objectifs de la recherche doctorale

| Objectifs | Sous-objectifs |
|---|---|
| 1. Évaluer la mise en œuvre du programme <i>ET</i> | 1.1. Décrire de manière systématique et détaillée de quelle façon et dans quelles conditions le programme a été mis en œuvre 1.2. Comparer certains aspects de la mise en œuvre prévue et actualisée du programme |
| 2. Évaluer les effets du programme <i>ET</i> | 2.1. Évaluer l'atteinte de trois des objectifs poursuivis par le programme, soient l'amélioration 1) du fonctionnement global des participants, 2) de leurs confort relationnel et compétences sociales, et 3) de leur perception de soi. |
| 3. Évaluer les mécanismes susceptibles de sous-tendre les effets du programme <i>ET</i> | 3.1. Élaborer des hypothèses fondées quant à la nature des mécanismes pouvant sous-tendre les effets observés du programme |

Cadre conceptuel de la recherche

La recherche doctorale dont il est question dans la présente thèse relève principalement d'une vision du monde dite *pragmatiste*. Cette posture admet à la fois l'existence d'une réalité singulière — ou « objective » — et de réalités multiples, correspondant aux diverses façons possibles d'expérimenter subjectivement la réalité objective (Creswell & Plano Clark, 2007). Ainsi, une telle vision suppose un intérêt pour la compréhension des phénomènes dans leur réalité écologique et selon différentes perspectives (Creswell & Plano Clark, 2007). Elle commande pour se faire de recourir aux stratégies les mieux adaptées aux caractéristiques de l'objet d'étude et du contexte de la recherche (Tashakkori & Teddlie, 2002).

Divers éléments propres à la nature du programme *ET* et au contexte d'évaluation ont mérité considération dans la planification et la mise en œuvre de la recherche doctorale. Entre autres, *ET* est un programme relativement athéorique a priori, en ce sens que son élaboration s'est principalement fondée sur la riche expérience clinique et pratique de ses concepteurs et n'a pas découlé d'hypothèses explicites ancrées dans des modèles de changement reconnus. Par ailleurs, l'originalité de ce programme, qui innove en plusieurs aspects, n'en rend pas la comparaison aisée avec des stratégies mieux campées théoriquement ou ayant fait l'objet d'évaluations antérieures. Le programme *ET* est en outre de nature peu standardisée et même les paramètres établis de sa structure faisaient encore l'objet de modifications fréquentes au

moment d'en entamer l'évaluation. Enfin, ce programme s'adresse à une clientèle hétérogène et fait appel à des modalités d'intervention variées. Quant au contexte de recherche, celui-ci était entre autres défini par le fait que l'évaluation était mandatée par les promoteurs du programme et qu'elle devait représenter la toute première étude portant sur ce dernier. Tel que le commande l'adoption d'une posture pragmatiste, l'ensemble de ces considérations a fortement guidé le choix des orientations méthodologiques de la recherche doctorale ici présentée. Certaines de ces orientations sont brièvement discutées dans les sections qui suivent.

Survol d'aspects sélectionnés de la méthode de recherche

Approche naturaliste. Sur le plan de la méthode, la nature du programme évalué et le contexte d'évaluation ont commandé le choix d'une approche naturaliste. Il est largement reconnu que l'évaluation de l'efficacité d'interventions dans le domaine de la santé mentale pose une complexité et des difficultés considérables étant donné l'« intrusion inévitable de facteurs de la vraie vie »¹ (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996, p. 315). De tels facteurs posent souvent échec aux stratégies de tradition expérimentale et les meilleures pratiques appuient la pertinence d'études de type naturaliste pour documenter l'efficacité d'interventions cliniques dans leur contexte d'implantation réel (British Medical Journal Publishing Group, 1998; Newman, Curtis, & Stephens, 2003). L'évaluation d'*ET* s'est donc basée sur une capture inaltérée de deux sessions du programme prévues indépendamment du processus de recherche. Aucun paramètre du recrutement ou de l'intervention n'a été manipulé. De plus, aucune procédure de recherche n'a été réalisée directement pendant les ateliers du programme, hormis les observations par l'évaluatrice principale, qui a privilégié une méthode d'observation participante afin de minimiser l'interférence potentielle de cette procédure (Patton, 2002; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004).

Triangulation. L'évaluation de la mise en œuvre, des effets et des mécanismes d'action du programme *ET* s'est appuyée sur une variété de stratégies, soient la passation de questionnaires, la réalisation d'entrevues, l'observation participante et la consultation de données clinico-administratives. Elle a de plus sollicité le point de vue de divers acteurs

¹ Traduction libre de l'anglais

présentant des niveaux variables de connaissance du programme et d'indépendance envers celui-ci : l'ensemble des participants au programme, les instructeurs, les cliniciens coordonnateurs, les cliniciens référents et l'évaluatrice principale. La triangulation de données provenant de multiples sources et recueillies selon diverses méthodes favorise l'exhaustivité et la validité des conclusions de toute recherche puisqu'elle permet d'approximer avec plus de justesse la « vraie » nature du phénomène étudié (Van den Maren, 1996). D'intérêt pour le chercheur pragmatiste, elle permet également de traduire une diversité d'expériences subjectives d'un phénomène donné (Creswell & Plano Clark, 2007). Dans le cas de l'évaluation naturaliste d'un programme comme *ET*, la convergence de stratégies de collecte et de sources de données complémentaires s'avère d'autant plus cruciale afin de traduire la complexité de la réalité étudiée et d'optimiser la validité des inférences malgré la menace de nombreuses hypothèses rivales (South, 2004).

Méthodes mixtes. L'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme *ET* (objectifs de recherche 1 et 2) a reposé sur l'utilisation de données quantitatives et qualitatives selon une méthode mixte de type « triangulation-convergence ». Cette approche vise à faire converger différents types d'informations portant sur une même réalité dans le but d'en enrichir la compréhension (Creswell & Plano Clark, 2007). Dans le cas présent, des analyses quantitatives de variance et des analyses qualitatives thématiques ont d'abord été réalisées parallèlement. Les résultats de ces deux types d'analyses ont ensuite été mis en commun au moment de leur interprétation dans le but d'enrichir la description de la mise en œuvre et des effets du programme, de nuancer ou de corroborer certaines conclusions et de soulever de nouvelles interrogations (Creswell & Plano Clark, 2007; Rallis & Rossman, 2003).

Le recours aux méthodes mixtes, supposant l'utilisation de données quantitatives et qualitatives, découle communément de l'adoption d'une posture de recherche pragmatiste (Creswell & Plano Clark, 2007). En plus de favoriser l'émergence de données reflétant des perspectives complémentaires, de telles méthodes permettent de profiter de la complémentarité des forces des approches qualitatives et quantitatives et de compenser certaines de leurs limites respectives (Johnson & Turner, 2003). Ainsi, elles ont pour avantage d'accroître la représentation des phénomènes à l'étude, tout en augmentant la validité des conclusions de recherche (Tashakkori & Teddlie, 2002).

Approche qualitative inductive. L'évaluation des mécanismes sous-tendant l'action du programme *ET* (objectif de recherche 3) a pour sa part reposé sur l'emploi d'une démarche qualitative inductive inspirée de la *General Inductive Approach* décrite par Thomas (2006). Cette approche simple, spécifiquement développée pour la recherche évaluative, vise à repérer systématiquement, dans un corpus de données qualitatives, l'ensemble des unités de sens pertinentes aux questions ou objectifs de recherche, puis à identifier et à décrire les thèmes les plus importants (Thomas, 2006). L'utilité des méthodes qualitatives est reconnue pour l'étude des processus sous-jacents à une intervention complexe (Bowling & Ebrahim, 2005; Maxwell, 2004). Ces méthodes présentent l'avantage de permettre une grande sensibilité au contexte, tout en favorisant l'émergence de résultats non anticipés. Elles sont d'ailleurs particulièrement propices à l'emploi d'une démarche inductive et donc à l'exploration de domaines peu documentés (Maxwell, 2004; Thomas, 2006).

Approche collaborative et utilité des résultats issus de la recherche

De sa conception jusqu'à son achèvement, la recherche doctorale a été conduite selon une approche collaborative. Ce type d'approche, dans lequel les décisions sont prises de concert avec les promoteurs du programme évalué, permet d'assurer la pertinence et le réalisme de l'évaluation, de favoriser la réussite du processus évaluatif et d'accroître l'utilité et la validité écologique des résultats produits (Patton, 2008; Ridde & Dagenais, 2009). Conformément à une telle approche, la sélection des objectifs de recherche a été fortement influencée par les préoccupations des promoteurs du programme, soient principalement sa conceptrice et responsable, de même que la psychoéducatrice responsable du soutien clinique et les artistes-instructeurs. Une telle démarche centrée sur l'utilité proximale des résultats est d'ailleurs cohérente avec les dictats de nombreux méthodologues et théoriciens de la recherche, qui positionnent l'évaluation d'un programme d'intervention à l'extrême « appliqué » du continuum scientifique (Lerner, 2002; Whitley, 1996). Ainsi, à l'instar de plusieurs études partageant le même champ d'action, la recherche doctorale présentée dans cette thèse ne visait pas tant la description ou l'étude des causes d'une forme d'inadaptation que la contribution à l'amélioration des pratiques visant à la diminuer (Lerner, 2002). Les résultats de la thèse devaient donc d'abord servir à juger de la qualité de la mise en œuvre et de l'efficacité du programme dans sa version actuelle et à identifier des cibles d'amélioration

potentielles. Ils visaient également à favoriser la pérennité, la réplication et la diffusion du programme, notamment par la description systématique et détaillée des composantes mises en œuvre et l'identification d'éléments clés d'implantation. Enfin, en s'ajoutant au lot modeste mais croissant de données existantes, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme *ET* devaient en outre contribuer à enrichir l'appréciation générale de l'adéquation et de l'efficacité des stratégies d'intervention de réadaptation à caractère artistique pour les jeunes souffrant de troubles mentaux.

Or, malgré la nature et les objectifs foncièrement appliqués de la recherche doctorale, il n'en demeure pas moins que certains de ses résultats peuvent s'inscrire dans une démarche de développement des savoirs fondamentaux. En effet, les hypothèses dérivées de l'exploration empirique des mécanismes sous-tendant l'action du programme *ET* pourront servir de point de départ à d'éventuelles études confirmatoires. Ainsi, suivant une séquence inductive-hypothético-déductive (Cattell cité dans Lerner, 2002) les résultats de la thèse contribueront également à l'élaboration et au raffinement des théories du changement sous-tendant le développement et l'amélioration d'approches visant à réduire les difficultés d'adaptation liées aux troubles mentaux et, par extension, à l'enrichissement des connaissances fondamentales sur cette forme d'inadaptation.

Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé de tous les participants à la recherche a été obtenu avant son commencement dans le cadre de rencontres d'information individuelles animées par l'évaluatrice principale. Dans le cas des participants mineurs (âgés de moins de 18 ans), le consentement parental et l'assentiment de l'adolescent ont été obtenus. L'évaluatrice principale et auteure de cette thèse, qui est également psychoéducatrice de profession, s'est chargée elle-même d'administrer les différents questionnaires d'évaluation et de conduire l'ensemble des entrevues afin de pouvoir soutenir les participants en cas de réactions négatives ou autres difficultés suscitées par la réponse aux questions. Tous les renseignements recueillis dans le cadre de l'évaluation du programme *ET* ont été traités de manière confidentielle, uniquement par des individus qualifiés ayant signé un formulaire d'engagement à la confidentialité, et n'ont été utilisés que pour cette recherche. Aucune information susceptible d'identifier un participant à l'évaluation n'a été ni ne sera dévoilée dans le cadre des

publications ou communications découlant de la recherche, excepté en ce qui concerne la psychoéducatrice et les deux instructeurs, dont l'anonymat ne peut être garanti étant donné leur unicité au sein du programme. Un bon d'achat d'une valeur de 40 \$ à La Vitrine culturelle pour un spectacle de leur choix, de même qu'une lettre de reconnaissance rédigée et signée par la psychiatre chapeautant le programme, ont été offerts aux participants au programme *ET* en échange de leur implication dans la recherche évaluative. L'ensemble des procédures de recherche mises en œuvre dans le cadre de l'évaluation du programme *ET* a été approuvé par les comités d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine et de chacun des établissements où ont été recrutés des participants, tels qu'en attestent les certificats d'approbation présentés à l'annexe II.

Les trois prochains chapitres de la thèse présentent des études empiriques concernant respectivement chacun des objectifs généraux de la recherche doctorale, soient l'évaluation de la mise en œuvre, des effets et des mécanismes d'action du programme *ET*. S'ensuit un chapitre de discussion générale des principales conclusions des études empiriques en lien avec certains éléments théoriques ou conceptuels pertinents, ainsi que des forces, limites et implications de la recherche doctorale.

CHAPITRE II : RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME *ESPACE DE TRANSITION*

Kim Archambault^{1,2}, Sarah Dufour¹, Isabelle Archambault¹, Patricia Garel^{2,3},
& Sylvie Gauthier³

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Centre de recherche, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

³Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

© Rapport déposé au département de psychiatrie du CHU Ste-Justine le 20 décembre 2012

-Introduction-

Constatant depuis plusieurs années les difficultés et besoins particuliers des adolescents et des jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de même que la rareté et l'inadéquation des ressources leur étant destinées, Dre Patricia Garel, chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, en collaboration avec des intervenants psychosociaux et des professionnels du milieu artistique, a développé le programme *Espace de Transition (ET)*. Ce programme novateur vise ultimement à favoriser la réadaptation des adolescents et des jeunes adultes présentant un trouble psychiatrique stabilisé et à diminuer la stigmatisation des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. Plus spécifiquement, le programme poursuit cinq objectifs: 1) améliorer le fonctionnement global des participants présentant un trouble psychiatrique stabilisé, 2) améliorer leur confort relationnel et leurs compétences sociales, 3) améliorer leur perception de soi, 4) accroître leur acceptation des diagnostics psychiatriques et traitements associés et 5) modifier la perception des individus gravitant autour d'eux quant aux problèmes de santé mentale et aux gens qui en souffrent (voir figure 1).

Le programme *ET* s'adresse à des jeunes de 14 à 25 ans. Il cible majoritairement des adolescents et des jeunes adultes présentant des troubles psychiatriques variés — à l'exception des troubles envahissants du développement et des retards mentaux — pour lesquels ils ont reçu des services cliniques intensifs et dont la majorité des symptômes aigus ont été stabilisés. Le programme dessert des groupes de 12 à 15 jeunes, dont environ les deux tiers souffrent d'un trouble psychiatrique, les autres ne présentant pas de problème de santé mentale ou d'adaptation significatif. Une telle composition vise à permettre aux jeunes souffrant d'un trouble psychiatrique de côtoyer des pairs au fonctionnement plus normatif. Elle vise également à leur permettre de se retrouver au sein d'un groupe sans être d'emblée identifiés comme souffrant d'une psychopathologie, la condition psychiatrique de chaque participant n'étant pas divulguée par les responsables cliniques aux autres membres du groupe ni aux instructeurs. Par ailleurs, la mixité des groupes vise à amener les jeunes qui ne présentent pas de trouble psychiatrique à côtoyer de près des pairs qui en souffrent et à modifier conséquemment leurs perceptions et attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale.

Le programme *ET* consiste en des ateliers d'arts dramatiques et d'arts du cirque visant à offrir un lieu de création et d'expression protégé aux jeunes. Ces ateliers sont principalement composés d'exercices individuels et collectifs centrés sur l'expression de soi, l'exploration de la créativité et de la corporalité et l'acquisition de techniques théâtrales et acrobatiques. Ils sont d'une durée de deux heures et se déroulent deux soirs par semaine pendant 12 semaines. Au terme du programme, les participants sont encouragés à présenter à un public de leur choix une œuvre créée collectivement. Les ateliers sont offerts dans un environnement non clinique, soit dans les locaux de la *Young Women Christian Association (YWCA)* situés au centre-ville de Montréal, et sont animés par des artistes et instructeurs chevronnés, mais non-thérapeutes, afin de favoriser la création d'un espace le plus dissocié possible des structures de soins conventionnelles. Un encadrement clinique est néanmoins assuré par une psychoéducatrice de l'unité de psychiatrie pour adolescents du CHU Ste-Justine, qui participe à chaque atelier. Celle-ci assure également un suivi téléphonique auprès de chaque participant entre les ateliers, de même que la transmission d'informations cliniques aux psychiatres et autres intervenants impliqués auprès des jeunes concernés. La coordination générale du programme est assumée par sa conceptrice et responsable, une psychiatre du CHU Ste-Justine, qui agit également comme consultante clinique auprès des artistes instructeurs et participe, au besoin, au suivi des participants.

Le programme *Espace de Transition* est implanté en version pilote depuis avril 2009 à raison d'une à deux sessions par année. Il a été soumis à une première évaluation indépendante au cours de l'année 2010-2011. Le présent rapport fait état de la portion d'évaluation de la mise en œuvre de cette première investigation. Les prochaines sections survolent brièvement la méthode de recherche employée avant de présenter les résultats d'évaluation pour chacune des composantes de mise en œuvre étudiées. Un résumé des principaux résultats relatifs à chaque composante est offert à la fin des sections correspondantes. Le rapport se termine avec une brève conclusion accompagnée de recommandations formatives.

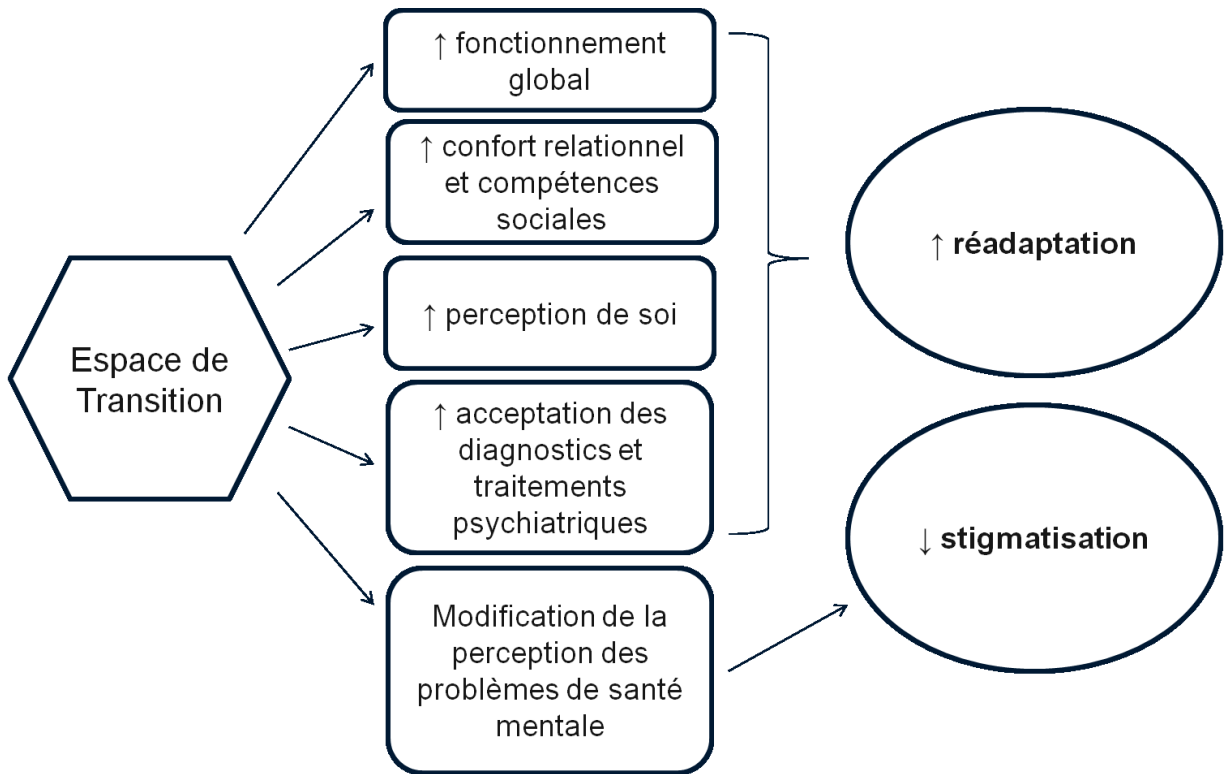


Figure 1. Buts et objectifs du programme *Espace de Transition*

-Méthode-

| |
|------------------------------------|
| Description de l'évaluation |
|------------------------------------|

L'évaluation de la mise en œuvre d'un programme vise à documenter les éléments et processus déployés lors de son implantation et, s'il y a lieu, à les comparer à la planification initiale de ses promoteurs (Dane & Shneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Une rigoureuse évaluation de la mise en œuvre est essentielle à la compréhension et à l'interprétation des résultats de toute évaluation des effets d'un programme (Dane & Shneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008; Rossi et al., 2004). L'évaluation de la mise en œuvre procure également des informations nécessaires à la diffusion d'un programme puisqu'elle permet d'en décrire de façon détaillée et opérationnelle les différentes composantes et de juger de leur réalisme, de leur appréciation et de leur utilité particulière (Rossi et al., 2004).

Parmi les différentes dimensions de l'implantation communément énumérées dans la littérature évaluative comptent les caractéristiques des participants, le dosage, l'exposition, l'adhésion aux composantes essentielles, la qualité de l'animation, la réponse des participants et la différenciation (Dane & Schneider, 1998; Rossi et al., 2004). Bien que la plupart des évaluations ne considèrent qu'un petit nombre de ces dimensions, le monitoring de chacune d'elles est recommandé puisqu'il permet d'obtenir un portrait plus complet et valide de la mise en œuvre d'un programme (Dane & Schneider, 1998; Rossi et al., 2004). La présente évaluation a tenté de documenter l'ensemble de ces paramètres d'implantation, à l'aide de données qualitatives et quantitatives provenant de diverses sources et colligées à de multiples reprises au cours de deux sessions du programme (automne 2010 et hiver 2011). Comme le programme *ET* est peu standardisé et que sa récente implantation suscitait encore de nombreux développements conceptuels et ajustements pratiques au moment de l'évaluation, une approche descriptive à visée essentiellement formative a été préconisée plutôt qu'une approche de vérification stricte de la conformité entre les éléments planifiés et exécutés (Patton, 2008; Rossi et al., 2004).

Participants à l'évaluation

Les données nécessaires à l'évaluation de la mise en œuvre du programme *ET* ont été collectées auprès de l'ensemble des participants ayant complété le programme ($N = 24$), de même qu'auprès des artistes instructeurs chargés d'animer les ateliers ($N = 2$), de la psychoéducatrice responsable du soutien clinique en cours d'atelier et des psychiatres et autres intervenants ayant référé des participants au programme ($N = 9$; voir annexe du rapport pour plus de détails au sujet des participants à l'évaluation). À moins de précision contraire, les résultats quantitatifs présentés dans le rapport de mise en œuvre concernent toujours l'ensemble des participants au programme et à son évaluation, c'est-à-dire tant les participants présentant des troubles psychiatriques stabilisés, désormais désignés «participants cibles», que ceux qui n'en présentent pas, désormais désignés «participants provenant de la population générale».

Instruments et procédures

La mise en œuvre du programme *ET* a été évaluée de trois façons, soit à l'aide 1) de différents **questionnaires** complétés par les participants au programme, les intervenants référents et la psychoéducatrice, 2) d'**observations directes** réalisées par la psychoéducatrice et 3) d'**entrevues semi-structurées** conduites par l'évaluatrice principale auprès de l'ensemble des participants au programme, des intervenants référents, de la psychoéducatrice et des artistes instructeurs. Afin d'alléger le présent rapport, la description détaillée des questionnaires et autres procédures est fournie en annexe. Les stratégies et moments de collecte des données ayant spécifiquement servi à documenter chacune des dimensions de la mise en œuvre évaluées, de même que leurs sources, sont pour leur part présentés au début de chaque section de résultats correspondante.

Le consentement libre et éclairé de tous les participants à l'évaluation — et de l'un de leurs parents dans le cas des mineurs (âgés de moins de 18 ans) — a été obtenu avant le début de la recherche, de même que l'approbation du comité d'éthique de la recherche de chaque site de recrutement. La confidentialité des données a été assurée par leur codification et la signature d'un engagement formel de la part de l'ensemble des collaborateurs à l'étude.

Analyses

À partir des données quantitatives récoltées, des statistiques descriptives ont été calculées et dans certains cas, des analyses de variance (factorielles ou à mesures répétées) ont été effectuées. Les données discursives concernant la mise en œuvre du programme ont pour leur part été soumises à une analyse thématique qualitative. Les résultats des analyses quantitatives et qualitatives ont été mis en commun au moment de leur interprétation selon une méthode mixte de type « triangulation-convergence » de sorte à enrichir la description de la mise en œuvre du programme et de nuancer ou de corroborer certaines conclusions d'évaluation (Creswell & Plano Clark, 2007; Rallis & Rossman, 2003). Des détails supplémentaires concernant les analyses réalisées sont fournis en annexe.

-Résultats-

Caractéristiques des participants

La caractérisation des participants à un programme permet de vérifier si ce dernier rejoint bien les individus auxquels il s'adresse et de modérer certains des effets qu'on lui attribue (Rossi et al., 2004).

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|--|---|-----------------|
| Fiches d'inscription au programme | Tous les participants au programme ($N = 24$) | Pré-programme |

Répartition démographique des participants au programme

Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de l'ensemble des participants ayant complété l'une des deux sessions du programme évaluées ($N = 24$). Les participants étaient âgés de 13 à 23 ans au moment de leur entrée dans le programme ($M = 18,6$ ans, $ET = 3,2$), ce qui correspond approximativement à l'empan d'âge de la population cible (c.-à-d. 14-25 ans). Un nombre pratiquement égal de jeunes hommes (11; 46 %) et femmes (13; 54 %) ont pris part au programme. Quinze (15) des 24 participants (63 %) étaient des « participants cibles », c.-à-d. ayant été référés au programme en raison d'un trouble psychiatrique récemment stabilisé. Cette proportion correspond au ratio de 2/3 de participants cibles pour 1/3 de participants provenant de la population générale envisagé par les promoteurs du programme. Cependant, la répartition des participants cibles à l'intérieur de chacune des deux sessions du programme ne reflète pas ce ratio escompté : moins de la moitié (44 %) des participants à la session d'automne provenaient de références psychiatriques alors que trois quarts (73 %) des participants à la session d'hiver ont été référés par un praticien en santé mentale. Par ailleurs, alors que le groupe d'hiver était composé de quinze participants, soit le nombre maximal établi par les promoteurs du programme, le groupe d'automne n'a rassemblé que neuf participants.

Tableau 1.

Caractéristiques démographiques de l'ensemble des participants à leur entrée dans le programme selon leur groupe d'appartenance (N=24)

| Caractéristiques | Automne | Hiver | Total |
|------------------|----------|------------|------------|
| <i>N</i> | | | |
| Total | 9 | 15 | 24 |
| Cible | 4 (44 %) | 11 (73 %) | 15 (63 %) |
| Pop. générale | 5 | 4 | 9 |
| Genre | | | |
| Masculin | 5 | 6 | 11 (46 %) |
| Féminin | 4 | 9 | 13 (54 %) |
| Âge | | | |
| Empan | 17-23 | 13-23 | 13-23 |
| Moyenne (ET) | 20 (2,6) | 17,8 (3,4) | 18,6 (3,2) |

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants au programme

Le tableau 2 présente les données sociodémographiques pour l'ensemble des participants ayant complété le programme en fonction de leur statut ($N = 24$). On y constate que les participants cibles étaient en moyenne considérablement plus jeunes que ceux provenant de la population générale, ces derniers étant tous de jeunes adultes. De manière cohérente, la plupart des participants cibles résidaient avec leur famille au moment de débiter le programme, alors que la grande majorité des participants provenant de la population générale vivaient de façon autonome. Par ailleurs, la plupart des participants des deux catégories poursuivaient des études au moment de débiter le programme.

Le tableau 2 révèle en outre des informations cliniques sur les participants cibles. Tel que souhaité par les promoteurs du programme, des jeunes présentant des diagnostics psychiatriques variés ont été recrutés. À leur entrée dans le programme, tous les participants cibles sauf un usaient d'au moins un médicament psychotrope et tous recevaient des services médicaux et/ou professionnels d'une ressource psychiatrique rattachée à un hôpital. Toutefois, la grande majorité (73 %) recevait des services externes d'une fréquence égale ou inférieure à deux fois par mois, suggérant un degré considérable de stabilisation de leurs symptômes.

Tableau 2.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à leur entrée dans le programme selon leur statut (N=24)

| Caractéristiques | Participants cibles | Participants de la pop. générale |
|---|---------------------|----------------------------------|
| Âge | | |
| Empan | 13-23 | 18-23 |
| Moyenne (ET) | 17,0 (2,8) | 21,0 (1,7) |
| Genre | | |
| Masculin | 8 (53 %) | 3 (33 %) |
| Féminin | 7 (47 %) | 6 (67 %) |
| Diagnostic psychiatrique principal | | |
| Trouble anxieux | 4 (27 %) | |
| Trouble de l'humeur | 5 (33 %) | |
| Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité | 1 (7 %) | |
| Trouble alimentaire | 1 (7 %) | |
| Trouble psychotique | 2 (13 %) | |
| Problèmes comportementaux ou relationnels sévères | 2 (13 %) | |
| Services actuellement reçus | | |
| Médication psychotrope | 14 (93 %) | |
| Hospitalisation | 2 (13 %) | |
| Services psychiatriques externes intensifs (minimalement hebdomadaires; incluant hôpital de jour) | 2 (13 %) | |
| Services psychiatriques externes réguliers (de bi-hebdo à bi-annuels) | 11 (73 %) | |
| Statut résidentiel principal | | |
| Autonome | 1 (7 %) | 7 (77 %) |
| Avec famille | 9 (60 %) | 2 (22 %) |
| Centre jeunesse (foyer de groupe ou unité de réadaptation) | 3 (20 %) | |
| Unité d'hospitalisation | 2 (13 %) | |
| Occupation principale | | |
| Études (curriculum régulier) | 4 (27 %) | 8 (89 %) |
| Études (curriculum adapté) | 6 (40 %) | |
| Travail rémunéré | 2 (13 %) | 1 (11 %) |
| Aucune | 3 (20 %) | |

Résumé des principaux résultats

Caractéristiques des participants

- L'empan d'âge visé par les promoteurs du programme (14-25 ans) a été relativement respecté (13-23 ans).
- L'hétérogénéité souhaitée des pathologies psychiatriques présentées par les participants cibles s'est avérée.
- Un niveau considérable de stabilité symptomatique a été inféré pour 11 des 15 participants cibles (73 %).

Composition des groupes

- Le ratio visé de 2/3 de participants cibles par groupe n'a pas été respecté (ratio substantiellement inférieur à la session d'automne et supérieur à la session d'hiver).
- La taille du groupe d'automne s'est avérée inférieure à ce qui était escompté.

Exposition au programme

L'exposition réfère classiquement au nombre et à la durée des séances d'activités livrées dans le cadre d'un programme (Dane & Schneider, 1998). L'assiduité des participants à ces différentes séances d'activités, pouvant être distinguée par le terme « dosage » (Dane & Schneider, 1998), détermine également leur exposition au programme et a été considérée sous la même rubrique.

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|---|--|------------------|
| Calendrier des ateliers/relevés de présences | Psychoéducatrice au sujet de tous les participants ($N = 24$) | À chaque atelier |
| Entrevues (principalement commentaires spontanés) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participants (2 entrevues de groupes + 2 à 3 participants de chaque session en entrevue individuelle; $N \geq 20$) ▪ Instructeurs ($N = 2$) ▪ Psychoéducatrice | Post-programme |

Relevés quantitatifs d'exposition au programme

Tel qu'illustré à la figure 2, l'ensemble des participants aux deux sessions du programme *ET* ont en moyenne pris part à une proportion importante des ateliers offerts (% M de présence total = 87,8, ET = 9,4), les participants cibles ayant présenté l'assiduité moyenne la plus élevée (% M de présence = 91,9, ET = 8,6). Bien que des indices d'assiduité moyenne globale identiques aient été enregistrés pour chacune des deux sessions du programme, les participants d'automne et d'hiver ont connu une exposition absolue différentielle, la première session n'ayant duré que dix semaines (20 ateliers) plutôt que douze (24 ateliers), comme la seconde. Les participants à la session d'automne (M exposition = 17,6, ET = 1,4) ont donc été exposés à une dose significativement inférieure du programme comparativement aux participants à la session d'hiver (M exposition = 21,1, ET = 2,6) et ce, par une différence moyenne de 3,5 ateliers. Par ailleurs, en raison de leur assiduité inférieure, les participants de la population générale (M exposition = 17,6, ET = 1,5) se sont également vus, en moyenne, exposer à une proportion moindre du programme que les participants cibles (M exposition =

21,1, $ET = 2,6$; $F(1, 20) = 10,24$, $p = 0,005$). Aucune interaction entre la session d'appartenance et la catégorie de participants n'a été décelée (résultats non montrés).

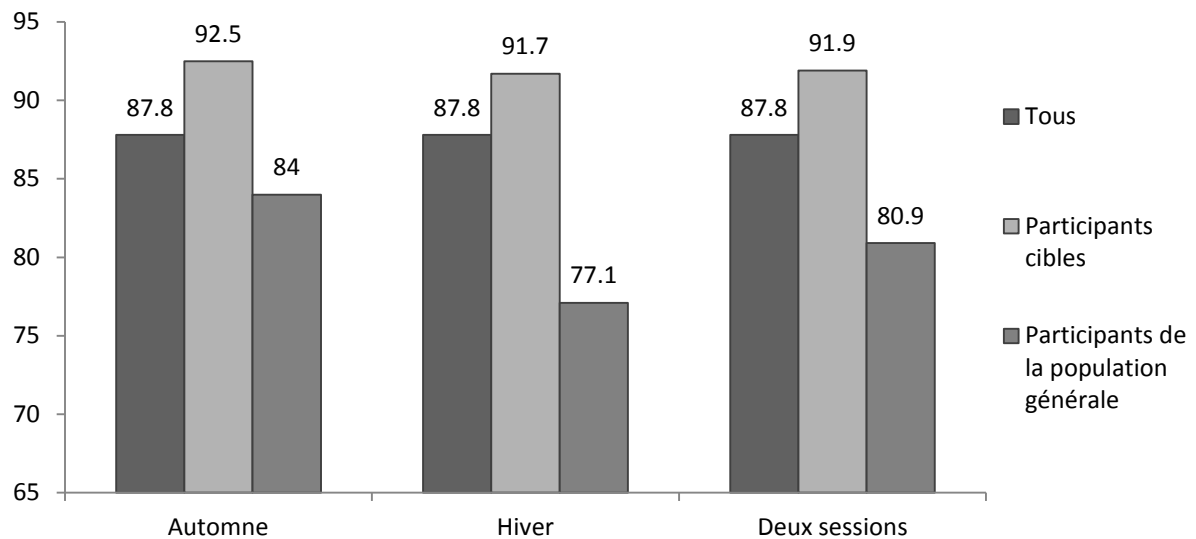


Figure 2. Assiduité moyenne (%) par session du programme et catégorie de participants

Commentaires relatifs aux dimensions de dosage et d'exposition

Les sous-sections suivantes présentent les résultats de l'analyse qualitative des extraits d'entrevue se rapportant aux dimensions de dosage et d'exposition du programme *ET*.

Assiduité moindre des participants de la population générale

Faisant écho aux résultats quantitatifs présentés ci-haut, la psychoéducatrice a rapporté avoir noté et trouvé dommage la plus faible assiduité des participants provenant de la population générale, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une réalité difficilement modifiable étant donné que ces derniers poursuivent en majorité des études universitaires, dont les impératifs entrent souvent en conflit avec la présence aux ateliers. Extrait :

- « La seule chose que je noterais est qu'ils sont déjà gentils d'être bénévoles, mais l'effet néfaste est qu'ils s'absentent pendant les examens. Je comprends très bien ça, mais ça l'a un impact. Mettons sur le groupe de 15, y'avait 5 non-patients, mais c'était rare qu'ils étaient tous présents. » (psychoéducatrice, hiver)

Durée du programme

Un certain nombre de participants aux deux sessions ont déploré la trop courte durée du programme, soulevant notamment qu'une session plus longue leur aurait permis de mieux s'intégrer les uns aux autres et de se sentir moins pressés dans l'exécution de certains exercices, tel que l'illustrent les propos d'une participante ayant déjà pris part à une version antérieure plus longue du programme :

- « J'ai eu l'impression que c'était vraiment plus court que la dernière fois. (...) J'ai trouvé ça dommage parce qu'on n'a pas eu le temps de faire tout. C'était comme vite, vite, vite, tu dois préparer le spectacle. On a plus misé sur le spectacle que d'autre chose. Parce que l'autre fois, (...) on pouvait plus se connaître et tout ça et on pouvait plus faire des exercices. Là, c'était plus : faut produire. » (participante pop. générale, automne)

Les deux instructeurs ont également rapporté avoir fortement senti la durée limitée du programme, qui les aurait contraints à négliger la mise en place et l'approfondissement de certains exercices et à livrer les ateliers selon un rythme parfois pressé. *Il est à noter que les propos des instructeurs ont été recueillis suite à la session d'automne, qui a duré deux semaines de moins que la session d'hiver et que la durée optimale prévue du programme.*

Extrait illustratif :

- « J'ai eu l'impression aussi, comparativement au premier cours, au premier atelier, que ça allait super vite; que j'arriverais pas à bout. Pourtant, j'ai eu autant de temps, mais je voyais passer les ateliers vite, vite, vite. Quand t'y penses là, t'sais j'les ai quoi? 50 heures? 60? Mettons 60 gros max. C'est pas beaucoup de temps pour tout ce qu'on fait, la matière qu'ils ingurgitent. Des exercices, ça dure 5 minutes, 10 minutes, on passe à un autre. » (instructeur, automne)

La psychoéducatrice a quant à elle plutôt rapporté que la durée actuelle du programme (même la durée écourtée de la session d'automne) semblait convenir à la plupart des participants, tout comme l'a elle-même exprimé une participante au groupe d'hiver :

- « Parce que la durée actuelle de trois mois, j'trouve que c'est quand même pas mal. C'est une bonne implication d'y aller pendant 3 mois. » (participante¹, hiver)

Fréquence des ateliers

Certains participants ont rapporté avoir trouvé l'implication temporelle nécessaire pour participer au programme déjà suffisamment importante, voire difficile à assumer dans certains cas, et ce, surtout en lien avec la fréquence bihebdomadaire des ateliers. Une intervenante référente a également soulevé que la fréquence importante des ateliers, bien qu'intéressante, pouvait potentiellement nuire aux efforts de recrutement. Extraits illustratifs :

- « La seule chose que j'ai trouvée un peu plate, c'est la charge que ça demande. C'est beaucoup de temps, donc y'a quelques fois j'ai pas pu venir. Ça fait que des fois tu prends du retard, (...) dépendamment des activités. » (participant pop. générale, automne)
- « Y'a aussi la notion d'intensité, c'est très intense deux fois semaine. En même temps, je crois qu'à cause de cela vous perdez du monde. J'veux dire que moi lorsque j'vais essayer de faire du recrutement, et entre autres dans la population plus... qui est pas en santé mentale, c'est d'essayer de trouver quelqu'un qui est disponible deux fois par semaine. C'est pas facile, c'est un engagement qui est assez prenant. C'est riche parce que c'est intensif, mais en même temps y'a la contrepartie que c'est plus difficile pour le recrutement. » (référent, automne)

Un seul participant a exprimé le souhait que les ateliers soient plus fréquents, alors que des participants au groupe d'automne se sont dits d'avis que leur fréquence bihebdomadaire actuelle était optimale, tel que l'illustre l'extrait d'entrevue de groupe suivant :

- « - Je pense que c'était bien, genre le mardi jeudi parce que (...) ça permet pas un break entre les deux jours.
 - C'est exigeant, mais je pense qu'il était à la bonne place. C'est le temps nécessaire pour arriver à faire ce qu'on a fait.
 - Je pense si ça serait juste une fois par semaine, on manquerait de temps.
 - On déconnecterait

¹ La catégorie de participant n'est pas indiquée lorsque l'extrait provient d'une entrevue de groupe.

- Puis on oublierait ce qu'on faisait (...)
- Ouais c'est ça aussi, ça serait plus dur de faire une continuité d'une semaine à l'autre » (participants, automne)

Heure des ateliers

Globalement, peu de commentaires ont été émis concernant l'horaire des ateliers, mais un petit nombre de participants au groupe d'automne a rapporté avoir trouvé que ceux-ci se déroulaient un peu tardivement compte tenu de leurs autres obligations. Extrait illustratif :

- « - Des fois je trouvais ça tard si on commençait l'école tôt.
- C'est vrai que ça nous faisait faire des grosses journées. » (participants, automne)

À l'opposé, un instructeur a rapporté que l'heure des ateliers avait dû être légèrement repoussée en cours de session d'automne en raison de retards fréquents des participants, dont certains travaillaient ou terminaient l'école plus tardivement. Bien que ces retards n'aient pas été relevés systématiquement, ils auraient été importants selon les dires de cet instructeur, qui a rapporté avoir trouvé difficile de composer avec jusqu'à ce qu'ils diminuent suite à l'adaptation de l'horaire.

- « J'ai eu beaucoup de retards. (...) des fois je commençais l'atelier et on était 5. Finalement, tout le monde venait, ou y'en manquait 1 ou 2. Donc, ça nuisait beaucoup, fallait que j'me positive moi au lieu de positiver eux. L'assiduité et la ponctualité c'était problématique. (...) Finalement, ça s'est corrigé un p'tit peu parce qu'on a décidé de commencer plus tard, à 7 h 15, et de décaler les horaires, parce que en fait, y'en a qui travaillaient, tout ça. » (instructeur, automne)

Résumé des principaux résultats

Dosage

- Les participants aux deux sessions du programme *ET* ont en moyenne pris part aux ateliers avec une assiduité élevée.
- Les participants de la population générale ont en moyenne fait preuve d'une assiduité significativement inférieure, possiblement en raison des impératifs liés à leurs études universitaires.

Exposition

- Le groupe de participants ayant pris part à la session d'automne a été exposé à un nombre d'ateliers significativement inférieur à ce qui était prévu dans les paramètres du programme (20 plutôt que 24).
- La durée du programme a été estimée trop courte selon les instructeurs et certains participants, mais suffisante selon d'autres répondants.
- La fréquence bihebdomadaire des ateliers a été jugée optimale par certains participants, mais difficile à assumer selon d'autres.

Réponse des participants

La réponse des participants à un programme est jugée déterminante dans les effets qu'il produit; il importe donc de la comprendre le plus richement possible (Dane & Schneider, 1998). Plusieurs aspects de cette réponse ont été documentés dans le cadre de la présente évaluation, soient 1) les attitudes et jugements des participants à l'égard du programme, 2) leur expérience affective liée à la participation au programme, ainsi que 3) la qualité de leur participation.

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|--|---|---|
| Questionnaires auto-rapportés <i>-Questionnaire maison de réponse des participants</i> <i>-Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale</i> <i>-Échelles d'affects positifs et d'affects négatifs</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les participants au programme (N = 24) | À la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des sessions du programme (excepté pour le <i>Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale</i> , qui a été complété à seulement 2 reprises : milieu et fin de programme) |
| Entrevues (Réponses à des questions directes et commentaires spontanés) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les participants au programme (N = 24; entrevues individuelles et de groupe) ▪ Instructeurs (N = 2) ▪ Psychoéducatrice | Post-programme et suivi* (*participants cibles seulement) |
| Échelles d'observation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoéducatrice au sujet de tous les participants (N = 24) | À la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des sessions du programme |

Réponse générale des participants au programme

La Figure 3 montre les résultats globaux moyens au questionnaire maison complété par les participants et capturant divers aspects de leur réponse au programme, dont leur appréciation et la qualité de leur engagement/participation. Les résultats moyens de tous les participants aux deux sessions du programme varient entre 4 (ET = 0,6; T2) et 4,3 (ET = 0,9; T6) sur un maximum de 5, indiquant qu'ils ont globalement rapporté une réponse positive au

programme à l'aide de cet outil. Aucune tendance ni aucun autre patron de variation significatif n'a été observé dans les résultats aux différents temps de mesure ($F(2,46, 31,94) = 0,85, p = 0,457$)². Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes d'automne (M = 4,2, ET = 0,6) et d'hiver (M = 4,1, ET = 0,5; $F(1, 20) = 0,016, p = 0,901$), ni entre les participants cibles (M = 4,2, ET = 0,5) et ceux de la population générale (M = 4,2, ET = 0,6; $F(1, 20) = 0,012, p = 0,913$). Les prochaines sections présentent les résultats d'évaluation concernant des aspects spécifiques de la réponse des participants au programme.

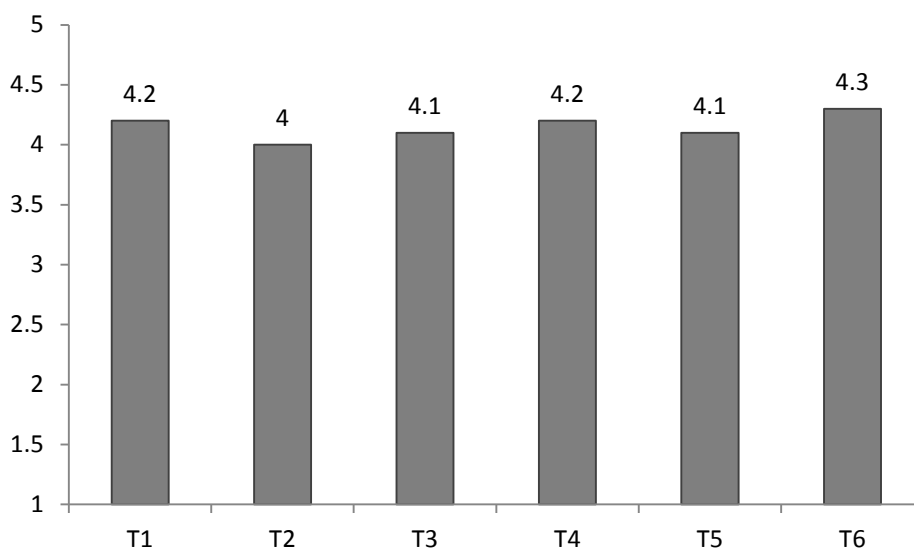


Figure 3. Réponse moyenne des participants au programme par temps de mesure (N = 20-24)

Attitudes et jugements des participants à l'égard du programme

Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale

La figure 4 montre la proportion de participants dont les réponses au questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale reflètent une perception positive, mitigée ou négative du programme ET et de certains de ses aspects. Tel que l'indique le graphique, la très vaste majorité des participants ($\geq 87,5\%$) ont rapporté une perception positive des relations entretenues avec leurs pairs et les adultes du programme, de même qu'une attitude générale positive envers le programme. Un seul participant (le même) a fourni des réponses traduisant une perception négative du programme et de ses relations avec les

² Les degrés de liberté ont été corrigés à l'aide de l'estimé de sphéricité Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.491$) étant donné que le test de Mauchly a indiqué que l'assomption de sphéricité avait été violée : $X^2(14) = 0.064, p < 0.01$.

animateurs. Au total, un quart des participants, soit une proportion minoritaire mais non négligeable, a rapporté un sentiment d'appartenance au programme mitigé ou négatif.

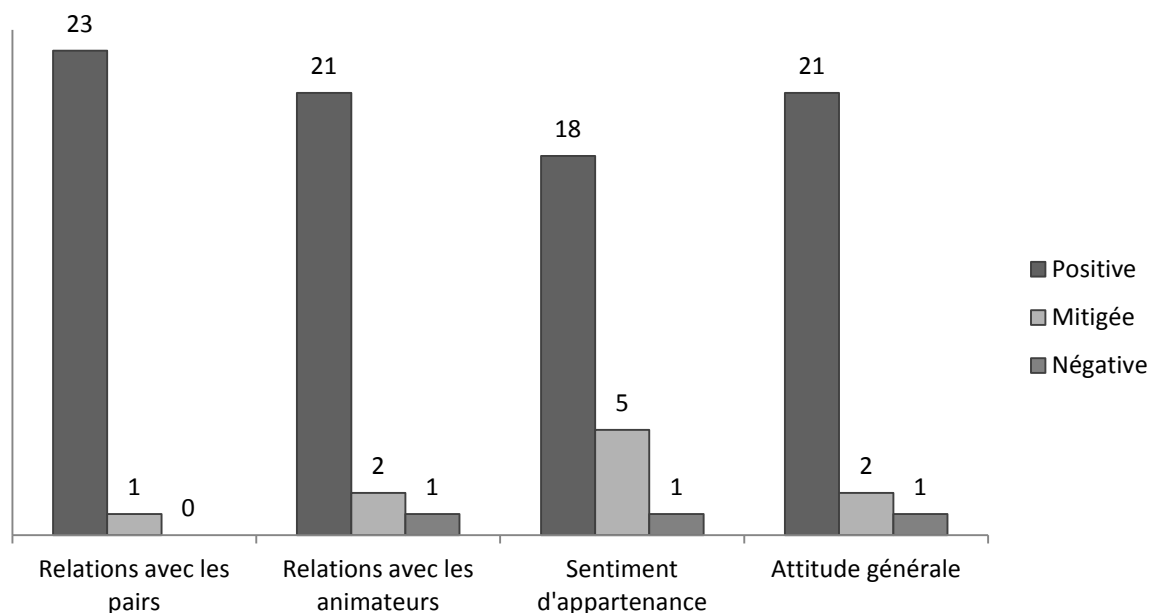


Figure 4. Distribution des participants selon leur perception du climat relationnel au sein du programme et leurs sentiment d'appartenance et attitude générale face à celui-ci (N = 24)

Entrevues

Les sous-sections suivantes synthétisent les résultats de l'analyse qualitative des extraits d'entrevue concernant l'appréciation générale du programme par les participants ainsi que leurs perceptions des interactions qu'ils y ont entretenues avec leurs pairs.

Appréciation générale positive. Des 24 participants, quatorze ont qualifié leur appréciation du programme par des termes largement positifs. Bien que certains d'entre eux aient par ailleurs émis quelques critiques au sujet d'aspects spécifiques du programme, ils ont globalement décrit leur expérience de celui-ci comme ayant été plaisante, enrichissante ou autrement positive et ce, en affichant un enthousiasme manifeste dans plusieurs cas. Extraits illustratifs :

- « Je me suis bien amusée; avec les autres, y'avait une bonne complicité. Y'avait personne d'exclu et c'était vraiment un endroit où on pouvait faire des conneries sans se sentir jugé. C'était vraiment une bonne expérience. » (participante cible, hiver)

- « Une expérience vraiment intéressante qui ralliait deux choses que j'aimais beaucoup : l'art dramatique, le cirque, les acrobaties, et j'ai fait de belles découvertes parmi les autres personnes. J'aimais ça y aller, j'avais hâte d'y aller. Je ne le regrette vraiment pas. » (participant pop. générale, hiver)

Appréciation générale mitigée. Les dix autres participants ont manifesté une appréciation générale plus mitigée du programme *ET*. Certains d'entre eux ont rapporté une appréciation variable en cours de session alors que d'autres ont soulevé certaines déceptions face à leurs attentes quant à la participation au programme. Dans tous les cas, l'appréciation de l'expérience du programme était qualifiée par des termes nuancés et aucun participant n'a rapporté une appréciation uniquement — ni même majoritairement — négative du programme dans le cadre des entrevues. Extraits illustratifs :

- « Spontanément, je peux dire que ça n'a pas été désagréable. Ça a été agréable. J'ai rencontré des gens intéressants. Ça m'a fait faire des choses que j'avais jamais faites (...) Je détestais pas ça être là, mais je suis content que ça soit fini. » (participant cible, automne)
- « En général, j'dirais que j'ai aimé le projet, mais j'dirais que jusqu'à peu près la moitié, ou même le 2/3 de la session, j'avais l'impression que j'savais pas trop où ça s'en allait. J'saurais pas trop sur quoi attribuer ça, mais en même temps, j'aimais quand même ça venir, c'était pas désagréable. » (participant pop. générale, automne)

Interactions positives avec les pairs. Spontanément ou lorsque questionnés directement sur leurs interactions en cours d'ateliers, la grande majorité des participants (tous sauf deux participants cibles) ont rapporté avoir connu des interactions globalement satisfaisantes ou très positives avec leurs pairs du programme et ce, malgré des interactions initiales ou sporadiques plus difficiles dans certains cas. Extraits de verbatim :

- « Les gens prenaient vraiment les opportunités de faire des liens sociaux. Ça se parlait, ça niaisait beaucoup. Moi j'pense que c'est un bon signe; y'avait beaucoup de blagues, on riait beaucoup. » (participante pop. générale, automne)
- « Ça faisait du bien d'avoir des interactions sociales. Moi j'suis quelqu'un de plus ou moins solitaire dans l'ensemble, mais ça faisait vraiment du bien, tout le monde était respectueux. » (participant cible, hiver)

Certains de ces participants ont spécifiquement souligné *l'entraide et le soutien mutuel* ayant caractérisé leurs interactions en cours d'ateliers, tel que l'illustre l'extrait suivant :

- « Comme moi j'étais souvent avec X pendant qu'on sortait fumer et j'pouvais lui parler de mes problèmes et il m'écoutait. J'avais des problèmes toute la semaine et quand j'arrivais à l'activité ça se calmait et c'était correct. Tant qu'à parler avec des adultes qui comprennent rien... ! » (participant, hiver)

Interactions moins fréquentes et/ou satisfaisantes qu'escompté ou souhaité. Deux participants cibles ont principalement qualifié leurs interactions sociales en cours de programme d'assez peu fréquentes, ne manifestant toutefois pas une grande déception vis-à-vis ce constat. Extrait de verbatim :

- « J'avais pas beaucoup d'interactions avec eux. C'est sûr que des fois on se parlait, mais c'était pas comme une relation amicale. J'voyais plus ça comme on vient aux ateliers pour pratiquer quelque chose en nous. Je sentais pas le besoin de me faire des amis là-bas parce que y'habitaient un peu loin. (...) C'est sûr que j'aurais voulu que ça soit un peu plus, mais j'trouve que ça a quand même été correct. » (participant cible, automne)

Par ailleurs, même parmi ceux qui ont rapporté une fréquence et une qualité d'interactions en cours de programme satisfaisantes, un nombre substantiel a également noté la *relative superficialité* de ces relations. Extraits illustratifs :

- « J'ai rencontré des gens intéressants. (...) j'me suis pas fait de grands amis, j'me suis pas fait de copine, mais y'a des gens que j'ai apprécié. Si je les revoyais, je leur offrirais à boire. (...) Y'a personne que je détestais. C'était bien, c'était correct. » (participant cible, automne)
- « J'pense que j'ai pu connaître les personnes qui étaient présentes, mais en même temps pas autant que je l'aurais voulu je crois. » (participante pop. générale, hiver)

Expérience affective liée à la participation au programme

Échelles d'affects positifs et d'affects négatifs

La figure 5 montre les scores moyens de tous les participants aux échelles d'affects positifs (ÉAP) et d'affects négatifs (ÉAN). Aucune tendance ou autre patron de variation significatif n'a été observé entre les différents temps de mesure ($F_{ÉAP}(5,65) = 0,40, p = 0,84$; $F_{ÉAN}(2,58, 33,55) = 1,16, p = 0,34^3$), ni entre les groupes d'automne ($M_{ÉAP} = 2,9, ET = 0,8$; $M_{ÉAN} = 1,4, ET = 0,4$) et d'hiver ($M_{ÉAP} = 3,3, ET = 0,6$; $M_{ÉAN} = 1,8, ET = 0,6$; $F_{ÉAP}(1, 20) = 1,59, p = 0,22$; $F_{ÉAN}(1,20) = 0,66, p = 0,43$) ou entre les participants cibles ($M_{ÉAP} = 3,9, ET = 0,7$; $M_{ÉAN} = 1,8, ET = 0,6$) et provenant de la population générale ($M_{ÉAP} = 3,2, ET = 0,6$; $M_{ÉAN} = 1,4, ET = 0,4$; $F_{ÉAP}(1, 20) = 0,74, p = 0,40$; $F_{ÉAN}(1,20) = 0,82, p = 0,36$).

Les scores obtenus à partir des réponses des participants en fin d'atelier varient entre 3 (ET = 0,8; T3) et 3,2 (ET = 1,1; T6) pour l'échelle d'affects positifs et entre 1,5 (ET = 0,6; T4) et 1,7 (ET = 0,7; T2) pour l'échelle d'affects négatifs, sur un maximum de 5. Ces scores s'apparentent à ceux enregistrés par les auteurs de l'outil au moment de sa validation auprès de jeunes adultes fréquentant l'université ($M_{ÉAP} = 3$ et $M_{ÉAN} = 1,5$; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), aucun s'en écartant significativement (résultats non montrés). Ces comparaisons suggèrent que suite aux ateliers, les participants ne se sentaient en moyenne ni mieux ni moins bien que d'autres répondants d'âge similaire à un moment donné. L'absence de données de niveau de base ne permet toutefois pas de conclure si la participation au programme influençait l'état affectif des participants.

³ Les degrés de liberté ont été corrigés à l'aide de l'estimé de sphéricité Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = 0.516$) étant donné que le test de Mauchly a indiqué que l'assomption de sphéricité avait été violée : $X^2(14) = 0.0025, p < 0.0001$.

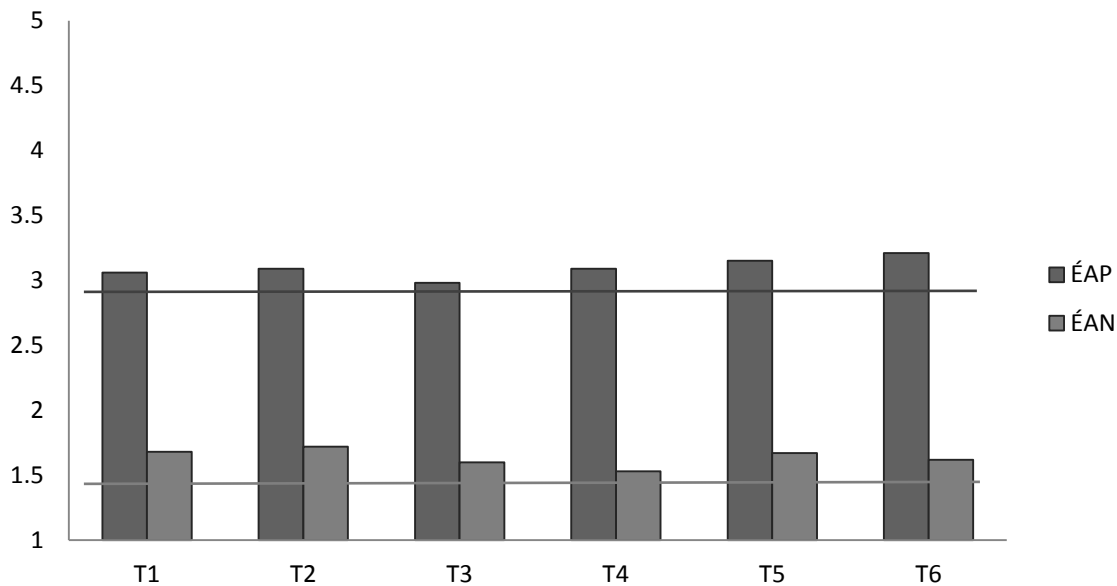


Figure 5. Résultats moyens aux échelles d'affects positifs (ÉAP) et négatifs (ÉAN) par temps de mesure ($N = 20-24$). Les lignes horizontales désignent les résultats enregistrés auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires.

Entrevues

Les sous-sections suivantes synthétisent les résultats de l'analyse qualitative des extraits d'entrevue concernant l'expérience affective des participants pendant le programme.

Affects positifs variés. Lorsque questionnés sur la façon dont ils se sentaient pendant les ateliers, quinze des 24 participants ont rapporté avoir ressenti du bien-être, de la joie, du plaisir, de l'« implication », du divertissement ou de la détente. Pour près de la moitié d'entre eux (7/15), il s'agit du seul type d'affect rapporté, les autres ayant également qualifié leur expérience affective du programme par l'un des sentiments discutés dans les sous-sections suivantes. Extraits de verbatim :

- « Quand j'faisais les ateliers, j'me sentais bien. J'voulais que ça m'aide à être moins gêné. » (participant cible, automne)
- « J'te dirais vraiment de la détente, un côté relax; je sortais de là de bonne humeur. » (participante pop. générale, hiver)

Anxiété/stress. Quatre participants cibles du groupe d'hiver ont rapporté s'être sentis anxieux ou stressés pendant les ateliers. Tous ont mentionné que ces sentiments se sont

estompés en cours d'atelier ou de session et trois de ces quatre répondants (3/4) ont également rapporté avoir vécu des affects positifs pendant le programme. Extraits de verbatim :

- « J'me sentais mal pendant le début. À chaque fois que j'allais là je m'imaginai toujours que ça allait mal aller. Au début, j'me créais des attentes et quand j'arrivais là et que je devais y faire face, ça ne marchait plus et ça me rendait hyper anxieux. Mais de plus en plus que je restais là, j'avais une boule d'énergie positive qui se formait et qui enlevait ces idées-là. Je ne pouvais qu'être plus libre après dans ma tête. C'était l'un. » (participant cible, hiver)
- « Au début, j'étais stressée pendant deux semaines. J'me sentais vraiment pas bien, j'avais la boule dans la gorge, je mangeais mes ongles. Quand je suis arrivée sur scène : fini. J'me sentais agréable, dans mon élément. Depuis ce temps-là, je suis moins gênée. » (participante cible, hiver)

Gêne. Sept participants ont rapporté avoir ressenti de la gêne pendant les ateliers. Tous ont précisé que ce sentiment était plus présent en début de programme, suggérant — ou explicitant dans certains cas — qu'il s'était graduellement estompé en cours de session. Quatre de ces sept répondants (4/7) ont également rapporté avoir vécu des affects positifs pendant le programme. Extraits de verbatim :

- « C'était pas mal gênant au début, mais j'ai fini par m'habituer. » (participant cible, hiver)
- « Au début, j'étais un peu gêné. J'savais pas comment aborder les autres, mais ça s'est vite réglé, soit par les activités, par les autres. » (participant pop. générale, hiver)

Autres affects négatifs (malaise/inconfort/« difficulté »/down/frustration). Neuf participants ont rapporté s'être sentis soit mal à l'aise, à part des autres, inconfortables, *down*, frustrés ou encore « avoir trouvé ça difficile » lorsque questionnés sur leur expérience affective en cours de programme. La plupart d'entre eux ont limité ces sentiments au début du programme ou à d'autres moments ou événements circonscrits dans le temps. Cinq de ces neuf répondants (5/9) ont également rapporté avoir vécu des affects positifs et deux (2/9), d'autres types d'affects négatifs pendant le programme. Extraits de verbatim :

- « J'ai eu une relation avec quelqu'un et quand ça l'a fini, ça m'a rendu mal à l'aise pendant les cours. Je crois qu'elle aussi ça l'a rendue mal à l'aise. » (participant cible, hiver)
- « J'te dirais qu'au début j'étais un peu mal à l'aise, plus que je ne le pensais. (...) Des fois j'avais l'impression d'être un peu exclue. Les jeunes parlaient beaucoup entre eux, ça paraissait qu'ils se connaissaient et au début j'ai pas trop aimé ça. » (participante pop. générale, hiver)

Affect neutre. Un participant cible a rapporté s'être surtout senti nonchalant pendant le programme :

- « Un mélange; un peu nonchalant, je t'avoue. » (participant cible, automne)

| Récapitulatif des résultats qualitatifs sur l'évolution de l'expérience affective en cours d'ateliers |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sept participants (29 %) n'ont rapporté que des affects positifs (bien-être, joie/bonheur, plaisir, divertissement, détente, « implication ») • Sept participants (29 %) n'ont rapporté que des affects négatifs (anxiété/stress, gêne, malaise, inconfort, « difficulté », <i>down</i>, frustration) • Un participant n'a rapporté qu'un affect neutre (nonchalance) • Neuf participants (38 %) ont rapporté des affects positifs et des affects négatifs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parmi ceux-ci, une majorité (6/9) ont décrit de façon relativement linéaire l'évolution de leur expérience affective en cours d'ateliers, rapportant une dose importante d'inconfort en début de programme, graduellement remplacée par des sentiments positifs. ▪ Pour les quelques autres (3/9), les variations dans l'expérience affective du programme ont été davantage décrites comme erratiques ou cycliques, tel qu'en témoignent les extraits de verbatim suivant : <ul style="list-style-type: none"> ○ « It was definitely an up and down experience; feeling engaged and then not wanting to (...). At some points it felt like a lot of time commitment, and at other times it felt very good, just depending on how I was. » (participante pop. générale, hiver) ○ « Heureuse et des fois y'avait des moments de down. J'sais pas trop comment expliquer. Je savais pourquoi j'étais là en partie, et ça me ramenait (...). Ça me rappelait pourquoi j'étais ici, et ça me ramenait au quotidien. » (participante cible, hiver) |

Échelles d'observation

La figure 6 présente les résultats moyens d'observation systématique par la psychoéducatrice concernant les manifestations de plaisir des participants (par ex. sourires, rires, expressions verbales de plaisir). Les résultats révèlent que, malgré leur progression non linéaire, ces manifestations se sont significativement accrues à travers le temps ($F_{plaisir}(5, 65) = 2,98, p = 0,018$), faisant ainsi écho à l'évolution positive de l'expérience affective en cours de programme rapportée verbalement par certains participants.

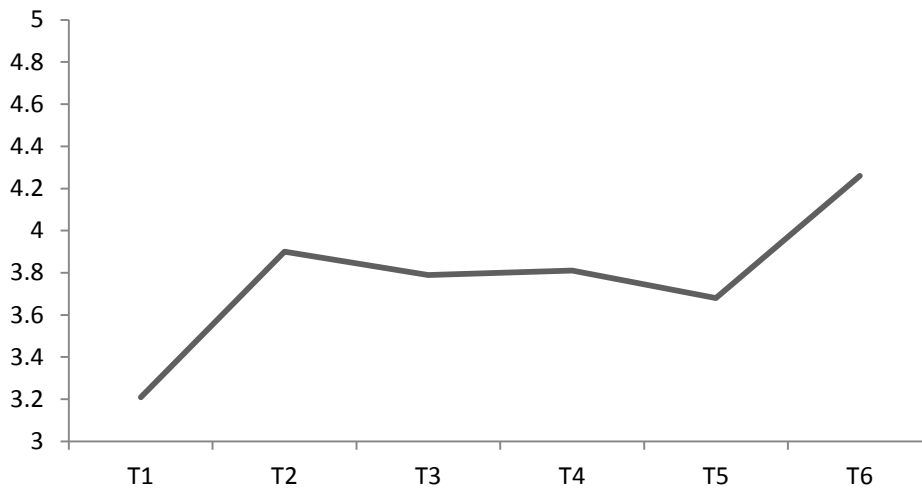


Figure 6. Résultats moyens d'observation systématique des manifestations de plaisir des participants ($N = 20-24$)

Qualité de la participation

Entrevues

Les sous-sections suivantes synthétisent les résultats de l'analyse qualitative des extraits d'entrevue concernant la qualité de la participation au programme auto-rapportée.

Participation de satisfaisante à très élevée. Seize participants ont qualifié leur participation au programme de bonne, élevée, engagée ou autrement satisfaisante à leurs yeux. Certains d'entre eux ont nuancé leurs propos, ajoutant entre autres que leur participation avait parfois été plus modeste — notamment en début de programme — ou qu'ils avaient dû s'absenter occasionnellement, mais l'essence de ces propos révèle une participation jugée satisfaisante et, dans certains cas, très élevée. Extraits de verbatim :

- « Je participais à 150 %. J'étais un peu comme la «motivatrice». Au début, j'étais quand même assez énergique et tout, puis ça s'est relativement calmé, mais j'étais toujours aussi motivée à y aller, à participer. Souvent, j'entraînais le monde avec moi, j'étais contente de participer. » (participante cible, hiver)
- « Je crois que mon implication était active. Y'a eu plusieurs sessions auxquelles je ne pouvais aller, mais quand j'étais présente, je m'impliquais. » (participante pop. générale, hiver)

Parmi ceux ayant rapporté une participation élevée au programme, trois participants de la population générale ont souligné s'être même efforcés de modérer leur participation afin de laisser suffisamment de place aux autres, tel que l'illustre l'extrait suivant :

- « J'pense c'est pas un secret, j'suis un leader de nature, donc j'essayais d'atténuer ça un p'tit peu pour laisser la place aux autres. J'savais aussi que le monde, c'est un peu pour les aider à s'intégrer socialement à la base, donc pas les écraser en prenant les devants trop. J'essayais de garder ça bas, mais au début, c'était plus comme ça, et à la fin j'prenais les devants parce que j'savais que le monde était rendu à l'aise. Ça a pas fait de confrontation. » (participant pop. générale, automne)

Participation de modeste à faible. Sept participants ont qualifié leur participation au programme de globalement modeste ou plus faible que souhaitée. La plupart d'entre eux ont

toutefois souligné avoir participé jusqu'au bout et bon nombre ont suggéré une certaine évolution positive de leur participation en cours de programme. Extraits illustratifs :

- « Ça dépend, parce qu'au début j'ai beaucoup ni aisé à cause du stress et de la gêne. J'me trouvais des alliances. Par la suite, j'm'enclenchais plus, j'étais plus dedans. J'ai fini par aimer ça plus qu'au début. Ça a commencé bas et ça l'a monté. » (participante cible, hiver)
- « J'pense qu'il y a des fois où j'aurais pu participer un peu plus. Y'a des fois où j'avais trop peur de mal faire ça, donc je ne voulais pas le faire. Si je pouvais retourner, j'l'aurais fait, mais en gros, j'crois que c'était bien. J'ai fait le spectacle. » (participante cible, hiver)

Questionnaire maison de réponse des participants

L'analyse des scores moyens à l'item : « au cours de cet atelier, j'ai participé activement », compris dans le questionnaire maison sur la réponse des participants au programme, conduit à un portrait étroitement similaire à celui produit par l'analyse des contenus d'entrevue relatifs à la qualité de la participation. En effet, sept participants ont obtenu un score moyen de participation active auto-rapportée inférieur à 75 % (3,75/5), soit la même proportion que celle des répondants ayant qualifié leur participation aux ateliers de globalement modeste ou faible. Pour le reste des participants (17/24), les scores moyens à l'item de participation active se distribuent entre 3,8 et 5, s'avérant ainsi fort cohérents avec les réponses orales d'une proportion similaire de répondants ayant qualifié leur participation au programme de satisfaisante à très élevée. La moyenne des scores agrégés entre les six points de mesure à l'item auto-rapporté de participation au programme varie entre 2,4 et 5 sur cinq (M = 4,1, ET = 0,7).

Résumé des principaux résultats

Réponse globale

- Une réponse moyenne globalement positive des participants au programme a été enregistrée (> 4/5 en tout temps).
- Aucune différence manifeste entre les sessions ni les catégories de participants n'a été observée quant à la réponse au programme (incluant l'expérience affective).

Attitude et jugement

- La majorité des participants a rapporté une perception globalement positive du programme, alors qu'une minorité considérable d'entre eux (jusqu'à 40 % dans le cas des entrevues) en a rapporté une appréciation plus mitigée.
- La grande majorité des participants a rapporté avoir connu des interactions positives avec les pairs du programme, un nombre considérable ayant toutefois souligné que le programme ne leur avait pas permis de former des relations substantielles avec les coparticipants.
- Aucun participant n'a exprimé une perception principalement négative du programme lors des entrevues, bien qu'un participant ait rapporté une perception négative de certains aspects de celui-ci à l'un des questionnaires.

Expérience affective

- Les participants au programme ont en moyenne rapporté des niveaux d'affects positifs et négatifs suite aux ateliers similaires à ceux enregistrés chez des jeunes adultes étudiants.
- Une proportion égale de participants (29 %) a rapporté n'avoir vécu que des émotions positives ou négatives en cours de programme, alors qu'un peu plus du tiers (38 %) a plutôt rapporté avoir vécu des émotions des deux types.
- Les observations systématiques de la psychoéducatrice ont suggéré une augmentation moyenne des manifestations de plaisir en cours de session, ce qui est cohérent avec le discours d'une proportion de participants ayant décrit une amélioration graduelle de leur expérience affective.

Participation

- Environ 2/3 des participants ont rapporté une participation au programme allant de satisfaisante à élevée alors que l'autre tiers a rapporté une participation allant de modeste à faible.

Adhésion aux composantes essentielles du programme

L'adhésion — ou la conformité — réfère au degré auquel des composantes spécifiées d'un programme ont été livrées tel que prévu (Dane & Schneider, 1998). Dans le cas de l'évaluation de programmes novateurs et peu standardisés comme le programme *ET*, il est suggéré de limiter la vérification de l'adhésion à un nombre restreint de composantes ou caractéristiques jugées essentielles par les concepteurs du programme (Patton, 2008). Les composantes jugées essentielles par les concepteurs du programme *ET* retenues pour la présente évaluation sont : 1) l'offre d'un environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles, 2) la mixité des participants « cibles » et « provenant de la population générale » et la non-divulgaration de la condition psychiatrique des participants par les responsables cliniques du programme, 3) la mise en place, à chaque atelier, d'exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques 4) la mise en place, à chaque atelier, d'exercices individuels et d'exercices collectifs favorisant les interactions sociales et 5) la poursuite d'une réalisation collective dans laquelle chaque participant joue un rôle actif et le partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme.

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|---|---|---|
| Entrevues (Réponses à des questions directes et commentaires spontanés) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les participants au programme ($N = 24$; entrevues individuelles et de groupe) ▪ Instructeurs ($N = 2$) ▪ Psychoéducatrice ▪ Intervenants référents (N variable) | Post-programme + suivi* (*participants cibles seulement) |
| Échelles d'observation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoéducatrice au sujet de tous les participants ($N = 24$) | À la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des sessions du programme |

Environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles

Comme l'évoque bien le nom du programme *Espace de Transition*, la composante « *Espace* » est centrale à sa philosophie. Plus particulièrement, deux caractéristiques de

l'environnement du programme sont jugées essentielles par ses promoteurs pour favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis : 1) les ateliers doivent être livrés dans un **environnement sécurisant**, c.-à-d. où les participants ne se sentent pas jugés et se sentent libres et confiants d'être eux-mêmes, d'expérimenter et de se tromper et 2) les ateliers doivent être livrés dans un **espace « non clinique »**, c.-à-d. dissocié des établissements de soins et services largement fréquentés par plusieurs participants, tant par sa localisation et son aspect physique que par le fait que les activités y soient majoritairement animées par des non-cliniciens. Les sous-sections suivantes présentent les résultats de l'analyse qualitative des contenus d'entrevue relatifs à ces deux caractéristiques souhaitées de l'environnement du programme.

Environnement sécurisant

Espace exempt de jugement. L'ensemble des participants interrogés sur cet aspect, de même que les deux instructeurs et la psychoéducatrice, ont rapporté avoir perçu que l'environnement du programme était effectivement relativement exempt de jugement, certains précisant que cela permettait de s'y présenter sous son vrai jour et d'autres allant jusqu'à soutenir que la possibilité même de se tromper ne semblait pas s'y appliquer. Extraits illustratifs :

- « C'était bon dans le sens que t'avais pas peur d'être toi-même et de pas avoir peur du ridicule. Ça changeait aussi de l'ambiance d'un hôpital. C'était plus le fun, c'était plus vivant. » (participant cible, automne)
- « Moi, par rapport à l'aspect non-jugeant, c'était vrai que personne te jugeait. Tout le monde était bien tolérant et j'aimais ça parce qu'on pouvait s'exprimer ouvertement. » (participant, hiver)

...même si parfois un peu stressant. Quelques participants du groupe d'automne ont néanmoins nuancé qu'ils avaient ressenti un certain stress lié aux contraintes de temps et à la pression de la production du spectacle, thème ayant trouvé écho dans les dires de la psychoéducatrice, qui s'interrogeait sur la façon dont les participants avaient pu vivre les impératifs de la mise en scène et sur la compatibilité même de ces derniers avec la notion de « liberté de se tromper ». Extraits de verbatim :

- « - Moi j'ai trouvé ça un peu stressant, ben pas au début, mais à la fin. J'ai trouvé ça stressant parce qu'il fallait se dépêcher à bien faire les affaires. » (participant, automne)
- « Qu'on ait le droit de se tromper, je ne sais pas comment eux le vivent parce que, pour certains, oui, on a le droit de se tromper, mais à la fois, quand on fait de la mise en scène, on les fait reprendre de plusieurs façons. Donc, quelqu'un qui est sensible à ça, peut-être qu'il va penser qu'il est pas correct parce qu'on le reprend tout le temps. J'ai pas entendu quelqu'un se plaindre de ça, mais moi j'y ai pensé. » (psychoéducatrice, automne)

Environnement « non clinique »

Une activité comme les autres. La plupart des participants interrogés sur cet aspect ont rapporté avoir effectivement perçu le programme *ET* comme dissocié des structures de soins et services conventionnels, certains soutenant qu'il donnait l'impression d'être « une activité comme les autres », d'autres soulignant que les instructeurs n'interagissaient pas avec les jeunes comme l'auraient fait des cliniciens et d'autres encore faisant remarquer que très peu d'attention avait été prêtée aux problèmes de santé mentale de chacun. Extrait illustratif :

- « J'trouvais que c'était une activité comme si tu t'étais inscrit dans un cours. Ça avait pas l'impression d'être avec un institut ou un hôpital. » (participante cible, automne).

Tous ces participants ont semblé avoir vu cette caractéristique du programme d'un œil positif, certains soulevant avoir particulièrement apprécié le sérieux et la motivation qu'apportait le fait de travailler avec des artistes professionnels, d'autres soulignant l'impact normalisant d'un tel environnement. Extraits de verbatim :

- « C'est mieux, parce que si ça l'avait été dans un hôpital, comme j'ai dit, on se serait pas senti normal. Là, c'est à l'extérieur, c'est comme une activité. » (participant cible, automne)
- « C'est bien, parce que ça permet de montrer à la personne qu'elle est capable de faire quelque chose en dehors du suivi psychiatrique. Quelque chose d'officiel animé par des personnes qui ne sont pas nécessairement des médecins. » (participant cible, hiver)

Deux d'entre eux ont toutefois nuancé leurs propos en soulevant un contrepoint au fait que l'animation des ateliers soit assumée par des artistes instructeurs non formés cliniquement, à savoir les lacunes qu'ils peuvent présenter sur le plan de l'encadrement disciplinaire et de la façon d'aborder les jeunes. Extrait illustratif :

- « C'était bien. J'trouve qu'on a eu de bons animateurs, mais comment je pourrais dire, tu voyais que y'étaient habitués de travailler avec des professionnels. C'est pas qu'il est pas doué avec des jeunes, mais j'crois que la manière qu'il est ça peut choquer quelques personnes. Tu vois que c'est sa personnalité en général et que ça fait pas de lui une mauvaise personne, mais moi au début il m'avait un peu figée là, je savais pas trop comment réagir. » (participante cible, hiver)

Une présence familière. Trois participants cibles du groupe d'hiver se sont dits d'avis qu'étant donné la présence de la psychoéducatrice qui assurait un certain cadre et un soutien clinique en cours d'ateliers, ils n'avaient pas vraiment eu l'impression d'un environnement réellement différent de celui auquel ils étaient habitués, soit l'hôpital ou le centre jeunesse. Il importe de noter que deux de ces trois participants fréquentaient quotidiennement le service de l'hôpital où travaille la psychoéducatrice du programme pendant qu'ils participaient à ce dernier. Alors que les deux autres n'ont pas exprimé d'opinion par rapport cette perception, l'un de ces participants a semblé avoir trouvé favorable la présence interventionniste de la psychoéducatrice dans les ateliers. Extraits illustratifs :

- « C'est sûr que c'est différent, mais (la psychoéducatrice) devait quand même faire son travail et intervenir. De ce niveau-là, ça revenait au même pour moi parce que je suis dans cette situation-là au quotidien. Sinon, en général, ça changeait. » (participante cible, hiver)
- « Pas vraiment (différent). Le fait que (la psychoéducatrice) soit là; parce que si j'comparais ça à l'école, parce que y'avait une couple de monde qui sont venus et que j'aimais vraiment pas. J'trouvais qu'ils me mettaient en colère. J'crois que si j'avais pas parlé à (la psychoéducatrice) et qu'elle m'avait pas averti que si je faisais telle ou telle chose j'aurais des conséquences, bien sûrement que j'aurais fait une bêtise. » (participant cible, hiver)

Autre. Questionnée sur la dissociation de l'environnement du programme des structures de soins conventionnelles, une participante a soutenu que le programme aurait tout aussi bien pu se tenir dans un milieu hospitalier, tout en précisant avoir apprécié que l'animation des ateliers soit assurée par des artistes professionnels.

- « J pense pas que ça l'ait changé grand chose. On aurait fait des cours de théâtre, des cours d'acrobatie pareil. Ça l'aurait abouti à un spectacle pareil. Mais j'trouvais ça formidable d'avoir des professionnels, ça nous encourageait. » (participante cible, hiver)

Mixité des participants « cibles » et « provenant de la population générale » et non-divulgaration de la condition psychiatrique des participants par les responsables cliniques du programme

La mixité de participants provenant de références psychiatriques (participants cibles) et de la population générale est une autre caractéristique fondamentale du programme *ET* et l'une de celles qui le distinguent particulièrement d'autres programmes similaires. Les sous-sections suivantes présentent les résultats de l'analyse qualitative des contenus d'entrevue relatifs à la mise en œuvre de la mixité des participants.

Actualisation perçue de la mixité

Une caractéristique subtile. Lorsque questionnée sur la mixité des participants, une grande proportion des répondants a rapporté que cet aspect avait pris très peu de place au sein du programme. Certains participants ont même dit ne pas s'être rappelés ni rendus compte de cette caractéristique, alors que d'autres répondants ont rapporté qu'ils s'en étaient très peu préoccupés, que les participants parlaient rarement de leurs antécédents personnels ou qu'il était difficile de distinguer les participants des deux catégories tant la symptomatologie psychiatrique paraissait peu et n'était pas mise de l'avant au sein des ateliers. Extraits de verbatim :

- « On pouvait pas savoir les gens qui avaient eu des problèmes. C'était pas une question qu'on se demandait, et c'était pas un sujet qu'on abordait. On était là, on était à l'activité, on voulait s'amuser. Moi j'pensais que les autres personnes voulaient

s'amuser aussi. Y'a personne qui m'a demandé pourquoi j'étais là; je considérais tout le monde comme des personnes normales. » (participant cible, automne)

- « C'était tellement pas focussé là-dessus on dirait, j'pense que c'est jamais venu sur le sujet dans les ateliers ou même dans les pauses. J'pense que une fois X et Y parlaient de leurs médicaments, mais j'pense que sinon, c'est jamais venu sur le sujet. Donc, c'était juste comme côtoyer des jeunes normaux. (...) J'trouvais que y'avait pas vraiment cet aspect-là mis en évidence. » (participant pop. générale, automne)

Respect et entraide. Certains répondants ont au contraire rapporté que des différences entre les participants des deux catégories étaient perceptibles ou mises au jour dans les ateliers, tout en soulignant le respect, l'absence de jugement et l'entraide qui caractérisaient les rapports entre les coparticipants. Extraits de verbatim :

- « On voyait qu'il y en avait qui avaient des difficultés plus grandes que d'autres, et malgré tout, y'avait pas de jugement qui se faisait. Au contraire, on s'entraidait (...) On est tous différents, et on était tous là pour des raisons différentes. » (participante cible, hiver)
- « Ceux qui ne venaient pas de références psychiatriques, on essayait d'aider, d'être plus calmes, de ramener les autres, de participer plus même aux activités pour montrer que c'est pas grave. Ça aidait beaucoup. (...) Y'a des jeunes qui me l'ont dit aussi, que ça les aidait, que ça les calmait. J'pense que c'était assez essentiel, parce que y'a des choses qu'on n'aurait pas pu faire si le groupe avait juste été entre eux. » (participant pop. générale, hiver)

Malaise et ambiguïté. Une proportion importante des participants provenant de la population générale a rapporté un certain malaise associé à la mixité des participants au sein des ateliers. Tous ces participants ont rapporté avoir été très conscients des différences de fonctionnement et d'âge entre les participants des deux catégories et une participante s'est plainte que l'un des instructeurs ait souligné devant ses coparticipants son statut de « non-patiente ». Plusieurs de ces participants ont souligné avoir parfois trouvé leur rôle ambigu au sein du groupe et avoir occasionnellement hésité quant aux informations qu'ils pouvaient divulguer (ex. domaine d'étude) et/ou à la façon de se comporter envers certains coparticipants, tout en précisant généralement que leur « gestion » de cette caractéristique du

programme s'est améliorée en cours de route. Il est à noter que parmi les participants ayant soulevé ce type de thème comptent quatre participants à la session d'automne qui se connaissaient déjà avant l'entrée dans le programme, ce qui a pu, selon eux, contribuer à accentuer leur hésitation/malaise face au reste du groupe. Extrait de verbatim :

- « C'était quelque chose de particulier pour moi, ça faisait partie de l'expérience. Au début, j'ai trouvé ça difficile, j'étais habituée de voir des jeunes psychotiques plus dans un contexte thérapeutique, donc c'était un peu spécial pour moi de leur parler comme personne extérieure à personne extérieure. Je les trouvais difficiles d'approche parce qu'ils avaient l'air de se connaître entre eux, ils avaient déjà beaucoup de similarités que moi je n'avais pas avec eux. Des fois j'me sentais un peu mal, parce que je pense que j'ai fini par savoir qui étaient les non-patients et j'ai l'impression de m'être plus rapprochée d'eux que les autres. J'ai trouvé ça un peu dommage parce que mon objectif était d'être plus amie avec les jeunes patients. Le fait qu'ils l'aient su aussi m'a fait un peu de peine parce que j'ai l'impression que ça l'a affecté la façon dont on a interagi. Mais vers la fin, il y en a qui se sont vraiment ouverts à moi et j'étais bien contente. On a commencé à jaser et ils étaient vraiment *open* à me parler de leurs problèmes. J'ai appris à mieux les connaître et j'ai été un peu le *coach* de ceux qui avaient un peu plus de difficultés. » (participante pop. générale, hiver)

Respect de l'anonymat/divulgence volontaire. Lorsque questionnés directement à ce sujet, les deux instructeurs ont confirmé que les responsables du programme ne leur avaient pas divulgué le statut psychiatrique des participants. De façon concordante, une participante cible du groupe d'automne a affirmé avoir eu l'impression que les instructeurs ignoraient la provenance de chaque participant. Néanmoins, tel que rapporté précédemment, une participante provenant de la population générale s'est plainte que l'un des instructeurs ait mis l'accent publiquement sur son statut de « non-patiente », ce qui lui aurait occasionné de l'inconfort. Extrait illustratif :

- « C'était très particulier, parce que c'était le 2e cours. J'suis arrivée à l'heure, mais tout le monde était assis à la porte d'entrée et (l'instructeur) m'a demandé si j'avais eu une grosse journée ou un examen. Quand je lui ai répondu que non, il a continué en disant que c'était « occupé » ce dans quoi j'étudiais. Et en fait, je ne savais même pas (qu'il)

savait que j'étais non-patiente. Finalement, y'a X qui m'a demandé en quoi j'étudiais. J'ai pensé pendant un moment si je devais mentir ou non, mais dans le fond, j'avais rien à cacher, parce que je crois que les participants le savaient qu'il y avait des patients et des non-patients. Finalement, je l'ai dit, mais ça l'a fait un froid un peu. Pour moi c'était bizarre, je ne voulais pas qu'ils le sachent, j'avais peur de me fondre dans l'équipe. À partir de ce moment-là, dès que je manquais un cours ou que j'arrivais en retard, c'était associé à ça. » (participante pop. générale, hiver)

Opinions sur la mixité des participants

Mélanger pour mieux normaliser (opinions positives). La majorité des répondants ayant manifesté leur opinion sur cette caractéristique novatrice du programme ont rapporté l'avoir perçue largement positivement. Le principal avantage qu'ils en ont avancé est la possibilité pour les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale de se voir côtoyer des jeunes au cheminement plus normatif et de réaliser qu'ils n'en sont pas si différents et qu'ils peuvent très bien faire partie du même groupe et accomplir un projet avec eux. Extraits de verbatim :

- « J'trouve que c'est une bonne idée. Parce que ça permet aussi de voir des personnes qui n'ont pas du tout de problème. Ça permet de voir qu'ils ne sont pas vraiment différents de nous. On est vraiment très semblables. J'ai pas pu distinguer ceux qui avaient des problèmes ou non. » (participant cible, hiver)
- « J'aime l'aspect de mélanger une population qui a plus de difficulté en santé mentale que d'autres. C'est un beau mélange, et comme vous disiez, pas toi, mais ta collègue qui disait : «Quand tu les regardes, ça paraît pas». Donc pour eux c'est important de vivre ça et de voir qu'on n'a pas une grande différence quand tu te fais mettre une étiquette diagnostique. » (référent, hiver)

Caractéristique porteuse mais délicate (opinions mitigées). Certains participants provenant de la population générale ont fourni une opinion plus mitigée au sujet de la mixité des participants, soulignant dans tous les cas l'intérêt fondamental de cette caractéristique, mais nuançant leur appréciation de la façon dont elle s'est actualisée (voir la sous-section malaise et ambiguïté). Un participant cible a quant à lui rapporté ignorer quelle était la

composition du groupe auquel il a pris part, mais penser qu'un groupe entièrement constitué de jeunes provenant de références psychiatriques serait préférable à un groupe mixte :

- « Moi j'pense que si tout le monde serait venu de l'hôpital, tout le monde se serait relié plus ensemble. Mais je sais pas en ce moment, avec le groupe qu'on avait, je ne sais pas si tout le monde venait d'un hôpital psychiatrique, mais on était tous confortables ensemble (...). On serait capable d'avoir une conversation. Y'a personne qui serait seul dans son expérience. » (participant cible, hiver)

La psychoéducatrice a pour sa part soulevé la possibilité que des écarts de fonctionnement trop apparents entre les participants des deux catégories puissent influencer négativement la perception de soi de certains participants cibles, sans toutefois en parler comme d'un phénomène avéré :

- « Je persiste à penser que dans les écarts d'âge... pour certains, ça peut faire peur de voir un jeune de 25 ans avec de l'assurance. Je ne sais pas si c'est bon ou pas. Et là, je te parle d'âge, c'est peut-être même pas ça non plus. Ça peut être juste assurance versus pas d'assurance. Certains pourraient percevoir une personne comme très habile et elle-même comme malhabile. Q : Donc t'as trouvé que l'écart était très prononcé quelquefois. R : Oui, mais ça tombe éventuellement. C'est juste au début. Parce qu'ils se rendent compte que l'exercice qu'ils font, ils ont l'air tous aussi fou. C'est vraiment le début qui est crucial, plus dangereux et plus *touchy*. Après ça, ça va. » (psychoéducatrice, automne)

Enfin, la psychoéducatrice a aussi soulevé, tout comme la conceptrice du programme, l'importance de planifier soigneusement la composition des groupes afin d'optimiser l'intérêt de la mixité des participants et d'éviter certains de ses écueils potentiels.

Mise en place, à chaque atelier, d'exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques

Le programme *ET* est très peu prescriptif quant aux contenus spécifiques à livrer. Laissant beaucoup de latitude aux instructeurs, les promoteurs du programme se sont jusqu'ici contentés d'exiger que des exercices à vocations variées soient régulièrement proposés aux participants afin de favoriser chez eux la rencontre des objectifs visés. Plus précisément, il est attendu que des exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et

l'acquisition de techniques soient mis en place à chaque atelier. Les sous-sections suivantes présentent les résultats de l'analyse des contenus d'entrevue relatifs aux types d'activités et exercices mis en place au cours des ateliers.

Équilibre entre les différents types d'exercices : techniques, physiques, expressifs et créatifs

Un peu trop de travail physique et technique au détriment du travail créatif et expressif. Lorsque questionnés sur l'équilibre entre les différents types d'exercices proposés, bon nombre de participants des deux groupes ont rapporté avoir trouvé qu'une proportion trop importante des ateliers avait été consacrée à des exercices d'échauffement physique et de travail de certaines techniques de base telle la projection vocale. Si certains disaient carrément ne pas avoir saisi la pertinence de tels exercices, d'autres en appuyaient l'importance, voire la nécessité, mais la plupart s'entendaient à savoir que ce type d'exercices avait occupé une trop grande place dans le programme. Parallèlement, des participants aux deux groupes ont également soulevé qu'ils auraient aimé se voir proposer davantage d'occasions de travailler leur créativité et expression de soi. Extraits illustratifs :

- « J'ai pas aimé les activités pour les premières semaines. J'ai aimé quand c'est devenu plus des activités de théâtre. Les premières semaines, c'était plus des *warm-up*. Vocal warm-up and physical warm-up before acting and I feel there should be less emphasis on the warm-up aspect. Exploring our voice and body movement is important, but I don't feel like we have to do it for two hours. » (participante, automne)
- « Moi, je trouvais qu'il n'y avait pas assez d'écriture. On aurait pu se mettre en gang pour écrire un sketch au lieu d'avoir 15 minutes individuellement pour écrire quelque chose dont on ne savait pas exactement à quoi cela allait servir (...). Le théâtre aussi, c'est pas juste l'acting, c'est aussi les textes et on n'a pas eu vraiment de rédaction à part ce qu'on a fait; y'a pas eu de pratique au niveau de la création d'histoire. » (participante, hiver)

Les propos des participants ont trouvé écho dans ceux de l'instructeur principal des ateliers, qui a lui-même admis avoir mis beaucoup d'accent sur la préparation physique et l'acquisition de techniques de base (ex. projection de la voix) et avoir manqué de temps pour travailler la création et l'expression de soi :

- « J'ai accordé plus de temps cette année sur les échauffements; sur la relaxation. J'ai développé beaucoup ça, le travail de la voix, parce que ça l'a été très difficile leur faire sortir du coffre (...). On a quand même travaillé pas mal physiquement donc ils sont prêts. On n'a jamais eu de blessures, parce qu'on fait quand même beaucoup d'exercices physiques, j'les fais suer un peu au début là tu vois. J'trouve que c'est bien, ça oxygène la finale (...). J'ai pas assez de temps pour travailler l'expression, l'écriture. Ça c'est l'affaire qui manque, parce que, c'est sûr j'les fais écrire spontanément, mais les textes manquent un peu de... ça on pourrait travailler un p'tit peu plus. » (instructeur, automne)

La psychoéducatrice a quant à elle rapporté avoir perçu un équilibre satisfaisant au niveau des types d'exercices proposés, tout en suggérant elle aussi qu'un peu plus de temps accordé au travail de création aurait pu être intéressant :

- « Moi j'aurais aimé plus, mais ça c'est très personnel, le côté créatif. D'ouvrir un petit peu plus (...) j'aurais peut-être laissé un tantinet plus, pour voir ce qui allait se passer. J'trouvais qu'il y avait un bon équilibre entre l'expression de soi ou tous les exercices qu'ils avaient à faire. Franchement, c'était bien placé. Le corps, oui, mais ça rentrait dans l'expression de soi (...). J'peux pas te dire qu'il y avait un déséquilibre. J'trouvais ça bien moi. » (psychoéducatrice, automne)

Équilibre entre les différentes modalités artistiques : cirque v. théâtre

L'un des types de commentaires sur les activités ayant le plus prévalu lors des entrevues concerne l'équilibre entre les activités de cirque et de théâtre. Ainsi, bien que ce thème ne découle pas directement de la composante de mise en œuvre évaluée dans cette sous-section, il a été jugé pertinent de l'y présenter.

Plus de cirque, plus tôt le cirque! Lors des entrevues de groupe, des participants à chacune des deux sessions ont rapporté qu'ils auraient préféré un plus grand équilibre entre les ateliers de cirque et de théâtre, c.-à-d. faire plus d'activités de cirque, pouvoir les développer davantage et les débiter plus tôt dans le processus. Extrait illustratif :

- « - aussi pour le cirque, ça aurait été le fun qu'on commence plus tôt. Puis peut-être, je sais pas pour vous, mais moi je pense que ç'aurait été une bonne façon de se dégèner au début. Tsé tu commences pas nécessairement avec du théâtre mais tu

commences avec des trucs plus physiques puis, je sais pas, les pyramides puis tout ça, c'est une bonne façon de briser la glace peut-être (...)

- Parce que t'as besoin des autres pour faire des acrobaties. Puis tous ensemble, pour apprendre plus à se connaître. Le théâtre, c'était plus devant tout le monde puis là c'était plus gênant. » (participants, automne)

Tout comme les participants, la psychoéducatrice a souligné le rôle des ateliers de cirque dans le programme *ET* et avancé qu'il pourrait être avantageux de les débiter plus tôt dans le processus afin « d'accrocher » certains participants plus anxieux notamment, ce média étant selon elle moins confrontant pour les jeunes de ce profil.

- « Le théâtre c'est très confrontant (...) Ce qui fait que, l'idée du cirque au début pour construire un groupe (...), moi j'haïs pas ça encore, parce que là ils apprennent à se connaître tranquillement avec des choses moins menaçantes. » (psychoéducatrice, hiver)

Le coefficient de « difficulté sociale » différentiel entre les deux modalités artistiques et la logique de gradation de l'exposition évoqués par la psychoéducatrice et certains participants semblent d'ailleurs avoir été intuitivement perçus et compris par l'instructeur principal, qui a construit les spectacles finaux des deux sessions du programme en débutant par des numéros de cirque, justifiant que ceux-ci servent à démythifier le trac avant les prestations théâtrales. Extrait de verbatim :

- « Ce qu'on fait en acrobatie, c'est l'fun. (...) Y' a vraiment un bel esprit de tolérance entre chacun et c'est l'fun qu'on explore ça acrobatiquement, qu'on se monte les uns sur les autres. En plus, ça aide beaucoup pour le départ du spectacle parce que ça démythifie le trac. Parce qu'une fois qu'ils ont été sur la scène devant tout le monde et que ça fait plusieurs fois qu'ils ont regardé les gens, à se faire applaudir, à faire des affaires qui se font en groupe simples, après ça, c'est plus facile d'aller parler devant eux et d'ailleurs ils ont plus le trac, ils le font avec une aisance. » (instructeur, automne)

Deux modalités complémentaires. Certains participants, de même que les deux instructeurs, se sont dits d'avis que la proposition d'ateliers de cirque et de théâtre est un aspect pertinent et positif du programme *ET*, notamment en raison de la variété et de la

complémentarité que cela apporte. Selon la psychoéducatrice également, bien que l'ordre et le dosage de ces deux types d'approches soient à considérer soigneusement, la complémentarité des deux modalités artistiques est importante compte tenu de l'hétérogénéité des dynamiques présentées par les différents participants. Extraits illustratifs :

- « Je pense que c'est vraiment important d'avoir ça, parce que ça va un peu chercher les goûts de tout le monde (...) C'était bien qu'on ait déjà eu les deux éléments au lieu de juste théâtre ou juste (...), c'est vraiment bien d'avoir de la variété. » (participant, automne)
- « Comment le théâtre fait pour un certain type de jeunes. Tout ce qui est bipolaire, toute la gestion des émotions, des expressions, ça *fit* à merveille pour eux. Là où j'avais plus de bémols, c'est avec ceux qui ont plus le volet anxieux. Ça a beaucoup d'avantages pour eux à la fin parce qu'ils sont surpris de tout ce qu'ils ont réalisé, mais au début, ils sont pas mal paralysés. » (psychoéducatrice, automne)

Autres commentaires relatifs aux activités et exercices proposés

Pousser un peu plus loin. Quatre participants ont rapporté qu'ils auraient aimé explorer et approfondir davantage les médias artistiques proposés, faisant dans certains cas écho au déséquilibre discuté précédemment en faveur des exercices physiques et d'acquisition de techniques de base. Extraits illustratifs :

- « Je crois que je m'attendais à plus. J'aurais aimé qu'on développe plus, qu'on aille plus loin. J'aurais aimé faire plus de théâtre, moins d'exercices. Moi, je voyais ça comme un atelier de relaxation (...) plutôt que du théâtre, plutôt que des arts (...). Incarner plus de personnages, faire plus de scène, j'aurais aimé ça jouer plus. J'ai plus relaxé que joué. » (participant cible, automne)
- « I feel like the theatre games could have pushed us more toward self-realisation rather than just surface. » (participante pop. générale, hiver)

L'institutrice de cirque a elle-même déploré le peu d'approfondissement de ses ateliers de la session d'automne, qu'elle a attribué aux contraintes temporelles, critique également soutenue par la psychoéducatrice suite aux deux sessions du programme. Extrait de verbatim :

- « J'ai pas eu l'temps d'approfondir. (...) J'ai fait seulement les 4 derniers cours. (...) Il fallait rapidement arriver à un résultat, mais fallait que la technique soit quand même

là. Donc on l'a pratiqué rapidement et on a essayé de monter quelque chose de relativement intéressant. » (instructrice, automne)

Varier davantage. Enfin, des participants des deux groupes ont déploré une certaine redondance dans les exercices proposés et suggéré que davantage de variété soit introduite dans le futur, commentaire une fois de plus relié, dans plusieurs cas, aux autres thèmes abordés précédemment, soit principalement la prépondérance d'exercices physiques et techniques de base et le petit nombre d'ateliers de cirque.

- « Jusqu'à peu près la moitié de la session, souvent c'était les mêmes exercices qui revenaient, puis à un moment donné j'avais l'impression d'y aller un peu par obligation, parce que ben ça se répétait souvent, puis je voyais pas ce que ça donnait. » (participant, automne)

Mise en place, à chaque atelier, d'exercices individuels et d'exercices collectifs favorisant les interactions sociales

Comme la plupart des interventions de groupe, le programme *ET* vise à offrir aux participants un contexte propice aux interactions sociales. Ainsi, ses concepteurs ont tenu à ce que des exercices collectifs favorisant la socialisation soient intégrés à chaque atelier. Les prochaines sous-sections présentent les résultats d'évaluation relatifs à la mise en œuvre de cette composante jugée essentielle et à l'évolution des interactions sociales des participants en cours de programme.

Entrevues

Les sous-sections suivantes présentent les résultats de l'analyse qualitative des contenus d'entrevue relatifs à l'équilibre entre les exercices individuels et collectifs, à l'efficacité de ces derniers à favoriser les interactions sociales, ainsi qu'aux autres opportunités de socialisation offertes par le programme.

Équilibre entre les exercices individuels et collectifs. Les réponses aux questions sur l'équilibre entre les exercices individuels et collectifs se répartissent pour la plupart en trois catégories d'importance pratiquement équivalente. Alors qu'une partie des répondants a estimé que cet équilibre était adéquat, d'autres ont rapporté que davantage d'activités de groupe avaient été mises en place et d'autres encore ont évoqué un certain déséquilibre en

faveur des exercices individuels et rapporté qu'ils auraient souhaité que davantage d'exercices collectifs soient proposés. Extraits illustratifs :

- « Moi je trouve qu'on a fait plus d'activités en groupe qu'individuel. C'est quand même bien. » (participant, automne)
- « J'aimerais qu'il y ait un peu plus d'équilibre entre activités de groupes et individuelles, c'est encore trop individuel. J pense que ça prend une majorité d'activités individuelles et une autre partie qui travaille en sous-groupe dans le grand groupe. » (psychoéducatrice, hiver)

Exercices favorisant les interactions sociales. Similairement, une partie des répondants s'est dite d'avis que les activités mises en place favorisaient efficacement les interactions entre les participants, alors qu'une autre portion d'entre eux, d'importance comparable ou légèrement supérieure, a plutôt soutenu que le style d'animation passablement directif ou la nature des exercices mis en place limitait les possibilités d'interactions entre les participants. Parmi ces derniers, certains ont laissé entendre qu'ils auraient aimé disposer de davantage d'opportunités d'échange avec leurs pairs du programme. Extraits de verbatim :

- « - De mon côté, j'trouvais ça bien. Les activités de groupe ont favorisé une bonne cohésion, parce qu'au début on se parlait moins.
- Oui, même au début, si on était gêné, on n'avait pas le choix d'être en groupe, c'était bien. On a fini par se connaître. » (participants, hiver)
- « - On aurait pu s'entraider. (...) si (l'instructeur) avait des objectifs par rapport à certaines personnes, il aurait pu les prendre de côté pendant que d'autres gens s'entraident. (...) On parlait tantôt des interactions entre le monde, ç'aurait été une façon cool de faire des interactions. Parce que souvent, ben ça dépendait des ateliers, mais souvent, il y avait plus d'interactions mettons nous avec (l'instructeur). On passait un par un, puis il nous donnait des conseils individuellement; c'était le fun, mais (...)
- Oui (...). Généralement, tu sortais d'un atelier, puis les interactions que t'avais eues, c'était surtout un à un avec lui, mais entre nous on n'avait pas tellement parlé parce qu'on regardait les autres. » (participants, automne)

- « Parce que c'était tellement dirigé, même de groupe, qu'ils savaient très bien ce qu'ils avaient à faire. Donc il n'y avait pas d'échanges avec d'autres pour avoir des discussions, collaboration... » (psychoéducatrice, automne)

Interactions sociales lors de moments informels. Par ailleurs, lorsque questionnés sur leur perception de leurs propres interactions sociales en cours d'ateliers, sans égard à l'efficacité du programme à les générer (voir section « Réponse des participants »), certains participants ont évoqué des interactions positives vécues lors de moments informels (ex. pauses collation), tel que l'illustre l'extrait suivant :

- « On socialisait beaucoup pendant les pauses; on jasait comme avec des amis que j'aurais vus à l'extérieur. » (participant pop. générale, hiver)

Échelles d'observation

La figure 7 présente les résultats moyens d'observation systématique par la psychoéducatrice concernant les interactions des participants avec les pairs et les adultes du programme. Pour chacune de ces deux centrations d'observation, les résultats révèlent un accroissement significatif à travers le temps ($F_{interparticipants} (2,13, 27,73)^4 = 9,406, p = 0,001$; $F_{interadultes} (2,55, 33,09)^5 = 10,141, p < 0,0001$), et ce, malgré des fluctuations importantes. À l'analyse visuelle, il est particulièrement intéressant d'observer qu'alors que les courbes d'interactions entre participants et avec les adultes sont initialement étroitement similaires et parallèles l'une à l'autre, celle des interactions avec les adultes décrit un plateau dans le dernier tiers du programme alors que celle des interactions entre les participants conserve une pente ascendante jusqu'à la fin. Cette observation apparaît logique et souhaitable puisqu'elle suggère le remplacement graduel des interactions participants-adultes par des interactions entre participants.

⁴ Les degrés de liberté ont été corrigés à l'aide de l'estimé de sphéricité Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.427$) étant donné que le test de Mauchly a indiqué que l'assomption de sphéricité avait été violée : $\chi^2(14) = 0,009, p < 0,0001$.

⁵ Les degrés de liberté ont été corrigés à l'aide de l'estimé de sphéricité Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.509$) étant donné que le test de Mauchly a indiqué que l'assomption de sphéricité avait été violée : $\chi^2(14) = 0,0001, p < 0,0001$.

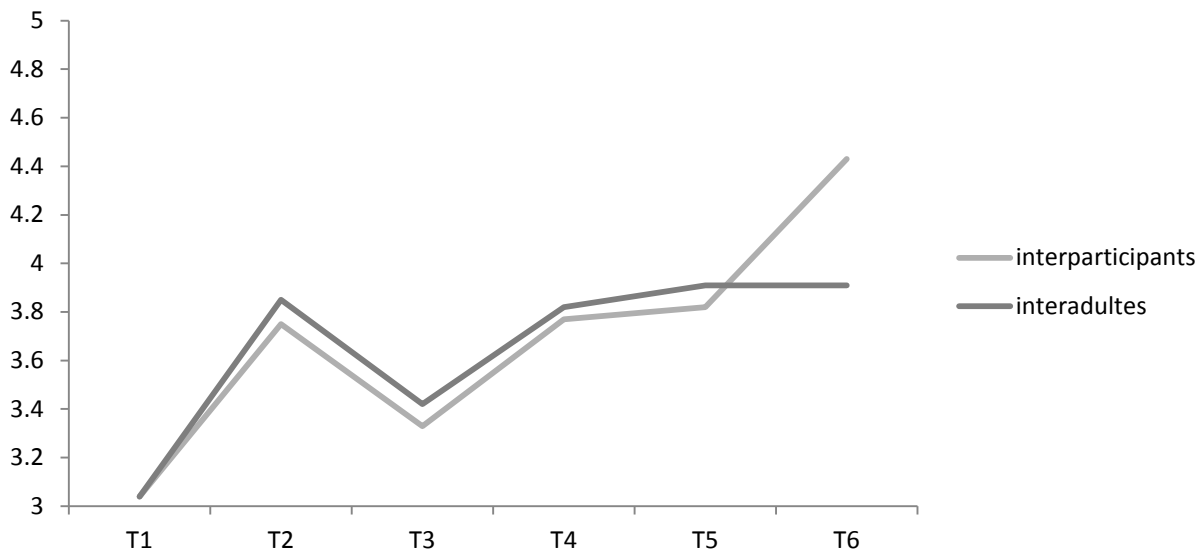


Figure 7. Résultats moyens d'observation systématique des interactions entre participants et entre participants et adultes ($N = 20-24$)

Poursuite d'une réalisation collective dans laquelle chaque participant joue un rôle actif et partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme

S'appuyant sur certains écrits dans le domaine de l'intervention par l'art et sur des observations prometteuses réalisées lors de sessions pilotes antérieures suggérant la plus-value thérapeutique de telles composantes, les concepteurs du programme *ET* ont institué comme caractéristiques essentielles la poursuite d'une réalisation collective dans laquelle chaque participant joue un rôle actif — dans ce cas-ci un spectacle — et le partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme. Les sous-sections suivantes synthétisent les observations et commentaires des participants et acteurs du programme concernant ces composantes.

Pertinence du spectacle comme tel

Le spectacle, une composante phare du programme. De façon unanime, l'ensemble des répondants s'étant prononcés sur cette question a soutenu que la production du spectacle est une composante hautement pertinente, voire essentielle du programme *ET*. Selon eux, le spectacle confère un sens aux exercices réalisés et aux efforts consentis tout au long de la session, ainsi qu'une direction dynamisante à l'ensemble du projet. De l'avis des répondants, le spectacle permet également aux participants de vivre des émotions intensément positives, de

réaliser le chemin parcouru et de montrer aux autres ce qu'ils ont accompli, leur offrant ainsi l'occasion d'être complimentés et de se sentir appréciés par leur entourage. Enfin, aux dires de certains, le spectacle représente une excellente opportunité d'exposition au stress social et de performance et donc de travail sur la gestion de celui-ci, de même qu'un puissant catalyseur de cohésion sociale au sein du groupe. Extraits de verbatim :

- « Moi j'ai été fier et surpris du résultat du spectacle. On a vraiment vu toute l'évolution et tout ce qu'on a fait, la cohésion du groupe, tout le monde était fier; ça l'a atteint son but comme point culminant. » (participant, hiver)
- « Moi j crois que c'est essentiel parce que c'est vraiment ce qui soude vers la fin. Ça démontre tous les efforts qu'on a mis, qu'on n'a pas fait ça pour rien. C'est fou, au début tu voyais que tout le monde était stressé, mais c'était un bon stress qui nous a aidés à progresser. En même temps, ce qui est bien là-dedans c'est que ça nous donne une expérience de vie qu'on peut progresser sous le stress si on le gère bien. » (participante, hiver)
- « Oui. De voir la fierté après coup et l'exercice d'être vu. Faire face au jugement possible des gens, c'est toujours nécessaire. » (psychoéducatrice, hiver)

Processus d'élaboration du spectacle

Un rôle équilibré pour chacun. L'ensemble des répondants interrogés a affirmé avoir estimé qu'une place équilibrée avait été accordée à chaque participant dans l'entreprise du spectacle, tel qu'en témoignent les extraits suivants :

- « À la fin avec le show, on avait toute des participations à peu près égales, et on a toute contribué à peu près égal à la création. C'est un aspect qui a fait mélanger tout l'monde. C'était cool. » (participant, automne)
- « - Y'a personne qui a été exclu j'trouve.
- Même si y'en a dans le groupe qui ne voulaient pas participer tout le temps, y'avait toujours quelqu'un qui venait les entraîner et les encourager. » (participants, hiver)

Input limité des participants. Plusieurs répondants ont toutefois énoncé des critiques substantielles quant à la manière dont le spectacle a été conçu. Notamment, des participants des deux groupes ont rapporté qu'ils auraient préféré jouer un rôle plus prépondérant dans la conception du spectacle, incluant son écriture. Bien qu'ils aient eux-mêmes spontanément

attribué aux contraintes de temps le fait que les instructeurs aient conçu le spectacle à partir d'une contribution créative limitée de leur part et se soient par la suite montrés relativement directifs dans sa mise en scène, ils s'en sont néanmoins dits insatisfaits ou déçus. Les deux instructeurs ont d'ailleurs eux-mêmes reconnu que le contexte temporel avait limité l'implication des participants dans l'élaboration du spectacle. Extraits illustratifs :

- « Dans la façon d'élaborer, on n'a pas vraiment eu de façon... on n'a pas pu contribuer à l'idée. Puis je pense que ç'aurait été le fun si ça venait de nous aussi. » (participante, automne)
- « J'voulais en profiter pour réitérer que ça aurait été cool qu'on décide ensemble qu'est-ce qui va dans l'*show*. » (participante, hiver)

Trop de temps, pas assez de temps! Le temps est justement un autre élément de l'élaboration du spectacle ayant été critiqué par les répondants. Les participants au groupe d'automne ont suggéré que l'élaboration du spectacle aurait dû débiter plus tôt dans la session afin de diminuer le stress qui y a été associé et de favoriser la contribution des participants au processus. Ce commentaire a trouvé écho dans les dires de certains participants au groupe d'hiver, deux d'entre eux ayant toutefois au contraire rapporté avoir trouvé que les périodes de répétition du spectacle étaient longues et avaient pris une grande place dans les ateliers. Extraits de verbatim :

- « Ça nous a quand même mis beaucoup de stress à la fin, avoir si peu de temps pour préparer le truc final, ç'a fait qu'on pouvait pas vraiment contribuer d'idées, parce qu'on était rendus trop dernière minute pour pouvoir développer des affaires. Ç'aurait peut-être été bien de commencer l'organisation du spectacle plus tôt, comme ça on aurait eu plus de chances de s'impliquer au niveau idées, parce que je sais que dans le groupe il y avait pas mal de monde qui avait des idées, quand même. » (participante, automne)
- « - J'trouve que quand on faisait juste des répétitions générales, c'était tannant d'en faire trois dans le même cours. C'était trois semaines à l'avance et on ne faisait que ça du cours.

- C'est sûr qu'on a un spectacle et qu'il faut le pratiquer, mais ça aurait été l'*fun* de débarquer un petit peu au début ou à la fin et juste faire d'autres choses. »
(participants, hiver)

Vous avez dit stress et désorganisation? Les participants au groupe d'automne ont également abondamment parlé du stress et de la pression qu'ils ont associés à leur expérience d'élaboration du spectacle, ainsi que des difficultés organisationnelles qu'ils disent avoir rencontrées relativement à l'apprentissage des textes et à la mise en scène. Extraits de verbatim :

- « Souvent, on changeait plusieurs fois dans le processus de rôle. On essayait plusieurs choses, puis une fois qu'on avait trouvé on passait à autre chose. Alors on perdait un peu le fil. » (participant, automne)
- « On revient un peu au stress. Le show, il a été pris un peu trop au sérieux à la fin. C'est un show pour faire un show, c'est pour le fun. C'est juste pour montrer ce qu'on a fait. » (participant, automne)

Aucun de ces propos n'a trouvé écho dans le discours des participants au groupe d'hiver. Il est possible que les deux semaines de programme (4 ateliers) de plus dont ils ont disposé sous-tendent en partie les différences d'expérience rapportées, tout comme celles-ci peuvent s'expliquer par des ajustements de planification et d'organisation réalisées par les instructeurs entre les deux sessions.

Résumé des principaux résultats

Environnement non clinique sécurisant

- L'environnement des ateliers a été majoritairement perçu comme exempt de jugement et propice à la présentation de soi sous le jour souhaité. Certains y ont toutefois ressenti du stress lié aux contraintes de temps et à la pression de la production du spectacle, ce qui a pu occasionnellement contrarier la perception souhaitée d'un climat sécurisant.
- La plupart des participants cibles ont perçu et apprécié la dissociation du programme des structures cliniques, mais un petit nombre a rapporté que la présence interventionniste de la psychoéducatrice contrariait significativement cette tentative.
- L'animation des ateliers par des artistes professionnels plutôt que par des cliniciens a été largement appréciée par les participants cibles.

Mixité des participants

- La pertinence de la mixité des participants a été largement reconnue par les répondants, notamment pour des fins de normalisation et d'entraide.
- Cette composante du programme a été vécue comme très subtile pour la majorité des participants cibles, mais plus évidente et parfois inconfortable pour bon nombre de participants de la population générale.
- La divulgation strictement volontaire de la condition psychiatrique des participants paraît avoir été majoritairement respectée, mais l'exception rapportée semble avoir été vécue difficilement par la participante visée.

Nature des exercices proposés

- Les répondants ont estimé que, lors des deux sessions du programme évaluées, les exercices physiques et techniques de base ont été trop répétitifs et ont occupé une trop grande proportion du temps d'atelier, alors que les occasions de travailler l'expression de soi et la créativité ont manqué.
- Il a été suggéré que les ateliers de cirque soient plus nombreux et mieux répartis au cours des sessions du programme, afin notamment d'accroître la variété et l'intérêt des activités et exercices et de proposer des défis d'exposition mieux gradués pour tous.
- Il a été suggéré de conserver et même d'accroître la variété et la profondeur des exercices, de même que d'en assurer une gradation sensible en regard de leur coefficient de difficulté.

Équilibre individuel-collectif et facilitation des interactions sociales

- Des commentaires partagés ont été recueillis au sujet de l'équilibre entre les exercices individuels et collectifs et l'efficacité de ces derniers à favoriser les interactions sociales entre les participants.
- Les moments informels (ex. arrivées, départs et pauses) ont semblé représenter des contextes d'interaction privilégiés additionnels aux exercices visant à favoriser la socialisation.
- Les observations systématiques de la psychoéducatrice ont révélé une augmentation des interactions entre participants en cours de programme.

Réalisation collective partagée avec des tiers

- Une grande pertinence a été unanimement reconnue à la production du spectacle et à sa représentation devant un public externe au programme.
- Une contribution plus substantielle à la création du spectacle aurait été souhaitée par plusieurs participants.
- Des améliorations ont été suggérées en ce qui concerne la planification et l'organisation (notamment temporelles) de l'élaboration du spectacle.

Qualité de l'animation

L'animation constitue une composante importante de la mise en œuvre de plusieurs programmes et il importe de la documenter (Dane & Schneider, 1998). Dans le cas du programme *ET*, cette composante englobe le travail des instructeurs chargés d'animer les ateliers de même que celui de la psychoéducatrice responsable du soutien clinique en cours d'ateliers.

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|--|---|---|
| <p>Questionnaires auto-rapportés</p> <p><i>-Questionnaire maison de réponse des participants</i> <i>-Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les participants au programme ($N = 24$) | <p>À la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des sessions du programme (excepté pour le <i>Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale</i>, qui été complété à seulement 2 reprises : milieu et fin de programme)</p> |
| <p>Entrevues</p> <p>(Réponses à des questions directes et commentaires spontanés)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les participants au programme ($N = 24$; entrevues individuelles et de groupe) ▪ Instructeurs ($N = 2$) ▪ Psychoéducatrice | <p>Post-programme + suivi*</p> <p>(*participants cibles seulement)</p> |

Appréciation de l'animation en général

Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale

Il est d'abord pertinent de rappeler qu'à l'échelle «relations avec les animateurs» du questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale, 21 participants sur 24 (88 %) ont obtenu un score indiquant qu'ils entretenaient une perception positive de leurs relations avec les animateurs du programme, alors que deux participants en ont rapporté une perception mitigée et un seul, une perception négative.

Questionnaire maison de réponse des participants

De façon cohérente, l'analyse des scores aux items du questionnaire maison de réponse des participants se rapportant aux animateurs (c.-à-d. à leur attitude générale, leur capacité à motiver, leur ouverture et leur respect) révèle également une appréciation moyenne de l'animation globalement élevée. En effet, tel que l'indique la figure 8, les scores moyens pour chaque item sont toujours supérieurs à 4 sur un maximum de 5. La moyenne de groupe ($N = 24$) sur les six temps de mesure pour l'item d'appréciation globale de l'attitude des animateurs est de 4,4/5 (ET = 0,6). À ce même item, seuls quatre participants (1/6^e du groupe) ont obtenu une moyenne de réponse aux six temps inférieure à 3,75/5, suggérant une appréciation plus mitigée de l'attitude des animateurs. Aucun participant n'a obtenu une moyenne inférieure à 3,25/5 sur un item d'animation du questionnaire maison.

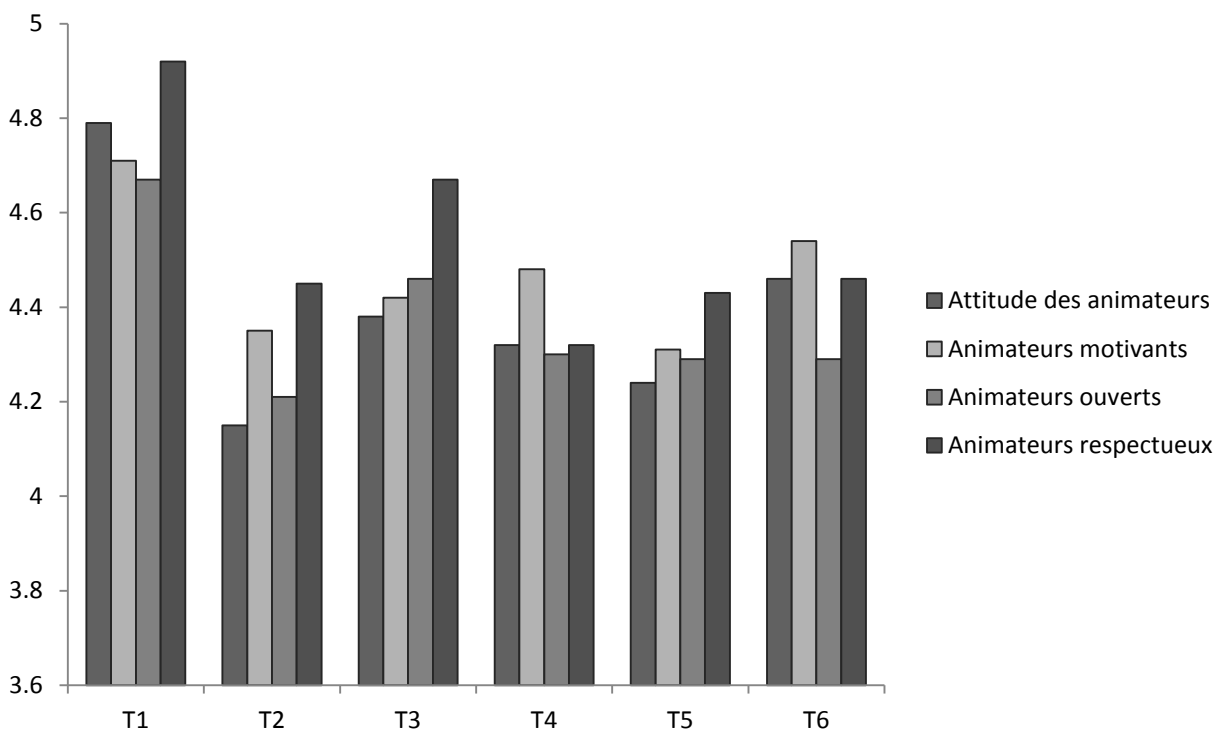


Figure 8. Appréciation moyenne de divers aspects de l'animation par temps de mesure ($N=20-24$)

Commentaires relatifs aux rôles, attitudes et pratiques de chaque catégorie d'animateurs

Les sous-sections suivantes relatent les commentaires évoqués par les répondants lors des entrevues concernant le travail des instructeurs et de la psychoéducatrice.

Instructeurs

Des instructeurs professionnels, sympathiques et impliqués. Dans le cadre des entrevues, plusieurs participants aux deux sessions du programme ont rapporté avoir apprécié les instructeurs, notamment pour leur professionnalisme, leur gentillesse, leur humour, leur dynamisme, leur grande implication, leur ténacité et leur façon de les amener à se surpasser.

Extraits illustratifs :

- « J'trouvais ça formidable d'avoir des professionnels, ça nous encourageait. » (participante cible, hiver)
- « Les *coachs* étaient encourageants et présents, c'était vraiment bien. » (participant cible, automne)

Place à l'amélioration. Cependant, des participants au sein des deux groupes ont soulevé diverses critiques par rapport à certains aspects de l'attitude et des pratiques des instructeurs. Parmi celles-ci comptent la confusion occasionnelle de leurs consignes et explications ainsi que leurs planification et organisation parfois insuffisantes ou inefficaces des ateliers. Par ailleurs, ce que certains participants ont décrit positivement chez eux comme une forme d'« intensité » ou d'aptitude à les amener à se dépasser semble avoir été perçu par d'autres comme une exigence ou une pression parfois difficile à tolérer. Un nombre non négligeable de participants a en outre rapporté avoir été dérangé par certains propos jugés condescendants ou autrement inappropriés tenus par les instructeurs ou par des attitudes parfois jugées irrespectueuses adoptées à l'égard de certains participants. Bon nombre de participants ont enfin déploré que les instructeurs les aient trop peu mis à contribution dans la planification et l'organisation des ateliers, les apprentissages techniques et le travail de création⁶.

Psychoéducatrice

Appréciation généralisée. Dans les deux groupes, des participants ont parlé en des termes très positifs de la psychoéducatrice responsable du soutien clinique et de l'organisation concrète des ateliers, la décrivant notamment comme gentille, chaleureuse et « maternante », et aucun n'a émis de réserve quant à son attitude ou sa conduite. Extraits de verbatim :

⁶ Aucun extrait de verbatim n'est fourni étant donné la sensibilité particulière de cette section.

- « Elle accueillait tout le monde, chaleureuse; elle faisait les activités comme tout le monde. Bien gentille. » (participant cible, automne)
- « Elle était fine, elle a très bien agi avec les enfants, elle amenait la bouffe. Elle était comme la maman du groupe. » (participante pop. générale, automne)

De discrète bienveillance à interventionnisme pertinent. Des différences notoires sont toutefois perceptibles dans les rôles et fonctions que les participants à chacune des deux sessions du programme ont prêtés à la psychoéducatrice et conséquemment, dans l'étendue de l'appréciation qu'ils en ont exprimée. Le groupe d'automne a rapporté l'avoir perçue comme relativement retirée, mais complémentaire à l'instructeur principal en ce qu'elle offrait du renforcement et du soutien personnalisé aux participants :

- « C'est vrai, elle faisait des attentions individuelles spéciales. C'est vrai qu'elle allait voir tout le monde un peu individuellement. Elle faisait des petits commentaires, des blagues, on dirait qu'elle remarquait, elle observait. » (participante, automne)

Les participants à la session d'hiver ont quant à eux fait abondamment valoir son rôle de modèle pour le groupe et, surtout, son rôle de soutien indéfectible — tant lors des ateliers qu'entre ceux-ci —, qu'ils ont rapporté avoir apprécié et jugé important, notamment pour favoriser le maintien de leur engagement dans le programme. Extraits de verbatim :

- « - Moi j'ai bien aimé les interventions qu'elle a faites. Elle participait avec nous et des fois elle faisait des choses qu'elle était pas vraiment capable de faire et elle partait à rire et tout le monde suivait. Elle participait et quand il y avait quelque chose, elle était là pour nous. Oui des fois je ne *feelais* pas et elle venait me voir et j'lui disais non j'ai pas l'goût, mais au moins elle était tout le temps là pour nous supporter. (...) - Y'a aussi une couple de fois j'ai eu des problèmes avec mon père qui faisait que je ne pouvais plus aller à l'activité et (elle) a appelé mon père et on a réussi à trouver des solutions avec lui et c'était bien. Elle était là pour nous soutenir. » (participants, hiver)

Il est intéressant de noter que la psychoéducatrice a elle-même rapporté avoir observé une transformation notable de son rôle entre les deux sessions du programme évaluées, qu'elle a attribuée aux besoins d'encadrement et de soutien clinique beaucoup plus importants manifestés par les participants à la session d'hiver. Elle a même rapporté avoir été tellement

sollicitée au plan clinique lors de cette deuxième session qu'elle en a remis en question la nature de ses fonctions au sein du programme.

- « Les autres sessions, j'avais l'impression que j'étais même témoin de l'évolution sans offrir trop de support clinique. Là cette fois-ci, j'ai l'impression que presque tous les jeunes ont eu à avoir du support clinique. (...) Au point où des fois j'me demandais si c'était trop. Comme dans le cas de X, j'me retrouvais à être sa thérapeute et je ne voulais pas que ça soit aussi clinique qu'à l'hôpital parce qu'on n'est pas en traitement. Par contre, pour lui qui a une exposition à retravailler au niveau cognitif, y'a pas d'autre lieu pour le travailler. Donc, je n'ai pas le choix de faire ces interventions-là qui sont purement cliniques, que je ferais ici (hôpital) pareil. Il ne pourra pas l'apprendre à la maison et il ne pourra pas l'apprendre à l'hôpital. Donc, ça me va, j'ai réglé le conflit que j'ai dans ma tête. » (psychoéducatrice, hiver)

Résumé des principaux résultats

Animation générale et instructeurs

- Des niveaux d'appréciation globalement élevés ont été enregistrés au sujet de l'animation des ateliers.
- Les participants ont rapporté qu'ils auraient souhaité être davantage impliqués dans la planification et le déploiement des ateliers.
- Les participants ont suggéré des améliorations en ce qui concerne la planification et l'organisation des ateliers, ainsi que la pertinence et l'efficacité de la communication des instructeurs.

Psychoéducatrice

- La présence de la psychoéducatrice au sein des ateliers a été unanimement appréciée.
- Les rôles et fonctions de la psychoéducatrice dans le programme (notamment l'étendue du soutien clinique qu'elle offre) semblent pouvoir varier selon les caractéristiques des participants et la constitution des groupes.

Différenciation

Afin de ne pas commettre d'erreur d'attribution, il importe de vérifier si les participants à un programme ont été exposés à des interventions similaires ou pouvant influencer les mêmes variables en cours d'évaluation, une étape appelée « analyse de différenciation » (Dane & Schneider, 1998).

| Stratégies d'évaluation | Répondants | Temps de mesure |
|--|---|---|
| Questionnaire maison de différenciation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participants cibles ($N = 15$) ▪ Intervenants référents ($N = 8$) | Post-programme + suivi |
| Entrevues (commentaires spontanés) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participants au programme (N variable) ▪ Intervenants référents (N variable) | Post-programme + suivi* (*participants cibles seulement) |

Portrait des autres services reçus pendant le programme et son évaluation

Tel que l'indique la figure 9, tous les participants cibles sauf un ont reçu des services psychosociaux pendant leur participation au programme *ET*. Ces services incluent ceux de professionnels des milieux scolaire, communautaire et de réadaptation et, dans la totalité des cas, incluent au moins un service en milieu hospitalier. Par ailleurs, la figure 10 dévoile que 13 des 15 participants cibles consommaient au moins un médicament psychotrope pendant une portion significative du programme, incluant une participante ayant discontinué son traitement pharmacologique en cours de route. Seuls deux participants ont pris part à un autre programme de groupe durant la période d'évaluation d'*ET*. Dans un cas, il s'agit d'un groupe d'information sur la confiance en soi ayant commencé peu avant la fin d'*ET* et dans l'autre, il s'agit d'un programme d'insertion à l'emploi n'ayant eu cours qu'une fois le programme *ET* terminé, soit durant les deux mois ayant précédé les évaluations de suivi.

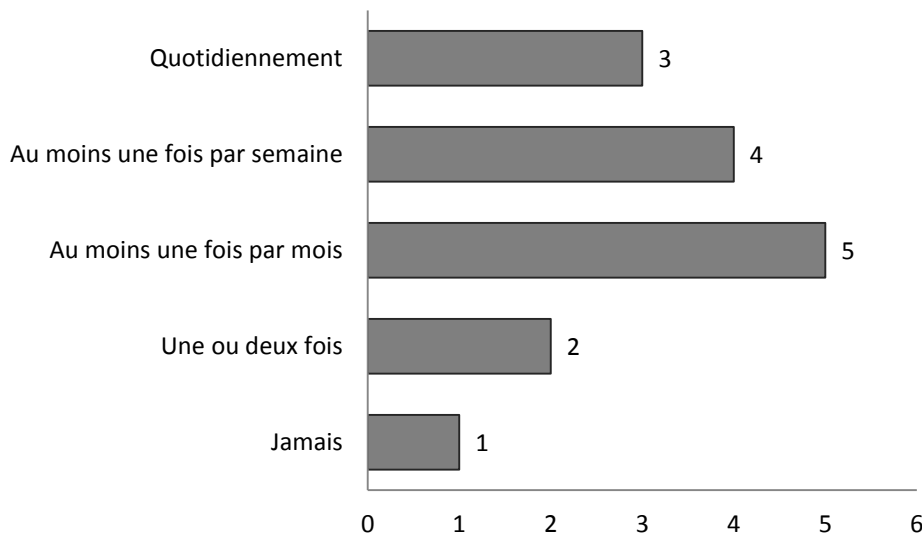


Figure 9. Distribution des participants cibles selon la fréquence des services psychosociaux reçus pendant le programme *ET* et son évaluation ($N = 15$)

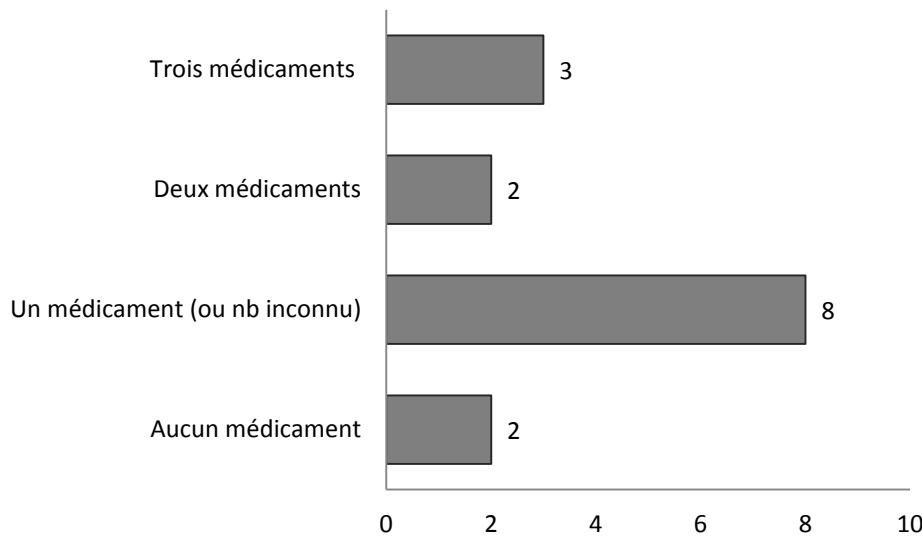


Figure 10. Distribution des participants cibles selon la variété de médicaments psychotropes consommés pendant le programme *ET* et son évaluation ($N = 15$)

Analyse de différenciation

Comparaison avec les services déjà reçus en pré-programme

Au moment de l'entrée dans le programme, tous les participants recevaient déjà des services d'intensité variable offerts par des intervenants médicaux et psychosociaux rattachés au milieu hospitalier et 14 sur 15 recevaient un traitement psychopharmacologique (voir

tableau 2). Ainsi, bien qu'il soit impossible de comparer finement l'intensité et la nature exacte des suivis reçus avant et pendant le programme — faute de données suffisamment précises —, l'analyse des données disponibles suggère qu'il n'y a pas eu introduction de services majeurs additionnels durant la période d'évaluation du programme *ET*, exception faite des deux programmes de groupe évoqués précédemment.

Interaction entre le programme ET et les autres services reçus

Cela ne signifie pas pour autant que les services déjà entamés avant et poursuivis pendant le programme *ET* n'ont pas pu contribuer significativement aux changements rapportés chez les participants cibles. Lors des entrevues, deux référents ont décrit comment les suivis psychiatriques de participants ont semblé interagir avec le programme pour favoriser les bénéfices encourus, soit en fournissant des enseignements thérapeutiques mis en pratique dans le cadre du programme ou en travaillant des enjeux soulevés par la participation à celui-ci :

- « (II) est allé à l'activité *Compétences* aussi (offerte dans le cadre d'un service d'hôpital de jour en psychiatrie), donc je crois que ce qu'il a vu là-bas, il a eu l'occasion de l'appliquer autant chez nous que dans l'activité (programme *ET*). Y' a pas beaucoup d'autres moments dans sa vie où il est très en contact avec les autres, mais ça lui a fait un bon milieu de pratique quand même. » (référent, hiver)
- « Y' a eu un moment où il a failli arrêter. Et il avait déjà lâché l'école dans le passé, alors j'avais pu voir moi-même comment il pouvait avoir de la misère au niveau de la persévérance, à ce moment, quand il n'avait pas trop de motivation à poursuivre. Y'avait manqué beaucoup (le programme *ET*) à cause de son emploi. J'pense qu'il se sentait mal aussi d'y retourner après en avoir manqué autant. On a parlé lors de la dernière rencontre de la persévérance. Il a appris de ça et on va l'utiliser. Il tente un retour à l'école en septembre, alors on va essayer de faire un parallèle avec ça. Donc, ça l'a été thérapeutique en soi et du fait qu'il a pu poursuivre et voir que finalement il a bien fait de continuer. » (référent, hiver)

Autres influences potentiellement confondantes

Outre les autres services reçus, plusieurs facteurs externes au programme ont pu contribuer aux changements observés dans le cadre de l'évaluation de ses effets, tel que l'illustre l'extrait d'entrevue suivant :

- « Mais j'ai fait du travail personnel à l'extérieur aussi, mes parents m'ont aidé aussi. »
(participant cible, hiver)

En fait, la présente évaluation étant de type naturaliste et reposant sur un plan de recherche préexpérimental, peu des influences potentiellement confondantes ont été contrôlées par devis et l'ensemble de celles-ci n'a certes pas pu être documenté. Toutefois, il est rassurant de constater que lorsque questionnés en entrevue sur les facteurs ayant pu expliquer les changements qu'ils ont prêtés au programme *ET*, relativement peu de répondants ont fait référence à des facteurs externes. En fait, outre les trois extraits provenant de répondants différents présentés ci-haut, seuls les quatre extraits suivants, dont les deux premiers concernent le même participant, ont été repérés sous le thème des facteurs explicatifs externes au programme (additifs ou interactifs) :

- « Juste avant d'y aller, j'allais magasiner donc c'est sûr que ça me rendait de bonne humeur. » (participant cible, automne)
- « J pense que le magasinage sur la rue Ste-Catherine à côté a été très positif pour lui aussi. » (réfèrent, automne)
- « Après le passage chez vous, il a accepté d'aller faire de l'entraînement. C'était facilité parce qu'il avait une subvention financière. Il y va régulièrement. » (réfèrent, hiver)
- « Je réalise maintenant, surtout au courant de mon stage que j'ai eu en même temps que le programme, que c'est plus une maladie qui est *debilitating* (...) et que c'est vraiment mal jugé par les autres. » (participante pop. générale, hiver)

Résumé des principaux résultats

- Les résultats impliquent peu d'indications d'une influence additive des autres services cliniques reçus sur les changements attribués au programme *ET*.
- Certains extraits d'entrevue indiquent toutefois une interaction fort probable entre les autres services reçus et le programme *ET*. Ces extraits suggèrent notamment que :
 - Le programme *ET* offre un contexte de mise en pratique privilégié des enseignements thérapeutiques reçus dans le cadre d'un suivi clinique parallèle.
 - Les enjeux soulevés par la participation au programme *ET* peuvent servir à alimenter un suivi thérapeutique parallèle.
 - *Ainsi, il semble que le programme ET et les autres services cliniques reçus parallèlement sont susceptibles de s'influer mutuellement à la manière d'une boucle rétroactive.*
- Bien que l'influence (additive et interactive) d'autres facteurs externes sur les changements attribués au programme *ET* n'ait été que modestement suggérée dans le discours des répondants, celle-ci demeure extrêmement probable et, dans ce cas-ci, impossible à quantifier compte tenu de la méthode de recherche employée.

-Conclusion et recommandations-

Le présent rapport relate les résultats de la toute première évaluation indépendante de la mise en œuvre du programme *Espace de Transition*. Cette évaluation a d'abord permis de documenter de quelle façon le programme était concrètement implanté, auprès de qui et avec quelle réponse de la part de ses participants. La nature évolutive et peu standardisée du programme ayant commandé l'adoption d'une démarche essentiellement descriptive et à visée formative, aucun indice précis de conformité globale n'a pu être généré. Toutefois, l'ensemble des résultats recueillis permet de conclure qu'au cours de l'année d'évaluation (2010-2011), le programme *ET* a été livré avec un bon niveau de respect de ses composantes essentielles et ce, à des participants correspondant de près à la population visée, dont la plupart y a été substantiellement exposée et en a rapporté une expérience positive et engagée, ainsi qu'une appréciation élevée. Les relations entre des aspects de la mise en œuvre du programme et les effets et mécanismes d'action de ce dernier seront explorées et discutées dans le cadre de publications subséquentes.

Suivant une logique formative, l'évaluation relatée dans le présent rapport a également permis de générer un certain nombre de recommandations visant à améliorer la mise en œuvre des versions subséquentes du programme *ET*. Ces recommandations, énoncées ci-dessous, sont issues de l'intégration transversale des divers résultats d'évaluation de la mise en œuvre présentés et demeurent, à ce stade-ci, strictement formatives puisqu'elles précèdent l'analyse des effets du programme.

- Afin d'homogénéiser les conditions d'implantation du programme;
 - ✓ Uniformiser la taille des groupes et les ratios de participants cibles et provenant de la population générale entre les différentes sessions du programme
 - ✓ Uniformiser la durée des différentes sessions du programme

- Considérant que ces caractéristiques du programme ont été largement appréciées et jugées pertinentes par les participants et autres répondants;
 - ✓ Poursuivre l'offre d'un environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles, incluant l'animation par des professionnels du milieu artistique
 - ✓ Poursuivre le regroupement de participants « cibles » et « provenant de la population générale »
 - ✓ Maintenir la poursuite d'une réalisation collective dans laquelle chaque participant joue un rôle actif et le partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme
 - ✓ Maintenir l'offre d'un soutien clinique professionnel au sein des ateliers

- Afin de favoriser le succès de mise en œuvre de la mixité des participants;
 - ✓ Assurer aux participants la divulgation strictement volontaire de leur condition psychiatrique
 - ✓ Clarifier d'emblée auprès des participants provenant de la population générale leur rôle attendu au sein du programme et les soutenir face aux hésitations ou aux malaises qu'ils peuvent vivre en cours d'ateliers

- Considérant les résultats partagés au sujet de l'équilibre entre les exercices individuels et de groupe et l'efficacité de ces derniers à favoriser les interactions sociales, de même que la centralité des interactions sociales pour le programme *ET*;
 - ✓ Proposer d'avantage d'exercices favorisant directement les interactions sociales (ex. sous-groupes d'entraide technique ou de création)

- Afin d'accroître la variété et l'intérêt des activités et exercices et de proposer des défis d'exposition mieux gradués pour tous;
 - ✓ Accroître la proportion d'ateliers de cirque et les débiter plus tôt dans le programme

- Afin d'améliorer l'équilibre entre les différents types d'exercices proposés, d'améliorer la satisfaction des participants et de faciliter les interactions sociales;
 - ✓ Proposer davantage d'opportunités de travail créatif et expressif aux participants
 - ✓ Réduire le temps consacré aux exercices strictement physiques ou techniques
 - ✓ Impliquer plus activement les participants dans la création du spectacle (ex. via des sous-groupes d'écriture, de mise en scène et/ou de répétition)

- Afin d'améliorer l'expérience et la satisfaction des participants;
 - ✓ Améliorer la planification et l'organisation des ateliers et y impliquer davantage les participants
 - ✓ Améliorer la pertinence et l'efficacité de la communication des instructeurs

-Bibliographie-

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*, 23-45.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.
- Janosz, M., & Bouthiller, C. (2007). *Rapport de validation du Questionnaire sur l'Environnement Socioéducatifs des écoles secondaires (QES-secondaire)*. Montréal, Québec : Groupe de recherche sur les environnements scolaires - Université de Montréal.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization focused evaluation* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rallis, S.F., & Rossman, G.B. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. Dans A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 297-320). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

-Annexe méthodologique-

Supplément d'information concernant les participants à l'évaluation

Recrutement

Les participants présentant un trouble psychiatrique stabilisé, désormais désignés «participants cibles», ont été recrutés via référence médicale ou professionnelle dans quatre hôpitaux montréalais. Aucun d'entre eux n'avait été antérieurement exposé au programme *ET*. La pertinence et l'adéquation du programme pour chacun de ces participants potentiels ont été évaluées par les responsables cliniques d'*ET* via des rencontres préalables et la consultation des cliniciens référents. Les autres participants au programme, désormais désignés «participants provenant de la population générale», ont été principalement recrutés via bouche à oreille, soit par des participants à des versions antérieures du programme, soit par les promoteurs eux-mêmes, au sein de leurs cercles de connaissances âgées de 14 à 25 ans. Ces participants ont tous été rencontrés par la psychiatre chapeautant le programme préalablement à leur enrôlement dans celui-ci afin de se voir expliquer leur rôle attendu, soit celui de participant «comme les autres», et de favoriser leur engagement dans le programme. Un seul de ces participants avait déjà pris part au programme *ET* lors d'une prestation antérieure.

Abandons et exclusions

Trente-deux (32) participants ont été initialement recrutés dans le programme et son évaluation, soient 21 participants cibles et onze provenant de la population générale. Quatre participants cibles et deux participants de la population générale ont abandonné le programme au cours de ses deux premières semaines de prestation. De plus, deux participants cibles en ont été retirés par les cliniciens responsables après avoir complété un maximum de huit séances en raison de problèmes de comportement nuisant substantiellement à la dynamique de groupe. Seuls les participants ayant complété le programme ont été considérés dans l'évaluation de sa mise en œuvre. Des analyses comparatives ont révélé que les participants cibles n'ayant pas complété le programme rapportaient, au moment du recrutement, des niveaux significativement inférieurs de compétence sociale, d'acceptation sociale, d'intérêt social et

d'assertion comportementale, de même que des niveaux significativement supérieurs de peur du jugement négatif d'autrui, relativement aux participants ayant complété le programme (résultats non montrés). Ces résultats suggèrent que les participants cibles considérés dans l'évaluation d'*ET* présentaient en moyenne moins de difficultés initiales que les individus recrutés n'ayant pas complété le programme. De telles analyses comparatives n'ont pas été réalisées au sujet des individus provenant de la population générale puisqu'aucune donnée de fonctionnement psychosocial n'a été colligée à leur sujet.

Supplément d'information concernant les instruments et procédures d'évaluation

Fiche d'inscription au programme

Une fiche d'inscription standardisée a été complétée par l'ensemble des participants au programme au moment de leur rencontre d'admission et d'évaluation pré-programme. En plus d'autres informations à visée administrative (ex. adresse civique, personne à contacter en cas d'urgence), la fiche d'inscription recense l'âge des participants au moment de l'entrée dans le programme, leur statut résidentiel, leur occupation, ainsi que les diagnostics et traitements psychiatriques actuellement reçus.

Questionnaire maison de réponse des participants

Le questionnaire maison d'évaluation de la réponse des participants comprend 13 items (α de Cronbach = 0,90) évaluant divers aspects de la réponse des participants, notamment la qualité de leur participation et leur appréciation des activités, de l'animation et de leurs interactions en cours de programme. « Au cours de l'atelier d'aujourd'hui... J'étais motivé à participer » et « ... J'ai apprécié les activités proposées » sont des exemples d'items. Les réponses sont fournies sur une échelle à cinq ancrages variant de « pas du tout » (1) à « extrêmement » (5). Le questionnaire maison d'évaluation de la réponse des participants a été administré à l'ensemble des participants présents à la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des deux sessions du programme évaluées.

Échelles d'affects positifs et d'affects négatifs

Cette version traduite des *Positive Affect and Negative Affect Scales* de Watson, Clark et Tellegen (1988) consiste en une liste de 20 mots décrivant des sentiments et émotions à

connotation positive et négative (ex. : inspiré, fier, nerveux, irritable). Les répondants sont priés d'indiquer le degré de correspondance entre chacun de ces mots et leur état émotionnel au moment de la complétion du questionnaire selon une échelle allant de 1 (« très peu ou pas du tout ») à 5 (« extrêmement »). L'instrument se décline en deux facteurs distincts et relativement indépendants ($r = -0,15$), soit une échelle d'affects positifs et une d'affects négatifs. Les deux échelles présentent une bonne cohérence interne (α de Cronbach respectifs = 0,89 et 0,85) et ont d'excellents indices de validité convergente et discriminante (voir Watson et al., 1988). De plus, lorsqu'utilisées pour caractériser l'état émotionnel au moment présent, les échelles sont sensibles aux fluctuations de l'humeur et autres facteurs circonstanciels. Les échelles d'affects positifs et d'affects négatifs ont été administrées à l'ensemble des participants présents à la fin de six ateliers répartis tout au long de chacune des deux sessions du programme évaluées.

Questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale

Quatre échelles adaptées du *Questionnaire sur l'environnement socioéducatif au secondaire* (QES-secondaire; Janosz & Bouthiller, 2007) ont été utilisées afin d'évaluer l'attitude générale et le sentiment d'appartenance des participants face au programme *ET*, de même que le climat relationnel qu'ils y ont perçu. Les deux premières échelles, nommées *Climat relationnel entre les participants* et *Climat relationnel entre les participants et les adultes*, comprennent chacune cinq items, tels que : « Les participants peuvent compter les uns sur les autres » et « En général, les relations entre les participants et les animateurs sont chaleureuses et amicales. » La troisième échelle porte sur le sentiment d'appartenance au programme et comprend six items, dont le suivant : « Je me sens vraiment à ma place dans ce programme. » Les répondants sont invités à exprimer leur niveau d'accord avec les différents énoncés à l'aide d'une échelle de réponses à six points (1 = totalement en désaccord et 6 = totalement d'accord). Ces trois échelles possèdent une cohérence interne de modeste à satisfaisante (α de Cronbach respectifs = 0,75; 0,54 et 0,76). Dans leur forme originale, elles affichent enfin une bonne stabilité temporelle (r test-retest (15 jours) respectifs = 0,78, 0,78 et 0,87; Janosz & Bouthiller, 2007).

Quatre items supplémentaires adaptés du QES-secondaire ont été administrés aux participants afin d'évaluer leur attitude générale à l'égard du programme *ET* (α de Cronbach = 0,76). Ces items (ex : « Je vais aux ateliers parce que j'y suis obligé ») sont associés au choix de réponses suivant : 1) Faux, 2) Plutôt faux, 3) Plutôt vrai et 4) Vrai. Le questionnaire sur le climat relationnel, le sentiment d'appartenance et l'attitude générale a été administré à l'ensemble des participants présents à la fin de l'atelier médian et du dernier atelier de chacune des deux sessions du programme évaluées.

Questionnaire de différenciation

De brefs questionnaires visant à documenter les autres services auxquels les participants ont été exposés pendant la durée du programme et de son évaluation ont été administrés aux participants eux-mêmes ainsi qu'à leurs intervenants référents peu de temps après la fin du programme de même que trois mois plus tard. Ces questionnaires comprennent des questions sur la nature et la fréquence des autres services reçus de la part d'intervenants ou d'instances du secteur de la santé et des services sociaux, sur tout autre programme d'intervention fréquenté, ainsi que sur les traitements pharmacologiques reçus.

Échelles d'observation

Les échelles d'observation complétées par la psychoéducatrice à la fin de six ateliers répartis au cours de chacune des deux sessions du programme soumises à l'évaluation comprennent neuf énoncés concernant des concentrations d'observation différentes. À la fin des ateliers sélectionnés, la psychoéducatrice devait coter chaque énoncé en usant d'une échelle à cinq ancrages variant d'aucunement (1) à énormément (5) au sujet de chacun des participants présents. Les énoncés dont les résultats ont été utilisés pour la présente évaluation sont les suivants : « Lors de l'atelier qui vient de se terminer... » 1) « Le participant a manifesté du plaisir (par ex. a souri, a ri, a exprimé verbalement avoir du plaisir, etc.) », 2) « Le participant a interagi avec les autres participants (relativement à la quantité d'interactions possibles compte tenu du déroulement de l'atelier) » et 3) « Le participant a interagi avec les adultes en présence (idem) ».

Entrevues

Des entrevues individuelles et de groupe ont servi à colliger une proportion importante des données utilisées dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du programme *ET*. Des questions spécifiques concernant les types d'activités et exercices proposés, le climat au sein des ateliers, l'animation de ceux-ci, l'expérience du spectacle final et les facteurs ayant pu favoriser ou nuire à l'efficacité du programme ont été posées aux participants en contexte d'entrevues de groupe post-programme. Les questions concernant la mixité des participants et l'offre d'un environnement dissocié des structures cliniques, potentiellement plus délicates, de même que celles concernant les jugements et attitudes face au programme et l'expérience affective en cours d'ateliers, ont pour leur part été abordées dans le cadre des entrevues individuelles ayant suivi de près la fin du programme. L'ensemble de ces mêmes questions a été posé individuellement aux deux instructeurs à la fin de la session d'automne du programme, ainsi qu'à la psychoéducatrice à la fin de chacune des deux sessions évaluées. Les cliniciens référents n'ont pour leur part été directement questionnés que sur les facteurs ayant pu favoriser ou nuire à l'efficacité du programme *ET*.⁷

Les entrevues individuelles ont généralement été conduites au lieu de résidence ou de traitement des participants et au lieu de travail des autres répondants, alors que les entrevues de groupe ont eu lieu dans des locaux universitaires. Toutes les entrevues ont été conduites par une même clinicienne chercheuse afin de maximiser l'uniformité des procédures et d'assurer un soutien adéquat aux répondants si nécessaire. Les entrevues individuelles, qui comprenaient aussi la discussion d'une variété d'aspects liés aux effets du programme et à ses mécanismes d'action potentiels, ont duré en moyenne 10 minutes (ET = 6:35), alors que les entrevues de groupe furent d'une durée moyenne de 52 minutes (ET = 3:19). Elles ont toutes été audio-enregistrées et transcrites par la suite.

Supplément d'information concernant les analyses

Les données discursives concernant la mise en œuvre du programme *ET* ont été soumises à une analyse thématique qualitative. Cette technique consiste à procéder systématiquement au repérage des thèmes abordés dans un corpus, puis à leur analyse (Denzin

⁷ Les canevas d'entrevues utilisés sont présentés en annexe (III) de la thèse..

& Lincoln, 2000). Bien que la macro classification du matériel ait été largement guidée par les catégories de composantes de mise en œuvre dictées par les questions d’entrevues, les réponses spécifiques à celles-ci ont été codifiées selon une approche inductive favorisant l’émergence de l’ensemble des thèmes soulevés par les répondants (Miles & Huberman, 1994). Les thèmes ont été recensés horizontalement dans le discours de tous les répondants de façon à permettre de dégager des conclusions descriptives générales relatives à la mise en œuvre du programme *ET* (Miles & Huberman, 1994). La première auteure du rapport a réalisé l’ensemble du codage et des analyses, assistée par le logiciel QDA Miner 3.2 (Provalis Research, 2009). Les co-auteurs ont fourni une rétroaction régulière sur l’évolution du codage et contribué aux réflexions analytiques.⁸

⁸ À titre illustratif, un extrait de la grille de codification élaborée dans le cadre de l’évaluation du programme *ET* est fourni en annexe (IV). Cet extrait, qui porte sur un thème concernant les effets du programme *ET*, est partiellement ventilé de sorte à montrer les différents niveaux de la grille et la façon dont les codes y sont définis et exemplifiés.

**CHAPITRE III: A MIXED METHODS EVALUATION OF THE
EFFECTS OF AN INNOVATIVE ART-BASED
REHABILITATION PROGRAM FOR YOUTHS WITH
STABILIZED PSYCHIATRIC DISORDERS**

Kim Archambault^{1,2}, Isabelle Archambault¹, Sarah Dufour¹, & Patricia Garel^{2,3}

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Centre de recherche, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

³Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

ABSTRACT

Art-based interventions are promising strategies to improve the well-being and adjustment of youths suffering from mental disorders, but rigorous evaluations of these interventions are scarce and warranted. This study reports on a mixed methods evaluation of the effects of *Espace de Transition (ET)*, an innovative art-based group program aimed at fostering the rehabilitation of adolescents and young adults with recently stabilized psychiatric disorders. Fifteen participants took part in the program and were included in the evaluation. At pre-program, post-program, and three-month follow up, participants completed measures of social comfort and competence and self-perception. At the same time points, clinicians who referred participants to the program assessed their global functioning using standardized measures. Semi-structured interviews were also conducted with participants and clinicians. Post-program and follow up improvements in the general functioning of participants were observed with clinician-rated measures ($p < 0.01$) and were largely echoed in interview material. Improvements in self-perception and social comfort and competence were not observed quantitatively, but were reported in interviews by half of program participants and the large majority of clinicians who referred them. Findings suggest that *ET* can be successful at improving the global functioning of youths with stabilized psychiatric disorders, as well as the self-perception and the social comfort and competence of a fair proportion of them. This preliminary evaluation supports the relevance and potential efficacy of the program *ET* and of similar initiatives as approaches to foster the rehabilitation of youths suffering from mental disorders.

Increasingly, the mental health of young people is considered preoccupying. International estimates of prevalence suggest that at least one in every five young people (15-24 years of age) in the general population suffers from one or more mental disorder (Belfer, 2008; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Reported rates for young adults are even considerably higher, ranging between 35% (18-24 years old) and 45% (18-29 years) respectively in two recent European and American surveys (Gibbs, Fergusson, & Horwood, 2010; Serrano-Blanco et al., 2010). Moreover, among individuals suffering from mental health problems, adolescents and young adults are considered a subgroup particularly at risk of psychosocial maladjustment (Gralinski-Bakker, Stuart, Billings, & Allen, 2005; Patel et al., 2007). Mental disorders in youths are associated with considerable distress, concurrent and subsequent functional impairments, exposure to stigma and discrimination, and risk of premature death (Gralinski-Bakker et al., 2005; Patel et al., 2007). Hence, clinicians and researchers emphasize the necessity to develop effective interventions to support the adjustment of young people suffering from mental health problems (Gibbs et al., 2010; Kutcher, 2007; McGorry, 2007; Patel et al., 2007; Vander Stoep et al., 2000).

Arts interventions raise a growing interest in the mental health sphere (Crawford & Patterson, 2007; Hacking, Secker, Spandler, Kent, & Shenton, 2008; Leckey, 2011). These interventions encompass a broad array of artistic and therapeutic modalities that can be declined on a continuum spanning from art therapy (i.e. psychotherapy in which people work with art therapists to express and elaborate thoughts and feelings via art media; Collie, Bottorff, Long, & Conati, 2006) to «arts in health» or «arts for health» initiatives (i.e. therapeutic art making, usually facilitated by non-therapist artists, in which engagement in the creative process *per se* is seen to have therapeutic value; Collie et al., 2006; Macnaughton, White, & Stacy, 2005). Art-based interventions are relatively common among psychiatric rehabilitation settings, and are even promoted by national agencies in some countries (e.g. England; Patterson, Dabate, Anju, Waller, & Crawford, 2011; Leckey, 2011).

A growing body of evidence suggests that creative activities have measurable positive impacts on physical and mental well-being (Bunguay & Clift, 2010; Ruiz, 2004; Van Lith, Fenner, & Schofield, 2011). Among other findings, studies conducted with individuals presenting various psychiatric disorders suggest that art-based interventions can lead to increased socialization (Argyle & Bolton, 2005; Heenan, 2006; Twardzicki, 2008; Sticley &

Hui, 2012a), improved social skills (Stacey & Stickley, 2010; Staricoff, 2004), heightened self-esteem and self-efficacy (Coholic, 2011; Hacking et al., 2008; Ruddy & Dent-Brown, 2009; Stickley, Hui, Morgan, & Bertram, 2007), as well as improved global functioning (Gold, Bentley, & Wigram, 2005; Makin & Gask, 2011; Stickley & Hui, 2012b). Moreover, art-based programs appear to be especially valued and attended by service users (Crawford & Patterson, 2007; Lloyd, Wong, & Petchkovsky, 2007), who report appreciating their normalizing, pleasurable, relaxing and distracting qualities (Argyle & Bolton, 2005; Makin & Gask, 2011; Macnaughton et al., 2005; Webster, Clare, & Collier, 2005).

Although the literature supporting the appropriateness and potential benefits of arts interventions for people with mental health needs is growing in size and in strength (Pratt, 2004; Ruiz, 2004), it remains largely based on anecdotal reports and exploratory studies (Leckey, 2011; Macnaughton et al., 2005; South, 2004). Systematic evaluations of these types of promising strategies are scarce (Daykin et al., 2008; South, 2004) and reported evidence often comes from studies assessing interventions without any clear formulation of objectives and putative mechanisms of action (Everitt & Hamilton, 2003; Leckey, 2011; South, 2004), relying on poorly validated instrumentation (Hacking et al., 2008; Macnaughton et al., 2005) and lacking in explicitness regarding recruitment, data collection, and analysis methods (Hacking et al., 2008; Ruiz, 2004). Rigorous evaluations of the putative effects and mechanisms of action of art-based interventions for people with mental health needs are therefore largely warranted (Ruiz, 2004). The present study aims to add to the extent literature by assessing the effects of an innovative art-based rehabilitation program for youths with mental disorders.

The program *Espace de Transition (ET)* is a group-based «arts in health» initiative that was developed by medical and psychosocial practitioners at the psychiatry department of Sainte-Justine Hospital (Montreal, Canada), in collaboration with professional artists. Coherent with a recovery framework (Slade, 2011; Van Lith et al., 2011), the program *ET* aims to foster the rehabilitation of adolescents and young adults with recently stabilized psychiatric disorders, notably by improving their self-perception, social comfort and competence, and global functioning. The program *ET* is intended for individuals aged 14 to 25 years. It primarily targets youths presenting with psychiatric disorders of different kinds (with the exception of mental retardation and pervasive developmental disorders), for which they

have received intensive clinical care and sufficient stabilization of acute symptoms has been reached. The program generally serves groups of 12 to 15 youths, in which targeted participants are mixed with approximately one third of same age peers who do not present any mental health or adjustment problems requiring special services. The program mainly consists in two hours-long drama and circus workshops that take place in a community setting twice weekly during ten to twelve consecutive weeks. At the end of the program, participants are encouraged to present a collectively created work to a public of their choice. The workshops are conducted by experienced non-therapist artist instructors and clinical support is assured by the constant presence of a professional mental health practitioner and the available consultancy of an assigned psychiatrist.

The present study is a first independent pilot evaluation of the effects of the program *ET*. The evaluation study assessed to what extent *ET* succeeded at reaching three of its core objectives, i.e. to improve 1) the self-perception, 2) the social comfort and competence, and 3) the global functioning of targeted participants. The terms used to describe program objectives were left intentionally broad in order to reflect the wide-ranging view held by promoters with regards to the actual changes they intended with their intervention. Hence, the first objective refers in general terms to the conception one has about the person he or she is and indistinctively encompasses concepts such as global or domain-specific self-esteem, self-confidence and self-efficacy (Riding & Rayner, 2001). The second objective concerns two aspects of social functioning: relational ease, understood in terms of comfort in social contexts or as the inverse of social apprehension, and social competence, which refers to the mastery of various perceptual and behavioral skills facilitating interaction and communication with others (Semrud-Clikerman, 2007). Finally, the third objective refers to an individual's overall level of functioning in the psychological, social and occupational spheres, and includes an appreciation of psychiatric symptoms (American Psychiatric Association, 2000). The putative mechanisms of action of the program *ET* were also investigated as part of this pilot study and will be reported and discussed in an upcoming publication.

METHOD

Study Design

The evaluation of the program *ET* relied on the use of quantitative and qualitative data according to a «triangulation-convergence» type of mixed method. This approach aims at converging different kinds of information in order to enrich the understanding of a given reality (Creswell & Plano Clark, 2007). In addition to favoring the emergence of results reflecting complementary perspectives, the use of mixed methods allows to benefit from the complementary strengths of qualitative and quantitative approaches and to compensate for some of their respective limitations (Johnson & Turner, 2003).

A repeated measures design (pre-program (T1), post-program (T2), and three-month follow up (T3)) was used to assess program effects. Two sessions of the program were evaluated. Data pertaining to program effects were mainly collected during the two weeks prior to the beginning of the program, the two weeks following the end of the program, as well as approximately three months after the end of each program session. The use of repeated pre- and post-program measures allows appreciating changes in time as a function of program exposition and the assessment of two distinct sessions of the program increases both the internal and external validity of the evaluation conclusions (Shadish, Cook, & Cambell, 2002).

Participants

Only participants presenting with psychiatric disorders (i.e. targeted participants) were included in the present study, as their co-participants who do not present any mental health or adjustment problems requiring special services were not concerned by the program objectives under evaluation. Twenty-one (21) participants were recruited via referral from their treating psychiatrist or other mental health practitioner at four different hospitals in the Montreal region. The clinicians in charge of the program thoroughly assessed program relevance and adequacy for each potential participant. Four participants dropped out of the program within the first two weeks and two were asked to leave by program promoters after having completed a maximum of eight workshops because of conduct problems severely disrupting the group dynamics. Only the participants having completed the program were retained in the present study ($N = 15$). Significant differences were observed at pre-program between completers and

non-completers on four of the five self-rated measures used to quantitatively assess program effects. Youths who did not complete the program reported significantly lower levels of social competence, social acceptance and interest, and self-assertion, as well as higher levels of fear of negative social evaluation (see Table 1). This suggests that non-completers were initially more severely impaired than those who remained in the program. Table 2 presents demographic and clinical data pertaining to participants having completed the program. A nearly equal number of male and female youths took part in the program and its evaluation. Participants were between 13 and 23 years of age at program entry, which roughly corresponds to the age range targeted by program promoters (i.e. 14-25 years). As also intended by promoters, youths presenting with diverse primary psychiatric diagnoses were enrolled in the program. At program entry, all but one target participants were taking at least one psychotropic medication and all were currently receiving medical and/or professional services from a hospital-based mental health facility. However, the large majority (73%) was receiving external services no more frequently than bi-monthly, suggesting a fair level of symptomatic stabilization. Table 2 further shows that most target participants were living with family when they started the program and were enrolled in some kind of school curriculum. In addition to confirming that the program *ET* was successful at reaching its targeted population, an implementation assessment revealed that participants' mean attendance to program was high (91.9%, $SD = 8.6$), as well as their average quality of participation and program appreciation (4.2/5, $SD = 0.5$; Archambault, Dufour, Archambault, Garel, & Gauthier, 2012). This assessment also highlighted that group composition and program length differed substantially between the two sessions under evaluation. For instance, the fall session lasted ten weeks while the winter session lasted 12 weeks (see Archambault, Dufour, Archambault, Garel, & Gauthier, 2012 for a more detailed account of program implementation). Despite this variation in program implementation, all participants were considered together in the analyses performed to assess program effects. This decision was based on preliminary analyses showing no significant difference between participants from both sessions on any of the self-rated psychosocial measures and highly similar effects evaluation results when including and excluding first session participants (results not shown).

Instruments and Procedures

General procedure. Participants' self-perception, social comfort and competence, and global functioning were measured via two main strategies: 1) validated questionnaires completed by participants themselves (self-rated) and their referring clinicians (observer-rated) at pre-program, post-program and three-month follow-up and 2) semi-structured interviews conducted with participants at post-program and follow-up and their referring clinicians at post-program. Clinician-rated questionnaires were only completed for 11 of the 15 participants and interviews with referrers were conducted with regards to all but 2 participants. One-on-one data collection sessions generally took place at the home or treatment center of participants and at practitioners' office. A single qualified professional clinician researcher administered all the questionnaires and conducted all the interviews in order to minimize procedure variability and to ensure adequate support to the respondents if needed. Free and informed consent was obtained prior to the onset of the evaluation procedures from all study participants and from one of their parents in the case of minors (aged under 18 years). Official approval by the Institutional Review Board of all four sites of recruitment was also obtained. Strict confidentiality was assured throughout the study by data codification and signed commitment from all research staff.

Self-perception measure. The self-perception of participants was quantitatively assessed using a French-Canadian validated version of the *Rosenberg Self-Esteem Scale* (*RSES*; Vallières & Vallerand, 1990). This widely used 10-item scale captures the respondents' global perception of their personal value and comprises items such as «I feel that I have a number of good qualities» and «I feel I do not have much to be proud of». Respondents are asked to indicate to what extent each statement corresponds to them on a 4-point scale ranging from «Strongly disagree» to «Strongly agree». The scores obtained with this scale can vary from 10, indicating the lowest possible level of self-esteem, to 40, indicating the highest level (Vallières & Vallerand, 1990). The internal consistency of the *RSES* is highly satisfactory (Cronbach's α ranging from 0.80 to 0.93), as well as its construct validity (Vallières & Vallerand, 1990). Although this measure presents relatively high temporal stability (test-retest r (3-weeks) = 0.84; Vallières & Vallerand, 1990), it has been

shown to allow the detection of changes in the reported self-esteem of participants to psychosocial intervention programs (Matsuba, Elder, Petrucci, & Marleau, 2008).

Social comfort and competence measures. Different aspects of perceived social comfort and competence were assessed using three self-rated measures. First, the *Évaluation sociale de soi chez les jeunes adultes*¹ (*ESSJA*), an original instrument developed by Michaud, Bégin, and McDuff (2006), was used. It is declined in two scales: 1) a *Social competence* scale, which captures the feeling of personal competence across diverse social contexts, and 2) a *Social acceptance and interest* scale, which captures the feeling of social acceptance and popularity in love and friendship relationships, as well as the importance and interest that the respondents grant to the social sphere. The former scale asks respondents to indicate to what extent they feel capable of showing each of 16 social behaviors, attitudes or feelings, such as approaching others without being preoccupied with what they think of oneself or feeling comfortable at a party, using a seven-point scale ranging from «Not at all capable» to «Perfectly capable». Scores obtained with this scale can vary from 16 to 112, respectively indicating the lowest and highest possible levels of perceived social competence (Michaud et al., 2006). The latter scale is composed of 13 statements describing diverse social situations, such as the following translated examples: «I am popular with other youths of my age» and «I find it difficult to make friends». Respondents have to rate each of these statements according to their degree of correspondence with their own experience using a five-point scale (1 = «Don't agree at all»; 5 = «Totally agree»). Scores obtained with this scale can vary from 13 to 65, respectively indicating the lowest and highest levels of self-rated social acceptance and interest (Michaud et al., 2006). Both *ESSJA* scales show satisfactory internal consistency (Cronbach's α ranging from 0.90 to 0.93 and from 0.83 to 0.86 respectively) as well as good convergent and discriminant validity (Michaud et al., 2006).

A French-Canadian translation of the brief version of the *Fear of Negative Evaluation Scale* (*FNES*; Kéroack, Boisvert, & Prévost, 1987) was also used as a measure of social-evaluative anxiety. The *FNES* consists in 12 statements that respondents have to rate according to a five-point scale ranging from «Not at all characteristic of me» (1) to «Extremely characteristic of me» (5). It contains items such as: «I worry about what other

¹ Can be translated as : *Young Adults Social Self-Evaluation*

people think of me even when I know it doesn't make any difference» and «I rarely worry about what kind of impression I am making on someone». The scores obtained with the *FNES* can range from 12, indicating the lowest level of fear of negative self-evaluation, to 60, indicating the highest possible level (Monfette et al., 2006). The *FNES* has adequate internal consistency (Cronbach's α ranging from 0.78 to 0.94) and convergent validity (Leary, 1983; Monfette et al., 2006; Watson & Friend, 1969). Although the original version of this measure shows relative temporal stability (test-retest r (1 month) varying between 0.75 and 0.94 depending on samples; Leary, 1983; Watson & Friend, 1969), it has been successfully used to detect changes following pharmacological and behavioral interventions (Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

Finally, a French-Canadian validated translation of the *Rathus Assertion Schedule (RAS)*; Bouchard, Valiquette, & Nantel, 1975) was used to assess participants' perceived self-affirmation capacities and tendencies. This questionnaire contains 30 statements related to assertiveness. Respondents have to indicate how characteristic each of these statements are of themselves using a six-point scale ranging from -3 («very uncharacteristic of me») to +3 («very characteristic of me»). Item examples are: «I am careful to avoid hurting other people's feelings, even when I feel that I have been injured» and «I enjoy starting conversations with new acquaintances and strangers». Scores obtained with the *RAS* can vary from -90 (non-assertive) to 0 (moderately assertive) to 90 (very assertive; Bouchard et al., 1975). The *RAS* presents a satisfying internal consistency (Cronbach's α ranging from 0.75 to 0.91) and its original English version has been shown to have good convergent and discriminant validity (see Rathus, 1973). This measure has high temporal stability (test-retest r (2 months) = 0.86; Bouchard et al., 1975), although it has been shown to allow the detection of significant changes when used to assess the effectiveness of assertiveness training (Rathus, 1972; 1973).

Global functioning measures. The global functioning of participants was assessed by their referring clinicians using two rating scales that are well suited to multidisciplinary raters and do not require extensive training (Affleck & McGuire, 1984; Startup, Jackson, & Bendix, 2002). The *Global Assessment of Functioning (GAF)*; American Psychiatric Association, 1987), based on the widely used *Global Assessment Scale* (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976), is a single item measure for evaluating a person's functioning on a continuum from health to illness based on an observer's appreciation of current or past level of psychiatric

symptoms and general functioning. The *GAF* has been extensively used in studies of people with mental disorders (Crawford et al., 2010), and is recognized as a valid and reliable rapid measure of global functioning, which is sensitive to change (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995; Startup et al., 2002). An official French-Canadian translation of the latest 90-point version of the *GAF* scale was used with the instruction to assess **current** functioning (Direction générale de la gestion de la santé, 2009). Scores on this version of the scale vary from 0 to 90. As such, a score of 0 indicates inadequate information, whereas scores ranging from 1 to 10 indicate «persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) or persistent inability to maintain minimal personal hygiene or serious suicidal act with clear expectation of death». At the other end of the scale, scores ranging from 81 to 90 indicate «absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities, socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g. an occasional argument with family members) » (Direction générale de la gestion de la santé, 2009).

A French translation of the *Morningside Rehabilitation Status Scale (MRSS)* (Bouvard, 2008) was also used to assess global functioning. The *MRSS* is a brief observer-rated scale designed to measure last-month functioning according to four areas of change relevant to the rehabilitation of psychiatric patients: 1) dependency, 2) occupation and leisure activity, 3) social isolation, and 4) current symptoms (Affleck & McGuire, 1984; Phelan, Wycks, & Goldman, 1994). Each dimension is measured on an 8-point scale, with 0 indicating the highest level of functioning and 7, the lowest. Inter-rater reliability of each of the four subscales and of the total dimension has been shown to be acceptable to high (correlations ranging from 0.68 to 0.90) and evidence of concurrent validity has been reported (Affleck & McGuire, 1984; Phelan et al., 1994). The *MRSS* total scale has high internal consistency (Cronbach's α ranging from 0.82 to 0.94).

Interviews. Program effects were also evaluated via interviews with participants themselves and their referring clinicians. First, open questions regarding any perceived changes attributed to the program were asked, allowing for indirect assessment of effects pertaining to self-perception, social comfort and competence, and global functioning (e.g. «Are you under the impression that the program ET brought you something? If yes, can you provide some examples»). Secondly, respondents were directly asked if they thought that

participation in the program had to do with their own or their patient's **current** level of self-esteem and/or self-confidence, social comfort and social competence (e.g. «*Do you think that program participation had anything to do with Jennifer's current level of social competence?*»). Interviews, which also comprised discussions about a variety of other aspects of program implementation and effects, lasted on average 10 minutes ($SD = 6:35$). They were tape recorded and transcribed into written text afterwards.

Analyses

Quantitative analyses. Paired-samples t-tests were performed with data collected from the different validated self- and observer-rated measures used to assess program effects. Change in participants' self-perception, social comfort and competence and global functioning between pre-program and both post-program and three-month follow-up was examined. Similar results were obtained with repeated-measures ANOVAs instead of separate t-tests (not shown). The latter were thus presented since they allowed maximizing the number of subjects per comparison.

Qualitative analyses. The discursive data pertaining to program effects was submitted to a rigorous thematic analysis. This technique consists in systematically identifying and analyzing the themes addressed in a given corpus (Denzin & Lincoln, 2000). Answers to open questions about perceived program effects and to direct questions concerning the reaching of specified program objectives were considered conjointly. Themes were identified in the verbatim of all of the respondents in a horizontal (variable-centered) fashion (Miles & Huberman, 1994). The first author coded all of the relevant study material using a mainly inductive approach, yet geared by pre-determined research questions (Miles & Huberman, 1994). Co-authors shared in the coding process by providing regular feedback on intermediate versions of the code book up to its stabilization.

Codes pertaining to each of the three objectives under evaluation (i.e. improvements in self-perception, social comfort and competence, and global functioning) were gathered under corresponding categories (meta codes) before being subdivided between verbatim extracts revealing program-related improvements, absence of improvement and limited or uncertain improvements. A second researcher independently replicated this key classification step in order to assure its fidelity. Inter-coder agreement was 91.34% and there was no instance of

complete disagreement (i.e. researcher 1 classifies a verbatim extract in «presence of improvement» and researcher 2 classifies the same extract in «absence of improvement»). All disagreements were discussed and settled consensually, with a tendency to err on the conservative side. In order to facilitate the triangulation of quantitative and qualitative results, the number of respondents having provided a discourse reflecting improvement, no improvement or limited or uncertain improvement with regards to each program objective was calculated. The coding and analysis of the qualitative material were assisted by the computer software QDA Miner 3.2 (Provalis Research, 2009).

RESULTS

Quantitative Results

Table 3 and 4 present the results of paired-samples t-tests comparing pre-program scores to post-program and follow up scores on measures of program effects. A clear pattern of results emerged. On the one hand, no significant difference was observed on any of the self-rated questionnaires between pre-program and both post-program and three-month follow up. On the other hand, significant differences between pre-program and the two subsequent time points were observed on all of the clinician-rated measures. These differences were large, effect size r_s ranging from 0.64 to 0.89.

Qualitative Results

Improvements in self-perception. Improvements in self-perception were among the most commonly reported program-related benefits by interviewed respondents. Some of them plainly asserted that participation in the program improved their own or their patient's self-esteem or self-confidence: *«Personally, my self-esteem was not very strong. But doing activities likes that, the show and all, it gave me confidence in myself because I was often part of the first layer of the pyramids. So if I let go, everything would fall down and, in a way, it gave me confidence. People were counting on me»*² (participant, post-program).

Others mentioned that the program brought about feelings of pride and accomplishment, the valorisation of positive aspects of oneself, the discovery or validation of capacities or talents, or a sense of being important to the group and appreciated by others, all impacts that were considered as close precursors or indirect indicators of improvements in self-perception: *«I discovered that I could be useful, that I wasn't «nothing». Because if I hadn't been there, there are some things in the show that wouldn't have been the same and the scene would not have been the same. I had a place»* (participant, post-program).

Finally, the program was also viewed by a small number of respondents as a normalizing experience in the sense that it allowed participants to see themselves function in a natural environment without being constantly reminded of their mental health issues: *«In terms of*

² Since all of the interview material was originally in French, presented extracts are free translations.

what it may have brought him, I think it is to feel more normal, to get out of the hospital, to be able to do activities without always being under the impression that he was different or ill» (referrer, post-program). Such a normalizing impact was also considered as a form of positive transformation of self-perception.

A substantial proportion of respondents explicitly denied any program impact on participants' self-perception or reported limited improvements. Many of them spontaneously justified their response. Some simply nuanced that the observed improvements were modest, while some others claimed that their self-perception was already positive («good») prior to the program or that self-perception is difficult to change or depends on factors unrelated to intervention: *«My self-esteem, I don't think that it is necessarily higher. It's not something that can be changed overnight»* (participant, post-program).

Improvements in social comfort and competence. When questioned about program impacts, a considerable proportion of respondents reported improvements in the social sphere. Among the specific improvements that were attributed to the program are increased relational comfort, openness to others and confidence in others: *«Yes, it brought me something. I am less shy, not less shy but more open than before. It made me more comfortable. If I hadn't done the program, I would not be as open, and like, I wouldn't go towards people»* (participant, post-program).

Decreased feelings of shyness, shame or fear of others' judgment in social situations were also reported by numerous participants and some referring clinicians as beneficial impacts of program participation: *«Enriching because when I got there, I had no self-confidence. All I did, I would repeat to myself to know if it was right, at least a hundred times. Often, I wouldn't do things in case I'd fail. In the end, doing the show and becoming less shy in front of people that I don't know, it allowed me to realise that there is nothing to be afraid of. Even if I make a mistake or I fail, it's not that bad, it's life ! That's why I find it enriching»* (participant, post-program).

Finally, several respondents attributed to the program an improved mastery of certain social abilities such as self-assertion and maintenance of an eye contact during social interactions: *«It helps me to look people in the eyes and not to put my head down (...))»* (participant, post-program).

A substantial proportion of respondents denied any program-related change in social comfort and competence or reported moderate or uncertain improvements. The majority of these respondents spontaneously justified their response by reporting high levels of social comfort and competence prior to program participation: «*No, I was like that before. I would appreciate people whenever they would come and talk to me. I would accept them and respect them. It didn't change a lot. Often, people come to me because I'm a nice girl. I don't judge others, so they often come to me*» (participant, post-program). Other recorded justifications for negative or ambivalent answers were the modest magnitude of the observed changes and the contribution of other factors than the program to social development.

Improvements in global functioning. When openly questioned about their impressions with regards to program effects, several participants reported that the program allowed them to meet new people, to make friendships and/or to feel a sense of belonging to a peer group: «*I got to meet good friends, who became good friends. They are highly appreciated persons*» (participant, post-program). Similarly, clinicians mentioned socialization opportunities as one of the main contributions of the program to the youths that they referred to it.

Participants also reported that their experience of the program helped them to become more motivated and/or mobilized towards the pursuit of leisure, academic or professional activities: «*The desire to do circus (...). To do more circus and maybe to work on theatre more. To work more on my part to participate in such activities*» (participant, post-program). This was also echoed by a few clinicians, one of which raised the beneficial impact of the program on the professional orientation of a participant.

Moreover, respondents described the program as an opportunity or an incentive for its participants to go out of their home or residence, and to develop their ability and propensity to commit to an endeavor and to pursue it until the end: «*To shake her up I would say, to get her out of her home. She was living in morbid isolation*» (referrer, post-program).

Finally, beneficial impacts on participants' autonomy and individuality development were attributed to the program by a few respondents, as well improvements in participants' relationship with family: «*She rapidly put herself in an autonomy seeking perspective. It allowed her to assert herself a lot towards her mother (...). What the mother concluded from the intervention is that it taught them how to fight*» (referrer, post-program).

All of these reported program-related impacts were considered as improvements in global functioning as they relate to some of the dimensions that usually make up the definition of this broadly used psychiatric construct, especially the social isolation, inactivity, and dependency dimensions described in the *MRSS*.

Quantitative summary of qualitative results. Table 5 offers a quantitative summary of respondents' opinions about program-related impacts with regards to the three objectives under evaluation. It presents the number of respondents who, according to their entire pertinent interview verbatim, did or did not perceive improvements in each of the assessed dimensions following the program. The number of respondents who reported limited improvements or answered ambivalently (i.e. with marked nuance or hesitation), and that of those who did not provide any related answer are also presented for each program objective. The figures in parentheses indicate the number of respondents who provided at least one spontaneous corresponding answer, i.e. answer to an open question about program-related impacts.

Table 5 indicates that, with regards to both self-perception and social comfort and competence, a slight majority of participants reported some kind of improvement at post-program, whereas less than half did at follow-up. Substantial proportions of referring clinicians (85% and 62% respectively) reported improvements in these two dimensions at post-program. As for global functioning, table 5 shows that, while a great majority of referring clinicians (77%) reported program-related improvements, only about a third (at post-program) to slightly less than half (at follow-up) of interviewed participants did so. The high number of respondents who did not provide any answer related to global functioning is due to the fact that no direct interview question was posed with regard to this dimension. The figures in parentheses indicate that overall, most respondents who reported program-related improvements in the context of the interviews did so at least once spontaneously.

DISCUSSION

The present study is the first evaluation of the art-based rehabilitation program *Espace de Transition*. The aim was to assess whether the program achieved three of its core objectives, i.e. to improve 1) the self-perception, 2) the social comfort and competence, and 3) the global functioning of participants who were referred in reason of their recently stabilized mental disorders.

A similar pattern of results emerged with regards to program objectives 1 and 2. The quantitative assessment of different aspects of self-perception and social comfort and competence indicated little change in the self-report of these dimensions between program onset, termination and three months after. On the other hand, the qualitative exploration of the changes attributed to the program by participants revealed that, immediately after program, slightly more than half of them thought that participation had improved some aspect(s) of their self-perception and/or social comfort and competence, and that around a third continued to report so three months later. Closer examination of each participant's questionnaire results curves and qualitative responses revealed a fairly high degree of concordance between individual response profiles obtained with the two methods. Thus, it appears that most of the participants who reported program-related improvements in self-perception or social comfort and competence orally did also respond to the self-rated questionnaires differently before and after program completion, but that the evolution of their scores was not captured by the group-level analyses because of high heterogeneity in response tendencies. On their part, the referrers reported improvements in self-perception and social comfort and competence in a great majority of participants (up to 85%) shortly after program completion. The triangulation of quantitative and qualitative results from both categories of respondents therefore suggests that, although it did not translate into significant group-level quantitative change, the program *ET* was successful at improving the self-perception and social comfort and competence of a substantial proportion of the youths it reached. This promising finding resonates with results from previous studies on art-based interventions for individuals suffering from mental health issues, in which improvements in self-perception and various aspects of social functioning are

among the most commonly reported impacts by participants and clinicians (Everitt & Hamilton, 2003; Ruddy & Dent-Brown, 2009; Staricoff, 2004).

Quantitative and qualitative results concerning participants' improvement in global functioning following the program *ET* showed a fair degree of convergence. Results from clinician-rated global functioning scales indicated large and significant improvements at the group level between pre-program and both post-program and three-month follow up. Concordantly, as part of post-program interviews, referrers spontaneously reported improvements in different aspects of global functioning in a large majority of participants. In addition, one third (post-program) to nearly half (follow-up) of interviewed participants spontaneously reported improvements in aspects of global functioning, even though they were not directly questioned on this possible outcome. From the judgment of referrers, supported by the verbatim of some participants, it can therefore be concluded that the program *ET* was successful at improving aspects of participants' global adjustment. This finding is consistent with recent studies of the impact of art-based interventions for people suffering from psychiatric disorders, which have described participant- and clinician-reported improvements in aspects of global functioning such as autonomy, motivation, and social inclusion (Makin & Gask, 2011; Stickley & Hui, 2012b). The fact that this conclusion relies on both standardized scales and interview results solidifies its validity and adds to the existing knowledge-base on arts interventions, as very few previous studies have shown improvements in global functioning using quantitative measures.

However, the degree to which reported improvements in global functioning reflect generalized and long-term impacts on adjustment, as opposed to mere participation in the program remains a relatively open question. Regular participation in the program may have in itself justified improved global functioning ratings since, regardless of the extent to which participants otherwise profited from it, the very fact that they attended the program appeared to be synonym, in many cases, with increased activity level and socialization opportunities. The fact that improved global functioning scores were also recorded three months after program completion and the nature of some of the specific improvements reported during the interviews (ex. motivation to pursue other meaningful activities) suggest that at least not all of the observed changes in global functioning were limited to current program participation.

Nevertheless, whether such improvements are likely to carry over substantially in time and to generalize to participants' daily living remains to be verified.

Another important question raised by this evaluation is why a significant proportion of participants reported no change on questionnaires and during the interviews with regards to self-perception and social comfort and competence. Fortunately, many of them provided justifications, which offer very enlightening interpretative hypotheses for these negative results. A fair number of respondents reported that concepts such as self-perception and social comfort and competence are subjected to the influence of personal and other factors unrelated to intervention and are difficult to modify substantially. This comment is consistent with the suggested stability (or *trait-like* nature) of these constructs (Burt, Obradovic, Long, & Masten, 2008; Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003) and questions the sensitivity and realism of objectives 1 and 2. Another substantial proportion of respondents claimed that their self-perception or social comfort and competence were already at satisfactory levels before program onset, suggesting a possible ceiling effect. While the examination of pre-program results on self-rated psychosocial measures did not suggest a typical ceiling pattern, their comparison with those of previous studies revealed that they did not differ significantly from results obtained from normative populations (results not shown), indicating that, as a group and according to their own self-reports, the participants who were reached by the program *ET* during the evaluation year appeared much less impaired in the self-perception and social comfort and competence domains than hypothesized by program promoters. Taken together, the justifications provided by respondents who reported little or no program impact on the constructs aimed by objectives 1 and 2 thus appear to challenge the appropriateness of these two objectives for a portion of participants more than program efficacy per se.

More generally, throughout the qualitative evaluation of all three program objectives, it was observed that referring clinicians always provided more answers in favor of positive program impacts than the participants themselves. This tendency can be understood in light of many hypotheses. First, referring clinicians may have held a greater favorable bias towards the program and its efficacy. Indeed, the fact that they were the very ones who referred participants to the program renders likely that their optimism towards it was substantial, as well as their desire –more or less conscious- to support its efficacy. Second, their greater language mastery as well as professionally trained observation, analytic and reflexive skills,

may have allowed them to both detect and report more subtle program-related improvements. Third, it may also be that some types of changes in psychological, social and global functioning are easier to observe from an external point of view and need consistency in time and proper retroaction in order to become perceptible to concerned individuals and for them to be able to reflect upon them («mentalize» them). This may especially apply to young people, who have been found to have less insight than older adults (Harter, 1999; Pfeifer, Lieberman, & Dapretto, 2007; Sebastian, Burnette, & Blackemore, 2008), and also to individuals suffering from mental health problems, in which deficits in the capacity to mentalize may prevent the realisation of improvements despite objective cues (Kupper & Tschacher, 2008). This tendency for mental health practitioners to observe improvements in their patients' condition well before the latter become aware of them and capable or willing to recognize them is well known to clinicians and has been somewhat documented in the literature (Kazdin, 2003; Kupper & Tschacher, 2008).

Strengths and Limitations

The present evaluation has a number of notable strengths. First, its naturalistic design allowed to directly assess the program *ET* in its «real world» context of implementation without reducing its complexity and richness in any way (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). Moreover, following a utilization-focused approach (Patton, 2008), this evaluation centered on the attainment of objectives that are considered core to the program by its promoters, thus increasing the relevance and applicability of results. Finally, the present study relied on multi methods and sources of data collection, as well as on both quantitative and qualitative data and analyses, hence optimizing the validity of evaluation conclusions in a naturalistic context.

The study also presents some limitations. Notably, the correspondence between quantitative and qualitative methods used to tap the constructs of interest was not perfect. For instance, whereas interviews allowed capturing many different facets of self-perception, the questionnaire used to assess this construct was limited to global self-esteem. The fact that each objective under evaluation was not assessed using the two types of data -quantitative and qualitative- coming from both categories of respondents -participants and referring clinicians- also limited the triangulation of results. Besides, the evolution of program participants could

not be compared with that of equivalent comparison youths, therefore reducing the internal validity of the evaluation conclusions. Moreover, the recruited participants who did not complete the program and were thus excluded from the present study were found to differ significantly from program completers. This limits the ability to generalize the present evaluation conclusions to all prospect participants matching the recruitment conditions and may have introduced unknown results biases. On one hand, it can be hypothesized that excluded participants might have shown to be more resistant to program because of their higher levels of psychosocial impairments at program entry. On the other hand, their higher initial level of impairments may have allowed for greater program-related improvements, which could have countered potential ceiling effects. In any case, from an «intent to treat» perspective, the very fact that lost participants were not exposed to the entire intervention can be considered as a form of program failure, which should be taken into account by program promoters. Finally the small sample size certainly limited the statistical power of quantitative analyses. A larger sample may have allowed the detection of subtle changes in the constructs of interest following the program, although the visual examination of non-significant results did not suggest that these would have been of great clinical significance since no trend was detected.

Future Evaluations

Following the encouraging results of the present study, confirmatory evaluations may be attempted on larger cohorts of participants to the program, ideally using a control group design and intent to treat analyses in case of program dropout. Reliance on a mixed methods design with multiple sources and means of data collection would still be highly encouraged considering the complexity and richness of the evaluation object, as well as the heterogeneity of its target population. In order to optimize the triangulation of data from different sources, each studied construct should be assessed by all available informants. Moreover, longer-term follow-up investigations should be carried out in order to better distinguish actual sustained change in psychosocial and global functioning from more temporary effects mostly related to current program participation and its close aftermaths. Finally, moderation analyses or in-depth case studies may be helpful to better document the program's differential impact on participants of varying profiles and initial levels of functioning.

Conclusion

The present study adds to the limited extant literature on art-based interventions by providing results from a mixed-methods pilot evaluation of the program *Espace de Transition*, a group-based drama and circus program aiming to foster the rehabilitation of adolescents and young adults with recently stabilized psychiatric disorders. Evaluation findings suggest that *ET* can be successful at improving the global functioning of youths with mental health issues, as well as the self-perception and the social comfort and competence of a fair proportion of these youths. This preliminary evaluation study supports the relevance and potential efficacy of the program *Espace de Transition* and of similar initiatives as approaches to foster the psychosocial adjustment of youths suffering from mental disorders.

REFERENCES

- Affleck, J. W., & McGuire, R. J. (1984). The measurement of psychiatric rehabilitation status. A review of the needs and a new scale. *British Journal of Psychiatry*, *145*, 517-525.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Archambault, K., Dufour, S., Archambault, I., Garel, P., & Gauthier, S. (2012). *Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du programme Espace de Transition*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Argyle, E., & Bolton, G. (2005). Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Education*, *105*, 340-354.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 226-236.
- Bouchard, M. A., Valiquette, C., & Nantel, M. (1975). Étude psychométrique de la traduction française du Rathus Assertiveness Schedule. *Revue de Modification du Comportement*, *5*, 89-103.
- Bunguay, H., & Clift, S. (2010). Arts on prescription: a review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health*, *130*, 277-281.
- Burt, K. B., Obradovic, J., Long, J. D., & Masten, A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, *79*, 359-374.
- Coholic, D. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child Youth Care Forum*, *40*, 303-317.
- Collie, K., Bottorff, J. L., Long, B. C., Conati, C. (2006). Distance art groups for women with breast cancer: guidelines and recommendations. *Support Care Cancer*, *14*, 849-858.
- Crawford, M. J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S., et al. (2010). The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *Biomedical Central Psychiatry*, *10*, 1-9.
- Crawford, M. J., & Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, *10*, 69-70.

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Daykin, N., Orme, J., Evans, D, Salmon, D., McEachran, M., & Brain, S. (2008). The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: a systematic review of the literature. *Journal of Health Psychology, 13*, 251-264.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Direction générale de la gestion de la santé (2009). *Manuel du médecin désigné*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration.
- Endicott J., Spitzer R. L., Fleiss J. L., & Cohen J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry, 33*, 766-771.
- Everitt, A., & Hamilton, R. (2003). *Arts, health and community. A study of five community arts in health projects*. Durham, UK: Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine.
- Gibbs, S., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry, 197*, 122-127.
- Gold, C., Bentley, K., & Wigram T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Systematic Review, 2*, CD004025.
- Gralinski-Bakker, J. H., Stuart, T. H., Billings, R. L., & Allen, J. P. (2005). Risks along the road to adulthood: Challenges faced by youth with serious mental disorders. In D.W Osgood, E.M. Foster, C. Flanagan, & G. R. Ruth (Eds.), *On your Own Without a Net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations* (pp. 375 – 390). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., & Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care in the Community, 16*, 638–648.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society, 21*, 179-191.
- Johnson, B., & Turner, L. A. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp.297-320). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, *166*, 654- 659.
- Kazdin, A.E. (2003). *Methodological issues & strategies in clinical research* (3rd ed.). Washington, DC : American Psychological Association.
- Kéroack, J., Boisvert, J. M., & Prévost, M. J. (1987). *Traduction de la version abrégée du Fear of Negative Evaluation Scale*. Document inédit, Montréal, Québec : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Kupper, Z., & Tschacher, W. (2008). Lack of concordance between subjective improvement and symptom change in psychotic episodes. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*, 75-93.
- Kutcher, S. (2007). Les jeunes atteints de maladie mentale: répondre au besoin de services. *Journal de l'Association médicale canadienne*, *176*, 419.
- 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*, 501–509.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*, 371-375.
- Lloyd, C., Wong, S.R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: a qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, *70*, 207-214.
- Macnaughton, J., White, M., & Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, *105*, 332-339.
- Makin, S., & Gask, L. (2011). Getting back to normal: the added value of an art-based program in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness*, *8*, 64-75.
- Matsuba, M. K., Elder, G. J., Petrucci, F., & Marleau, T. (2008). Employment training for at-risk youth: A program evaluation focusing on changes in psychological well-being. *Child Youth Care Forum*, *37*, 15-26.
- McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 305-26.
- McGorry, B. D. (2007). The specialist youth mental health model: Strengthening the weakest link in the public mental health system. *The Medical Journal of Australia*, *187*, s53-s56.

- Michaud, J., Bégin, H., & McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, *56*, 109-122.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Monfette, M. E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M. C., Lavoie, V., & Boisvert, J. M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *38*, 261-268.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, *369*, 1302-1313.
- Patterson, S., Dabate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M.J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey. *Journal of Mental Health*, *20*, 328-335.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization focused evaluation* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pfeifer, J. H., Lieberman, M. D., & Dapretto, M. (2007). "I know you are but what am I!": Neural bases of self- and social knowledge retrieval in children and adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*, 1323-1337.
- Phelan, M., Wycks, T., & Goldman, H. (1994). Global function scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *29*, 205-211.
- Pratt, R.R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, *15*, 827-841.
- Provalis Research. (2009). QDA Miner 3.2. Repéré à <http://www.provalisresearch.com/QDAMiner/QDAMinerFR.html>
- Rathus, S. A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 81-86.
- Rathus, S. A. (1973). Instigation of assertive behavior through videotape-mediated assertive models and directed practice. *Behaviour Research and Therapy*, *11*, 57-65.
- Riding, R. J., & Rayner, S. G. (2001). *International perspectives on individual differences (volume 2): Self Perception*. Westport, CT: Ablex Publishing.
- Ruddy, R. & Dent-Brown, K. (2009). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, 1-25. CD005378.

- Ruiz, J. (2004) *A literature review of the evidence base for culture, the arts and sport policy*. Edinburg, UK: Scottish Executive Education department.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Science, 12*, 441-446.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. New York, NY: Springer.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luja, L. Fernandez, A., ... Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Epidemiology, 45*, 201–210.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs*. Boston, NY: Houghton Mifflin Company.
- Slade, M. (2011). Measuring recovery in mental health services. *Israeli Journal of Psychiatry Related Sciences, 47*, 206-212.
- South, J. (2004). *Community-based arts for health: a literature review*. Leeds, UK: Centre for Health Promotion Research.
- Stacey, G., & Stickley, T. (2010). The meaning of art to people who use mental health services. *Perspectives in Public Health, 130*, 70-77.
- Staricoff, R. (2004). *Arts in health: a review of the medical literature*. London, UK: Arts Council.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 417-422.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)a. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Participants' perspectives (Part 1). *Public Health, 126*, 574-579.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)b. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (Part 2). *Public Health, 126*, 580-586.
- Stickley, T., Hui, A., Morgan, J., & Bertram, G. (2007). Experiences and constructions of art: a narrative-discourse analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 783–790.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., & Robins, R.W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 205-220.
- Turner, S. M, Beidel, D. C., & Jacob, R. C. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and Atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.

- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 128*, 68-72.
- Vallières, E.F., & 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.
- Vander Stoep, A., Beresford, S. A. A., Weiss, N. S., McKnight, B., Mari Cauce, A., & Cohen, P. (2000). Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *American Journal of Epidemiology, 152*, 352-362.
- Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. (2011). The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation, 33*, 652-660.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Webster, S., Clare, A., & Collier, E. (2005). Creative solutions: Innovative use of the arts in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 43*, 42-49.

Table 1.

Comparison of Pre-program Demographics and Mean Scores on Self-rated Psychosocial Measures Between Program Completers and Non-completers

| Measured constructs | Mean (<i>SD</i>) or % completers (<i>N</i> =15) | Mean (<i>SD</i>) or % non completers (<i>N</i> =6) | Statistical test | Sig. (bilateral) |
|---------------------------------------|--|---|----------------------------|---------------------|
| Gender (1=female) | 47 | 50 | χ^2 (n=21) = 0.019 | 0.890 |
| Age | 17.0 (2.8) | 20.0 (5.0) | t(19) = 1.78 | 0.092 |
| Social competence | 4.6 (0.9) | 3.7 (0.9) | t(19) = -2.24 | 0.037 |
| Social acceptance/Interest | 3.6 (0.5) | 2.8 (0.5) | t(19) = -3.41 | 0.003 |
| Fear of negative social evaluation | 2.7 (0.8) | 3.8 (0.9) | t(19) = 2.69 | 0.014 |
| Self-assertion | 0.5 (0.8) | -0.8 (1.0) | t(18)* = -3.01 | 0.008 |
| Self-esteem | 2.8 (0.7) | 2,3 (0.8) | t(19) = -1,60 | 0.127 |

*One participant was taken out of the analysis on the self-assertion measure because of incomplete questionnaire rating.

Table 2.

Target Participant's Demographic and Clinical Characteristics at Program Entry (N=15)

| Characteristics | |
|---|------------|
| Age | |
| Range | 13-23 |
| Mean (<i>SD</i>) | 17.0 (2.8) |
| Gender | |
| male | 8 (53%) |
| female | 7 (47%) |
| Primary psychiatric diagnosis | |
| Anxiety disorder | 4 (27%) |
| Mood disorder | 5 (33%) |
| ADHD | 1 (7%) |
| Eating disorder | 1 (7%) |
| Psychotic disorder | 2 (13%) |
| Relational and/or behavioral problems | 2 (13%) |
| Other services received | |
| Psychotropic medication | 14 (93%) |
| Hospitalization | 2 (13%) |
| Intensive external psychiatric services (at least weekly; including day hospital) | 2 (13%) |
| Regular external psychiatric services (from bi-monthly to bi-annually) | 11 (73%) |
| Primary residential status | |
| Autonomous | 1 (7%) |
| With family | 9 (60%) |
| Youth protection residential facility (group home or rehabilitation center) | 3 (20%) |
| Hospital unit | 2 (13%) |
| Primary occupation | |
| Studies (regular school) | 4 (27%) |
| Studies (special school) | 6 (40%) |
| Paid work | 2 (13%) |
| None | 3 (20%) |

Table 3.

Comparison of the Mean Results to the Different Quantitative Measures Used to Assess Program Effects Between Pre-program and Post-program

| Measured dimensions | Mean (<i>SD</i>) at pre-program (T1) | Mean (<i>SD</i>) at post-program (T2) | t | Sig. (bilateral) | r |
|---------------------------------|--|---|--------|------------------|------|
| Self-rated (<i>N</i> =15) | | | | | |
| Self-esteem | 2.6 (0.7) | 2.8 (0.8) | 0.491 | 0.631 | |
| Social competence | 4.6 (0.9) | 4.6 (1.0) | 0.096 | 0.925 | |
| Social acceptance / interest | 3.6 (0.5) | 3.6 (0.6) | 0.291 | 0.775 | |
| Fear of negative judgement | 2.7 (0.8) | 2.8 (1.0) | -1.121 | 0.281 | |
| Self-assertion | 0.5 (0.8) | 0.4 (0.8) | 1.133 | 0.276 | |
| Clinician-rated (<i>N</i> =11) | | | | | |
| Dependency | 3.6 (2.0) | 2.6 (1.6) | 2.782 | 0.019 | 0.66 |
| Inactivity | 3.4 (1.8) | 2.0 (1.6) | 5.590 | < 0.001 | 0.87 |
| Social isolation | 3.0 (1.3) | 1.8 (1.1) | 3.993 | 0.003 | 0.78 |
| Current symptoms | 3.5 (2.0) | 2.6 (1.3) | 2.650 | 0.024 | 0.64 |
| Global functioning (MRSS) | 3.4 (1.6) | 2.2 (1.3) | 4.847 | 0.001 | 0.84 |
| Global functioning (GAF) | 50.6 (15.6) | 63.6 (15.1) | -6.049 | < 0.001 | 0.89 |

Table 4.

Comparison of the Mean Results to the Different Quantitative Measures Used to Assess Program Effects Between Pre-program and Follow up

| Measures | Mean (<i>SD</i>) at pre-program (T1) | Mean (<i>SD</i>) at follow up (T3) | t | Sig. (bilateral) | r |
|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------|------------------|------|
| Self-rated (<i>N</i> =13) | | | | | |
| Self-esteem | 3.0 (0.6) | 3.2 (0.5) | -1.705 | 0.114 | |
| Social competence | 4.6 (1.0) | 4.8 (1.0) | -0.794 | 0.443 | |
| Social acceptance / interest | 3.7 (0.5) | 3.6 (0.6) | 0.351 | 0.732 | |
| Fear of negative judgement | 2.5 (0.8) | 2.7 (0.8) | -0.734 | 0.477 | |
| Self-assertion | 0.6 (0.8) | 0.5 (0.7) | 0.468 | 0.648 | |
| Clinician-rated (<i>N</i> = 7) | | | | | |
| Dependency | 4.3 (1.5) | 2.0 (0.8) | 3.771 | 0.009 | 0.84 |
| Inactivity | 4.0 (1.7) | 1.3 (1.0) | 5.203 | 0.002 | 0.90 |
| Social isolation | 3.4 (1.0) | 1.6 (1.0) | 4.600 | 0.004 | 0.88 |
| Current symptoms | 4.3 (1.8) | 2.1 (0.9) | 4.215 | 0.006 | 0.86 |
| Global functioning (MRSS) | 4.0 (1.3) | 1.8 (0.7) | 5.460 | 0.002 | 0.91 |
| Global functioning (GAF) | 48.0 (15.3) | 65.7 (11.4) | -4.353 | 0.005 | 0.87 |

Note. The numbers of subjects per analysis are smaller due to loss at follow up.

Table 5.

Total Number of Respondents per Category of Answers Pertaining to Program-Related Improvements in the Three Assessed Dimensions

| | Participants | | Referring clinicians |
|----------------------------------|--------------|-----------|----------------------|
| | Post-program | Follow up | Post-program |
| | N=15 | N=13 | N=13 |
| Self-perception | | | |
| Improvement | 8 (7) | 4 (2) | 11 (9) |
| No improvement (explicit) | 6 | 3 | 1 |
| Limited/uncertain improvement | 1 | 2 | - |
| No related answer | - | 4 | 1 |
| Social comfort and/or competence | | | |
| Improvement | 8 (8) | 5 (4) | 8 (6) |
| No improvement (explicit) | 5 | 3 | 2 |
| Ambivalent | 1 | 2 | 2 |
| No related answer | 1 | 3 | 1 |
| Global functioning | | | |
| Improvement | 5 (5) | 6 (6) | 10 (10) |
| No improvement (explicit) | - | - | - |
| Limited/uncertain improvement | - | - | - |
| No related answer | 10 | 7 | 3 |

**CHAPITRE IV: TOWARDS A THEORY OF ACTION OF THE
ART-BASED PSYCHIATRIC REHABILITATION PROGRAM
*ESPACE DE TRANSITION: AN EMPIRICAL INVESTIGATION***

Kim Archambault^{1,2}, Sarah Dufour¹, Isabelle Archambault,¹& Patricia Garel^{2,3}

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Centre de recherche, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

³Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine

ABSTRACT

Despite increasing evidence supporting the efficacy of art-based interventions for psychiatric rehabilitation, the active ingredients and therapeutic processes of these initiatives are still poorly understood. In the present study, our objective was to empirically derive the theory of action of the program *Espace de Transition (ET)*, an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders. We conducted individual and group semi-structured interviews at post-program and three-month follow up with twenty four participants. At post-program, we similarly interviewed the artists and clinician who conducted the program, as well as the clinicians who referred participants to it. We also collected field observations throughout the program using a participatory approach. We performed qualitative thematic analyses on all relevant material. Analyses revealed four types of mechanisms that seem to be at work in the program *ET*: 1) social experience and gratification, 2) desensitization by gradual exposure, 3) success and valorization, and 4) normalization. The emergence or impact of these mechanisms appeared to be favored by various program characteristics, including the non-clinical setting and conducting of the program, the heterogeneous composition of the groups, the use of performing arts, and the pursuit of a collectively achieved artistic product and its sharing with an external public. Our study offers a rare example of inductive theory building in the context of a real-world program evaluation. Study conclusions can guide the planning and delivery of future initiatives in the field of youth psychiatric rehabilitation.

Several studies have suggested that art-based interventions can exert a variety of positive impacts on the wellbeing and psychosocial adjustment of individuals suffering from mental disorders. Among the commonly documented outcomes are increased socialization (Argyle & Bolton, 2005; Heenan, 2006; Stickey & Hui, 2012a; Twardzicki, 2008), improved social skills (Stacey & Stickley, 2010; Staricoff, 2004), heightened self-esteem and self-efficacy (Coholic, 2011; Hacking, Secker, Spandler, Kent, & Shenton, 2008; Ruddy & Dent-Brown, 2009; Stickley, Hui, Morgan, & Bertram, 2007), as well as improved global functioning (Gold, Bentley, Wigram, 2005; Makin & Gask, 2011; Stickley & Hui, 2012b).

Despite the growing body of evidence supporting the efficacy of such initiatives and the fact that they are increasingly offered among psychiatric rehabilitation services, artistic interventions are still poorly understood in terms of active ingredients and therapeutic processes. In fact, most assessed art-based initiatives have been found to lack any *a priori* formulation of putative mechanisms of action (Everitt & Hamilton, 2003; Leckey, 2011; South, 2004), and many studies in the field omit to document such mechanisms. Yet, understanding how an intervention produces its effects is crucial. Knowledge about the mechanisms that mediate between the delivery of a program and the emergence of the outcomes of interest can foster improved program planning and management, support higher-quality evaluations, and contribute to fundamental theory about given issues (Bickman, 1987; Rogers, Petrosino, Huebner, & Hacsı, 2000; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). The specification of a chain of causal assumptions linking a program to its objectives is commonly referred to as *theory of action*, although other terms are sometimes used (e.g. theory of change, program theory, program logic; Patton, 2002; Rogers et al., 2000). Research informing the theory of action behind art-based interventions for people with mental health problems has been scarce and is largely warranted (Lipsey & Cordray, 2000; Rossi et al., 2004; Ruiz, 2004). The aim of the present study is to contribute to the limited understanding of the factors and processes underlying the action of arts for mental health interventions by empirically deriving a theory of action of *Espace de Transition*, an innovative art-based rehabilitation program for youths with mental disorders.

The program *Espace de Transition*

Espace de Transition (ET) is a group-based artistic program that was developed by medical and psychosocial practitioners at the psychiatry department of Sainte-Justine Hospital (Montreal, Canada), in collaboration with professional artists. The main goal of the program is to foster the rehabilitation of adolescents and young adults with recently stabilized psychiatric disorders. Consistent with a personal and clinical recovery framework (Slade, 2011; Van Lith, Fenner, & Schofield, 2011), the program focuses on enhancing strengths and capacity rather than on symptom reduction. Hence, at the proximal level, it aims at improving participants' 1) global functioning, 2) social comfort and competence, and 3) self-perception.

Program *ET* is intended for individuals aged 14 to 25 years, an age range partially spanning adolescence and *emerging adulthood* (Arnett, 2000), both periods being marked by specific psychosocial challenges and discontinuity of care for individuals suffering from mental health problems (Patle, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Vander Stoep et al., 2000). The program primarily targets youths presenting with psychiatric disorders of different kinds (with the exception of mental retardation and pervasive developmental disorders), for which they have received intensive clinical care and sufficient stabilization of acute symptoms has been reached. The program generally serves groups of 12 to 15 youths, in which targeted participants are mixed with approximately one third of same age peers who do not present any mental health or adjustment problems requiring special services. Such a unique group composition was intended by program developers to allow target participants to take part in a group without being readily identified as suffering from mental illness, since no background clinical information is disclosed to the workshop instructors or to other group members by program managers. This group composition was also intended to allow youths with mental disorders and youths from the general population to spend time closely together and thus to modify their perceptions and attitudes towards each other and mental health distinctions more generally.

Program *ET* mainly consists of drama and circus workshops including various exercises centered on self-expression, creative and physical exploration, as well as the acquisition of theatre and acrobatic skills. As for most group-based interventions, social interactions are considered central to the program by its developers. Hence, collective exercises favoring

socialization are included in every workshop. Special care is devoted to the creation and preservation of a secure, non-judgemental environment in which participants should feel free to express themselves and experiment confidently. At the end of the program, participants are encouraged to present a collectively created work to a public of their choice. Workshops are two hours-long and take place twice weekly during twelve consecutive weeks. They take place in a community setting (i.e. YWCA facilities) and are conducted by experienced non-therapist artist instructors in order to favor the creation of a non-clinical environment. Clinical support is nonetheless assured by the constant presence of a professional practitioner (i.e. a psychoeducator) from Ste-Justine Hospital's psychiatry unit. When necessary, the psychoeducator follows up with the participants between the workshops and exchanges clinical information with their treating staff. The psychiatrist in charge of the program manages broader coordination, offers clinical consultancy to the artist instructors and psychoeducator and participates, if needed, in the clinical follow-up of participants.

Delivered in a pilot form since the spring of 2009, program *ET* was subjected to a first independent evaluation during its fall 2010 and winter 2011 sessions. A thorough implementation assessment revealed that the program was relatively successful at reaching its target population and at delivering its key planned components (Archambault, Dufour, Archambault, Garel, & Gauthier, 2012). Participants' attendance was also found to be elevated, as well as their global appreciation of the program and quality of participation (Archambault et al., 2012). Furthermore, a mixed methods evaluation of the effects of *ET* concluded that the program was partially successful at reaching its main objectives. This evaluation found improved social comfort and competence and self-perception in a fair proportion of target participants, as well as improved aspects of global functioning in most of them following the program (Archambault, Archambault, Dufour, & Garel, 2013).

Study Objective and Methodological Approach

Although program *ET* involves a number of carefully thought and well implemented components that are coherent with its pursued objectives, the underlying assumptions regarding how these components achieve their intended purposes have not been fully articulated. To this point, *ET* has thus been relying on what Rossi and his collaborators (2004) refer to as an *implicit* theory of action, like many other psychosocial programs. In the present

study, we aimed to empirically identify the mechanisms leading to the positive impacts attributed to the program *ET* and to integrate them in a comprehensive and *explicit* theory of action.

In line with an empirical approach to program theory development (Lipsey & Cordray, 2000; Patton, 2002), we inductively generated *ET*'s theory of action from interviews with program participants, staff and other involved actors, as well as from direct participatory observation. We performed a selected review of relevant research literature *a posteriori* in order to compare and contextualize empirical results. We granted great importance to the opinions and perspectives of participants and contributors to the program, as their views convey actual experience of the intervention and thus represent a privileged starting point to the exploration of its underlying mechanisms of action (Bowling & Ebrahim, 2005; Patton, 2002). We relied on naturalistic methods of data collection -interviews and participatory observation- in order to capture the program *ET* in its «real world» context of implementation (Newman, Curtis, & Stephens, 2003; Patton, 2002). We consulted multiple informants and used two methods of data collection in an attempt to optimize the exhaustiveness and validity of the portrait obtained. We investigated two consecutive program sessions.

METHOD

Participants

We included all participants who completed one of the two evaluated program sessions in the present study ($N = 24$), as well as the two artist instructors, the psychoeducator who provided clinical support during the workshops, and the clinicians who referred participants to the program ($N = 9$). Participants with a psychiatric disorder, henceforth «target participants», were recruited via referral from their treating psychiatrist or other mental health practitioner at four different hospitals in the Montreal area. General population participants were mainly enrolled via word of mouth. Even though these participants were not the focus of *ET*'s main therapeutic objectives, we believed that their personal experience of the program justified their inclusion in the investigation of its mechanisms of action. The relevance and adequacy of the program for each potential participant was assessed by the psychoeducator and psychiatrist in charge.

Twenty-one (21) target participants and eleven general population participants were initially recruited in the program and its evaluation. Four target participants and two from the general population dropped out of the program within the first two weeks. Moreover, two target participants were asked to leave by program promoters after having completed a maximum of eight workshops because of conduct problems severely disrupting the group dynamics. Only participants having completed the program were included in the present investigation ($N = 24$). Comparative analyses performed on target participants revealed that non-completers reported significantly higher levels of psychosocial impairments at the time of recruitment relatively to those who completed the program (see Archambault et al., 2013). Similar analyses were not performed with regards to general population participants since no data about their psychosocial functioning was collected.

A nearly equal number of male (11; 45.8%) and female (13; 54.2%) youths took part in the program and its evaluation. Participants were between 13 and 23 years of age at program entry ($M = 18.6$ years, $SD = 3.2$). Fifteen (15) out of the 24 participants (62.5%) were «target participants». As for the other respondents (i.e. instructors, psychoeducator and referrers), 10 out of 12 (83%) were women. Among the nine referrers specifically, there were three child and adolescent psychiatrists, two psychiatric nurses, two social workers, one psychologist and

one psychoeducator. Five were mainly working at the CHU Ste-Justine, whereas the four remaining were affiliated to the other sites of recruitment. In every case, they were considered one of the primary care providers of the participants they referred to the program.

Free and informed consent was obtained prior to the onset of the evaluation procedures from all study participants and from one of their parents in the case of minors (aged under 18 years). Approval from the Institutional Review Board of all four sites of recruitment was also obtained. Strict confidentiality was assured throughout the study by data codification and signed commitment from all research staff.

Data Collection Procedures

Interviews. We conducted individual semi-structured interviews with all program participants, the instructors, the psychoeducator, and the referrers at post-program. We also re-interviewed all but two target participants approximately three months after program completion. Additionally, we conducted group interviews after each of the two program sessions evaluated, gathering 6 of the 9 participants to the first session and 13 of the 15 participants to the second. Individual interviews generally took place at the home or treatment center of participants and at the work place of other respondents. Group interviews were conducted in university facilities. Individual interviews lasted on average 10 minutes ($SD = 6:35$) and group interviews, 52 minutes ($SD = 3:19$). All interviews were tape recorded and transcribed into written text afterwards. A single qualified professional clinician researcher, the principal evaluator, conducted all the interviews in order to minimize procedure variability and to ensure adequate support to the respondents if needed.

During individual interviews, we directly asked all respondents what they believed may have produced the changes that they attributed to the program (e.g. «How do you explain these changes?»; «Do you have an idea of what could have yielded these changes?»). Individual interviews also included direct questions concerning a variety of aspects of program implementation and effects, as well as open questions on program experience and perception. Group interviews did not include any direct question about program mechanisms, but served us to gather participants' perceptions and appreciation of the implementation of various program components (e.g. types of activities, program climate, final performance), as well as of their general experience in the program.

Field observations. In complement to interview data, the principal evaluator collected direct observations. Observation by an actor external to the program is regarded as one of the most efficient means to assess its implementation and processes (Dane & Schneider, 1998; Rossi et al., 2004). We opted for a participatory observation approach in order to collect optimally rich and contextualized information and to reduce the potential impact of observation by an external actor on the behavior of participants and staff (Patton, 2002; Rossi et al., 2004). The principal evaluator observed twelve workshops equally distributed throughout each of the two sessions under evaluation. Immediately after each of these workshops, she recorded her field notes in a semi-structured grid specifying the dimensions of interest, a recognized approach in field research (Patton, 2002). Observations focused on various aspects of program implementation, and on putative mechanisms of action. The eleven following dimensions made up the semi-structured grid: 1) secure and non-clinical environment, 2) mix of target and general population participants with non-disclosure of psychiatric condition by program staff, 3) delivery of exercises centered on self-expression, creative and physical exploration, and theatre and acrobatic skills acquisition, 4) delivery of individual exercises and collective exercises favoring social interactions, 5) pursuit of a collective endeavor in which every participant plays an active role, 6) public sharing of a collective achievement, 7) participants' response to the program (i.e. attitudes, judgments or affects manifested towards the program), 8) quality of participation (e.g. attention, motivation, volunteering, following of instructions), 9) social interactions between participants and between participants and instructors/psychoeducator, 10) quality of conducting (e.g. respect, encouragement, openness, adaptability of program staff) and 11) putative mechanisms of action.

Analyses

We submitted interview and observation data to thematic analysis. This technique consists in systematically identifying and analyzing the themes addressed in a given corpus (Denzin & Lincoln, 2000). First, we broadly categorized the totality of the interview material in accordance to the research questions it answered (e.g. implementation of specified program components, observed program effects, explanations of program effects, etc.). Then, we openly codified the material comprised under each category in order to favor the emergence of

all of the themes raised by respondents (Miles & Huberman, 1994). We subsequently codified field observation notes using the thematic tree developed in preceding steps, yet in an open enough fashion as to allow the emergence of new themes if appropriate. At every level of codification, we identified the themes in the verbatim of all of the respondents or in the entire set of field notes in a horizontal (variable-centered) fashion (Miles & Huberman, 1994). We used the computer software QDA Miner 3.2 (Provalis Research, 2009) to assist coding.

For the purpose of the present study, the themes that we derived from the codification of material directly reflecting factors or mechanisms that could have explained the impacts attributed to the program *ET* (under the rubric «explanations of program effects») served as our first level of results. Then, we complemented these themes by relevant material pertaining to the implementation of different program components and characteristics (under different implementation themes) whenever we judged such material to add precision, context or comprehensiveness to the provided explanations of program effects. For instance, when respondents or the observer raised putative explanatory mechanisms that took place around the final public performance, we integrated relevant material comprised under the «final performance» implementation theme to the analysis of these suggested mechanisms. Ultimately, we drew relations between the identified putative mechanisms of action, program components and recorded program effects, and integrated all of these in a global theory of action of the program *ET*. The entire coding and analyses were performed by the principal evaluator, who regularly shared thinking process with co-evaluators in order to challenge or validate analytic decisions and conclusions.

RESULTS

Our analysis of the interview and field observation material revealed four types of mechanisms that seem to be at work in the program *ET*: 1) social experience and gratification, 2) desensitization by gradual exposure, 3) success and valorization, and 4) normalization. In the next sections, we present these different categories of mechanisms, along with illustrative verbatim extracts.

Social Experience and Gratification

A great proportion of the tentative explanations provided by respondents to account for the effects that they attributed to the program pertained to the social interactions domain and referred to the group-based nature of *ET*. For some respondents, the simple fact that the program offered participants the occasion to acquire social experience by being in the company of people was among its major mechanisms of action. According to their sayings, the program offered a privileged context of exposure to the contact of others and of practice of basic social skills: *«There are not so many other moments in his life when he is much in contact with others, but it gave him a good practice setting»*¹ (referrer, post-program).

A few respondents more specifically alluded to some participants' realisation of their role and place in the group. For some, this theme referred to the realisation of the positive role they played in relation to others: *«Yes, I discovered that I could be useful, that I wasn't «nothing». Because if I hadn't been there, there are some things in the show that wouldn't have been the same and the scene would not have been the same»* (target participant, post-program). For others, it referred to the increased awareness of the impact of one's behaviors on others, of others' expectations and of the fact that one has to take others into account and be accountable to them: *«(...) I think that the group was very useful: the regularity, the fact of having to be there, because if he wasn't coming, it disorganized the final performance, so the commitment. It is a young man who is a bit immature with regards to his commitment to others (...). So there is something of a certain altruism initiation and realization of the consequences of his behavior on others that was useful (...)»* (referrer, post-program).

¹ Since all of the interview material was originally in French, presented extracts are free translations.

Furthermore, certain respondents mentioned that the program represented a rare occasion for some participants to experiment social gratifications, such as feeling a sense of belonging to a group: *«To have done it as a team, it brings these people closer. They are often alone in their head, their emotions, in their bodies. It's like winning the game as a team; it brings participants closer to each other. To enjoy a success as a gang creates a sense of belonging»* (instructor, post-program). Concordantly, the great majority of participants qualified their interactions during the workshops as globally satisfying to very positive, despite some difficult initial or sporadic interactions in certain cases: *«It felt good to have social interactions. I am someone who's more or less solitary in general, but it felt really good, everybody was respectful»* (target participant, post-program). The final performance in particular was seen as a powerful catalyst of group cohesion by some respondents, which was also objectified by the field observer, who noted abundant interactions between participants directly following each performance, and heightened enthusiasm and closeness characterizing these interactions.

A few participants mentioned the support received from their peers during the workshops as a factor having contributed to the production of certain positive program impacts: *«(...) I was often with X when we went out to smoke, and I could talk to him about my problems and he would listen to me. I had problems all week long and when I would get to the activity, it would calm down and it was all right. Better than talking to adults who don't understand a thing»* (participant, group interview). Many instances of mutual support and encouragement were also noted during field observation sessions, mostly verbal but also through applause and discrete physical demonstrations (e.g. pat on the back). Already at the end of the first workshop of one of the two sessions evaluated, some participants offered to accompany a peer on her way back home since she had expressed anxiety with using public transportation at night on her own. Although observed interactions between target and general population participants were mostly documented as undifferentiated (i.e. on an equal to equal basis), it was noted that, at times, the latter provided warranted and adequate support to peers who seemed to be particularly challenged by the workshops or their own personal issues. The latter observation was echoed in the verbatim of one of the participants coming from the general population: *«Those who did not come from psychiatric referrals, we tried to help: to be calmer, to bring back the others, even to participate more to the activities in order to show*

that it didn't matter. It helped a lot (...). Some youths also told me that it helped them, that it calmed them» (post-program).

A fair proportion of participants reported that the different exercises and activities offered were favorable to social interactions and group cohesion: *«-On my part, I thought it was good. The group activities promoted a good cohesion because at first, we wouldn't talk to each other as much. -Yes, even if we were shy at the start, we didn't have a choice to be in group. It was good; we ended up knowing each other»* (participants, group interview). Moreover, certain participants raised that the program's informal moments, such as snack breaks, also allowed them to experience positive interactions with co-participants: *«We socialized a lot during breaks; we chatted as with friends that I would have seen outside (the program)»* (general population participant, post-program). However, an important proportion of participants expressed that they wished they could have had more occasions to socialize during the workshops, notably through opportunities to help each other with the practice of demonstrated skills or scene rehearsing, and to share in a collaborative creative process: *«-(...) we could have helped each other (...) it would have been a cool way to interact because often, there were more interactions between us and (the instructor). We would go one by one and he would give us advice individually. -Yeah, generally, you got out of a workshop and the interactions that you had had were mostly with him, but between us, we hadn't talked much because we were watching the others (...))»* (participants, group interview).

Field observation allowed identifying several types of group exercises that helped participants to get to know each other or that favored the development of their social skills, confidence in others and comfort with others. The human pyramids exercise, a milestone of the circus workshops, appeared to be an emblematic example, as it required participants to accept to hold on each other physically and closely, to trust those from lower positions that they would have the strength to support the others and those from upper positions that they would preserve their balance, and to efficiently collaborate in order for the entire formation to take shape and hold as intended. In line with participants' account however, the observer noted the paucity of activities favoring social interactions in some workshops, which seemed to be mainly due to the amount of structure and directedness of the conducting. Lots of interactions were nonetheless observed during the informal moments, most of which appeared highly positive (included laughter, friendly gestures, etc.). The field observer globally objectified a

gradual increase in spontaneous interactions between participants throughout each program session.

Desensitization by Gradual Exposure

An important number of respondents reported mechanisms related to desensitization processes through gradual exposure in order to explain some of the changes that they attributed to the program. These included reductions in shyness and fear of others' negative judgment and consequent increases in relational comfort and openness. Respondents mentioned the gradual experimentation of diverse anxiety-eliciting or otherwise uncomfortable situations, often followed by the realization that these were not necessarily accompanied by negative consequences: «(...) *the little activities that show us that it doesn't matter if we do silly things (...) we laugh at each other and we just have fun. It shows us that in life, we can be anybody, anything, anywhere and we can have fun. That's what helped me. Because I understood that in life, you just do what you think and you let go a bit of others' ideals*» (target participant, follow up). Most respondents described situations specifically implying self-expression and/or the performance of unusual actions while exposed to the sight of others: «(...) *X was so afraid to look ridiculous during the first exercises. He would even sometimes categorically refuse to play themes in front, saying that he was not comfortable with that. Finally, he went and dared to go a little further in the ridiculous to realize that everything went well and that nobody was laughing at him*» (psychoeducator, post-program). For some participants however, it seems that the mere exposure to the group setting already represented a significant challenge, and that simple social habituation may have led to important gains in social functioning: «*The first workshops were very stressful because I knew only one person in all of the 23 others. So I would relate to the person I knew more than to others. Then, two or three weeks later, I started to get used to it and to ignore people. I started to relate a little more to people, to talk to them more. Towards the last workshops, I opened up completely, I got used around people*» (target participant, post-program).

Based on field observations, the drama exercises seem to have particularly elicited gradual desensitization processes. In fact, many of them entailed the gradual experimentation of awkward body positions, unusual movement through space or language utilization, as well as voice projection and other self-expression techniques, while being constantly and

increasingly exposed to others' sight. According to some respondents, the circus activities could also play an important role in these types of processes if they were to start earlier, as they appear to be viewed as less threatening than the drama ones, and therefore especially well-suited for a gradual program start: *«(...) as for the circus, it would have been fun to start earlier. (...) I think that it would have been a good way to get less shy at first. You know, you don't necessarily start with theatre, but you start with more physical stuff (...) the pyramids and all are a good way to break the ice maybe (...)»* (participant, group interview). More specifically, the psychoeducator reported that starting the program with a few circus workshops could serve to «hook up» some of the more anxious participants: *«The theatre, it's very confronting (...). So the idea of the circus at the beginning in order to build a group (...), I don't hate that because then they learn to know each other smoothly with less threatening stuff (...)»* (psychoeducator, post-program).

The final performance, which required that participants perform loudly and convincingly while exposed to the additional sight of friends, families and strangers, appeared to have represented the apogee of exposure situations according to many participants as well as to field observations: *«Certainly that making a show in front of people, personally I found that it was a good experience because I am someone who doesn't really like to express myself that way in a group. I am more of the reserved type. To be able to do the bacon on the floor and to let go of our foolishness, I think it helped me»* (general population participant, post-program). Some respondents even underscored the importance of the public representation in terms of social anxiety and stress modulation training: *«what's good in that is that it gives us a life experience that we can progress under stress if we manage it well»* (participant, group interview).

The mutual support reported in the previous section appears to have considerably favored the gradual experimentation/exposure underlying desensitization processes, as mentioned by a few respondents, and especially as noted by the field observer. In fact, it was observed on several occasions that reluctant participants were eventually led to take part in embarrassing or otherwise challenging exercises by a co-participant who offered to accompany them or who convinced them through sustained verbal encouragements. In some instances, it was also noted that the psychoeducator would offer individualized clinical support especially aimed at bringing a particularly reluctant participant to agree to take part in a

challenging exercise, sometimes even directly referring to the psychological rationale underlying exposure processes as part of her intervention. These observations were corroborated by the verbatim of some participants who emphasized the importance of the clinical support they received from the psychoeducator throughout the program, notably with regards to exposure processes: *«I retained things like when she would tell me to find my «off button» and to keep on going»* (target participant, post-program).

The non-judgmental climate of the program also seems to have contributed to the success of desensitization processes. All of the respondents interviewed on that aspect reported that they indeed perceived the program environment as relatively judgment-free, some specifying that it allowed them to express themselves freely and to present themselves as they really are without fearing to look ridiculous: *«It was good in the sense that you were not afraid of being yourself and to look ridiculous»* (target participant, post-program). Some respondents nonetheless mentioned that the imperatives of the public performance preparation, especially the professional-like artistic direction, induced a certain amount of pressure and stress in the workshops, which may have sometimes antagonized the secure and non-judgmental program environment intended to favor free experimentation: *«I found it was a bit stressful, not at the beginning, but at the end. I found it stressful because we had to hurry to do things right»* (participant, group interview).

Success and Valorization

A certain number of participants reported that they believed that experiencing success at accomplishing different program-related tasks or imperatives, such as interacting with others, achieving difficult exercises or attending the program until the end, contributed to some of the benefits they retained from their participation: *«There are some things that I didn't think I would be able to do in such a crowded place. I succeeded anyway and I know it helped me»* (target participant, post-program). This was echoed by the psychoeducator and at least one referrer, who related the improvements in self-perception observed in some participants to their experience of success during the program: *«Yes, I think she acquired a better self-esteem. The fact that she could participate in a group; there was dancing or a theatre play in there and she felt good, she felt she was succeeding and that it was good for her»* (referrer, post-program). Relatedly, a few respondents raised that the program allowed certain

participants to realize some of the talents and/or capacities that they already possessed, as well as to valorize these attributes, a process that they thought may have underpinned some of the program's positive impacts, especially on self-perception: *«In terms of self-esteem, I think it was very positive. He realized that he had talent, that he was recognized for what he was bringing»* (referrer, post-program).

According to some referrers and the psychoeducator, the program also allowed participants' entourage, especially family and clinical staff, to witness their capacities and accomplishments, which was also viewed as an important mechanism contributing to program-attributed benefits: *«For some, it's the fact of having completed from the beginning to the end, which allowed them to realize that they are able to do something and also to prove to others that they were able to complete; that they were able to function and to produce something»* (psychoeducator, post-program).

In addition to having seemingly taken place to a certain extent throughout the program workshops, it appears that an important part of the reported success and valorization processes occurred in the context of the final public performance. In fact, according to a great number of respondents, the final representation allowed participants to realize all that they had achieved during the course of the program and to derive a sense of pride from that realization: *«I was proud and surprised of the result of the show. We really saw all the evolution and all that we did; the group cohesion. Everybody was proud (...)*» (participant, group interview). The final performance was also a privileged occasion to show their efforts and accomplishments to meaningful others, and to elicit their pride and recognition: *«Afterwards, you feel relieved because you know you gave your maximum and your friends and family are proud of you»* (target participant, post-program). Complimenting interactions between participants and their family, friends or clinical staff, sometimes marked by highly emotional manifestations of pride and affection, were in fact objectified by the observer following the final performance, along with abundant verbal and physical manifestations of pride on the part of the participants themselves.

Normalization

A few respondents raised the program's various normalizing characteristics as potential factors that could have underlied certain of its positive impacts, especially on self-perception.

Among the program aspects that were considered to be «normalizing» is the fact that it was offered outside of the hospital context. Most participants who were questioned about this characteristic reported that they indeed perceived the program as dissociated from conventional care and service settings, some stating that it gave them the impression to be an activity like any other: *«I thought it was an activity like if you had registered in a course. It didn't give the impression to be with an institute or a hospital»* (target participant, post-program). A few participants also underscored that the instructors did not interact with them as clinicians would have: *«I think it's good. It takes us out of the traditional (therapeutic) box (...). If you talk with the (instructors), it's more like if you were talking to someone on the street, normal»* (target participant, post-program). Most participants seem to have appreciated the non-clinical setting and conducting of the program, and some especially emphasized their normalizing impact: *«It's good because it allows to show the person that she's able to do something outside of the psychiatric follow up, something official conducted by persons that are not necessarily doctors»* (target participant, post-program).

Another related normalizing aspect of the program that was reported is the fact that little attention was given to each other's mental health issues. In fact, although it appears that the intended anonymity with regards to participants' background was not perfectly preserved by the program staff, most participants reported that psychiatric and other personal antecedents took very little place in their interactions with each other and with the instructors: *«(...) it was so not focused on that it seemed, I think it was never a subject during the workshops or even the breaks. I think that X and Y talked about their medications once, but I think that otherwise, it was never a subject. So it was just like being with normal youths. I found that this aspect was really not highlighted»* (general population participant, post-program). Many participants in fact reported that they seldom talked about their psychiatric condition and that it was hard to distinguish between participants coming from psychiatric referrals from those who were not since psychiatric symptomatology was not so apparent and was not put forward during the workshops: *«We could not know people who had had problems. It was not a question that we would ask and it was not a subject that we touched on. We were there, we were at the activity, we wanted to have fun. I thought that others wanted to have fun as well. Nobody asked me why I was there, I considered everybody as normal people»* (target participant, post-program).

For several respondents, the fact that target participants were mixed with participants from the general population represented a crucial normalizing factor, as it allowed youths suffering from mental health problems to see themselves interact with more typically developing youths and to realize that they are not that different and that they can very well be part of the same group and achieve a common goal: *«I think it's a good idea because it also allows to see people who don't all have problems. It allows to see that they are not really different from us. We are very much alike. I could not distinguish those who had problems or didn't»* (target participant, post-program). For one referrer, the belonging to a group that appeared globally less impaired than those to which some of the participants were used to belong to also carried a normalizing potential: *«I think he had the impression to be with a gang of youths and that it was very normalizing for him; to be in group of teenagers more normal than at the day hospital, who clash less let's say»* (referrer, post-program). Conversely, other referrers mentioned that the program offered some participants the occasion to compare themselves with youths presenting with similar or more severe impairments, which they thought potentially favored normalizing processes for them: *«To have a group composed of (...) youths who were all as impaired as him or more, it played in his stopping to be a victim. A very normalizing setting for him, it was very important»* (referrer, post-program).

According to some respondents, the mix of participants coming from different backgrounds and the relative anonymity preserved with regards to personal antecedents also offered target participants an occasion to be exposed to the view of people who were not aware of their psychiatric condition and who consequently offered them a normalizing reflection of self: *«The fact of being with people who were not aware of her difficulties and who pushed her much further than people who would have known her earlier. So a new look on her (...)»* (referrer, post-program). Concordantly, it was noted at several occasions during field observation that the instructors acted similarly and maintained the same level of demand with youths whose symptoms were apparent than with those who did not show any sign of impairment. Furthermore, it was both unanimously reported by participants and directly observed that every participant was given an active and fairly equal part to play in the collective production, independently of their background or level of impairment. Undifferentiated interactions between participants coming from similar and different backgrounds were also abundantly observed.

DISCUSSION

Integrated Theory of Action of the Program *Espace de Transition*

In this study, we used thematic analysis of the interview verbatim of all program participants, their referrers, the psychoeducator and the two instructors, as well as of field observations to identify explanatory mechanisms that underlie the main documented outcomes of the program *ET*. Our analyses also allowed identifying various program components that seem to favor the emergence or efficacy of these different mechanisms. Figure 1 offers a visual integration of this collection of findings, which shed some light on the theory of action of the program *ET*. This figure includes three program aspects (components, mechanisms, and effects) and two types of arrows. Full arrows represent influences from one aspect to another, such as a program component promoting the emergence of a mechanism. Broken arrows represent program components which modulate –in this case increase– the impact of mechanisms on effects. Importantly, we do not intend the proposed model to be exhaustive, as depicted boxes and arrows are limited to the relationships that were empirically found in the present investigation. The following sections describe the different constituents of this inductively-derived theory. Although very few studies have formally explored the mechanisms at work in arts in health interventions, some of the mechanisms of action that we identified found resonance in the extant literature. Whenever pertinent, we use this literature to support or enrich our proposed theory of action.

As the top part of figure 1 illustrates, we identified social experience and gratification processes as key mechanisms underlying the effects of program *ET*. This category of mechanisms especially related to two program objectives: improvements in social comfort and competence (objective 2), as well as decreased social isolation, an aspect of improved global functioning (objective 1). Results indicate that the program allowed participants to acquire social experience, notably by practicing important social behaviors and attitudes and by realizing their role and place in relation to others, which lead to concrete improvements in the social functioning domain. The social gratification derived from program participation, such as the experience of mutual support and of social inclusion, also appears to have contributed to participants' documented improved social comfort and competence and decreased social isolation. Similar mechanisms have been reported in other evaluations of art-based programs.

For instance, group processes of artistic elaboration and the interactions they entail between participants have been found to foster the development of interpersonal skills and the acquisition of better adjusted social attitudes and behaviors (Ruiz, 2004; Staricoff, 2004; Waller, 2006).

Quite obviously, we identified the program's group modality as a necessary condition for the taking place of the social mechanisms described above, which we found to be further fostered by exercises directly promoting social interactions, notably those that involved concrete collaboration, physical contact or communication. We also found participation in the collective endeavor that represented the final performance to have especially fostered group cohesion. This finding is in line with those from previous studies, in which the sharing of a collective artistic endeavor has been similarly reported to promote group cohesion and participants' sense of belonging (Argyle & Bolton, 2005; Bunguay, 2010; Heenan, 2006; Spandler, Secker, Kent, Hacking, & Shenton, 2007; Snow, D'Amico, & Tanguay, 2003). Although both interviews and direct observations revealed that activities favoring social interactions were scarce in some workshops and that globally few opportunities of collective creation were offered throughout the program, we observed a gradual increase in spontaneous interactions between participants. This observation is corroborated by results previously obtained from systematic observation by the psychoeducator, indicating a significant increase in participants' interactions through time and the gradual replacement of interactions between participants and facilitators by peer interactions (see Archambault et al., 2012).

The second mechanism that we identified is desensitization by gradual exposure. It was mainly put forward to explain program *ET*'s positive impacts on social comfort and competence (objective 2), especially reductions in shyness and fear of others' negative judgment, as well as correlate increases in relational ease and openness. We found desensitization processes to have been mainly triggered by the drama exercises, through which participants were regularly brought to experiment with performance situations implying increasing levels of self-expression, awkwardness or embarrassment of other sources while being exposed to the sight of their peers. Results indicate that this gradual sequence of exposure culminated with the final public performance, in which every participant performed in front of a much larger audience, composed of family, friends, and clinical staff. Furthermore, although not gradual per se, the regular immersion in a group setting was

reported to have led to social habituation in some cases, which represents another form of desensitization by exposure. Gradual exposure interventions are known to be among the most efficient strategies to reduce stress and anxiety related to social stimuli (Otto, Hearon, & Safren, 2010). However, whereas it can be hypothesized that such processes are at work in many other programs similar to *ET*, they have not been extensively discussed in the literature on art-based rehabilitation strategies. One possible explanation is that they may be somewhat specific to *performing* arts programs, which are much less commonly described than interventions using *visual* arts.

Interestingly, our results suggest that two program components both directly influenced the taking place of desensitization by gradual exposure mechanisms and modulated their impact on participants' social comfort and competence. On one hand, we found the respectful and supportive climate prevailing in the workshops, as well as the clinical assistance provided by the psychoeducator, to have promoted participation in the exposure tasks, especially for some more reluctant participants (depicted by full arrows in figure 1). The offer of a non-threatening environment is central to many art-based psychiatric rehabilitation programs and is viewed as essential in allowing participants to feel secure enough to engage in learning, experimentation and socialization (Goodman, Chapman, & Grant, 2009; Kozłowska & Hanney, 2001; Heenan, 2006; Snow et al., 2003; Spandler et al., 2007; White, 2004). Additionally, our results suggest that the secure and respectful climate, as well as the psychoeducator's assistance, also promoted the success of gradual exposure mechanisms at improving participants' social comfort and competence (depicted by broken arrows in figure 1). The literature on gradual exposure interventions indeed informs that the sense of security and support felt by participants is not only essential to bring individuals to experiment and to tolerate exposure to stressful conditions, but is also a crucial determinant of the positive outcome of exposure procedures. In fact, the operant reconditioning underlying effective desensitization relies on the realization that the anxiety-eliciting situation is not followed by consequences as aversive as anticipated (Kearney, 2005; Otto et al., 2010) -such as being openly judged by peers or publicly ridiculed. Hence the importance of the spirit of mutual respect and support that seems to have mostly prevailed throughout *ET*'s workshops. Although this climate, along with the clinical support offered by the psychoeducator, seem to have globally fostered the taking place and success of exposure mechanisms in the program *ET*, it

remains that some participants reported having found the drama exercises somewhat confronting at first and to have sometimes felt a difficult pressure related to the preparation of the final performance, factors which may have impeded these same mechanisms for some participants. These indications emphasize the delicate character of exposure procedures and suggest that careful consideration of challenge gradation should be at the center of workshop planning and conducting.

Success and valorization processes represent the third type of mechanisms that we identified. Program *ET* was widely reported to allow participants to experience a sense of success and accomplishment, as well as to realize and valorize their capacities and talents, which was mostly associated with program-related improvements in self-perception (objective 3). This finding is consistent with dominant psychological theories stipulating that self-perceived competence is among the main determinants of self-esteem (Harter, 1999). It is also in line with results from previous studies on art-based interventions for people with mental health needs, in which opportunities to experiment success have been associated to the development of a positive personal identity (Novy, 2003). More precisely, the acquisition of new artistic knowledge and skills has been reported to bring about feelings of pride and personal value, which was in turn suggested to yield to positive impacts on self-esteem and self-confidence (Argyle & Bolton, 2005; Heenan, 2006; Lloyd, Wong, & Petchkovsky, 2007; Ruiz, 2004; Twardzicki, 2008).

We found success and valorization mechanisms to have taken place throughout the program's artistic workshops. Yet, our analyses suggested that *ET*'s final performance played a catalytic role in their occurrence, both by potently favoring participants' realization of their individual and collective achievements, and by allowing other people to witness their accomplishments and provide them with concordant positive feedback. According to previous studies on arts in health interventions, the feelings of accomplishment, pride, and personal value associated with the practice of an art and the production of art works can be indeed greatly reinforced by public performance or exhibition (Health Development Agency, 2000; Snow et al., 2003). The creation of a tangible artistic product has been associated to the development of a special feeling of mastery and accomplishment (Argyle & Bolton, 2005; Heenan, 2006; Lloyd et al., 2007; Snow et al., 2003; Tate & Longo, 2002), and the opportunity to present an achieved artistic production to others has been reported to allow

participants to substantially modify their self-image by bringing their families, friends and members of their community to see them as capable of achievement (Snow et al., 2003; Spandler et al., 2007; Stickley et al., 2007).

The last mechanism that we identified is normalization, which is believed to have mostly influenced participants' self-perception (objective 3). Results suggest that, by giving them the opportunity to function in an environment in which mental health issues were not emphasized, program *ET* allowed certain participants to transform their self-image into a less marginalized one. Normalization experiences have been previously shown to facilitate the recovery process of people suffering from psychiatric disorders, which has been used to argue in favor of community-based mental health rehabilitation services (Lloyd et al., 2007). The fact that the program *ET* was offered in a non-clinical setting and conducted by non-therapist professional artists indeed appear to have facilitated the taking place of normalization mechanisms. According to previous studies, the «non-medicalised» character of many arts programs allows participants to relate to others, as well as to express and understand themselves outside of clinical frameworks, which has been associated to improvements in their self-perception (Argyle & Bolton, 2005; White, 2004). More generally, such programs' common focus on strengths, interests and abilities rather than on problems and limitations is believed to be key in giving participants the opportunity to build a more positive and less marginalized vision of self (Heenan, 2006; Webster, Clare, & Collier, 2005; Novy, 2003).

The heterogeneous composition of the groups, which mixed participants coming from psychiatric referral with some coming from the general population, and the voluntary disclosure with regards to each other's mental health history also seem to have been perceived as very normalizing by respondents. The latter mostly underscored that it allowed target participants to see themselves function positively alongside with typically developing youths and to be exposed to the fresh sight of people who ignored their psychiatric condition, and who held high participation and performance expectations towards them. Other authors have underscored the importance of allowing participants to engage with each other and with facilitators without the «mental health nametag» (Sweeney, 2009), some arguing that the dissociation of people from their problems helps render their aptitudes, interests, competencies, and engagement more easily accessible, to the benefit of their recovery (White & Epston, 1990). Besides, the relative anonymity with regards to each other's psychiatric

condition that such a mix of participants allows may be particularly appealing to youths suffering from mental disorders as these are known to find symptoms of mental illness especially embarrassing or shameful (James, 2007), and to be particularly affected by stigmatization and its many negative impacts (Lamb, 2009; Sweeney, 2009; Twardzicki, 2008). Yet, to our knowledge, very few psychiatric rehabilitation programs tend to mix participants with mental health needs with voluntary participants from the general population. We identified one study reporting on a drama program gathering psychiatric patients with college students, which concluded to promising implications of such a mix of participants, notably on perceived stigma reduction (Twardziky, 2008). In this program however, the belonging to each category of participants was made clear from the start and each was expected to play different roles in the program, therefore possibly diminishing its normalization potential compared to the program *ET*, which encouraged undifferentiated interactions, roles and expectations.

Strengths and Limitations

One of the main strengths of the present study is its reliance on naturalistic methods of data collection, which allowed investigating the mechanisms at work in the program *ET* in its «real world» context of implementation, without altering its course (Newman et al., 2003; Patton, 2002). The convergence of multiple perspectives and of two methods of data collection favored the exhaustiveness of the study and strengthened the validity of its conclusions in the context of such a naturalistic design (South, 2004). The inductive nature of the study also constitutes one of its major strengths, as it allowed identifying mechanisms that may not have been investigated if *a priori* hypotheses had been followed. Finally, this investigation offered participants and program contributors an opportunity to voice their subjective experience of the program and impressions of what brought about its attributed changes, and valued their accounts and opinions as its primary source of data. The need to incorporate the views of the main stakeholder groups in program evaluations has been put forward by several authors in the field of art-based intervention and health research (Bowling & Ebrahim, 2005; Macnaughton, White, & Stacy, 2005; South, 2004), and it has been shown that young service users derive direct benefits from their implication in service improvement, such as the feeling of being listened to and valued (James, 2007).

The present study however has some limitations. We relied on qualitative methods solely, which were useful to provide in-depth exploratory knowledge in a small group of participants, but did not allow deriving confirmatory and generalizable conclusions. Respondents may not have reported on all active implicit program processes, either because they were not conscious of all of them, or because they held biases towards the program. Furthermore, although we used direct observation in order to complement interview data, the non-systematic nature of this observation did not allow the precise and exhaustive documentation of program implementation and mechanisms at work.

Future Studies

The theory of action of the program *ET* that was derived from the present qualitative investigation offers a hypothetical basis for future confirmation studies. This theory may be more formally assessed in a natural setting using a hypothetical-deductive approach and mixed methods, including the use of more systematic observation strategies. It may also eventually be tested experimentally in more standardized contexts with the direct manipulation of some of the program's components and the recording of its impact on mechanisms of action and effects. Ultimately, a better understanding of the therapeutic mechanisms at work in the program *ET* will allow the guiding of future evidence-based program development and evaluation, as well as fundamental research on the determinants of mental illness and recovery in young people.

Implications

The present study holds implications at several levels. First, we were able to validate the *implicit* logic that had guided program *ET*'s initial conception. In fact, the *explicit* theory of action generated from our qualitative inquiry supports many of the program components that were planned and implemented by the promoters of *ET*. We indeed found these components to be instrumental in reaching the pursued program objectives, as they were suggested to trigger the taking place of the mechanisms of action that we identified or to favor their success in crucial ways.

Of relevance to the fields of art-based intervention and psychosocial rehabilitation of youths with mental disorders, the present study also allowed us to underscore especially

promising program components, which can guide the planning and delivery of future initiatives. First, our results strongly support the **group modality**, as we found many of the identified mechanisms of action at work in the program *ET* to be social processes between peers. Considering that ameliorations in the social functioning domain represent central objectives to most psychosocial rehabilitation programs, and that the reaching of these objectives was observed to be largely underlied by the opportunities to practice social skills and to experiment relational gratification offered by the program, great emphasis on exercises and activities fostering social interactions seems recommendable (e.g. activities implying collaborative creation, mutual aid, physical contact and communication).

Furthermore, our results suggest that the **non-clinical setting and conducting** of the program *ET* favored participants' improvements in self-perception by offering them normalizing interpersonal and subjective experiences. These findings thus support the choice of community settings to implement psychiatric rehabilitation interventions. The **heterogeneous composition of the groups** served by the program *ET*, which gathered participants presenting with varying levels of symptoms and functioning, including participants with no history of psychiatric or psychosocial services, also received considerable support from our inquiry. In fact, this characteristic, and the relative anonymity preserved with regards to each participant's mental health condition, appears to have greatly contributed to offer targeted youths a normalizing experience, which may have fostered crucial improvements in the self-perception of some of them. Hence, these findings suggest that more group-based rehabilitation interventions, whether they use arts or other media, should consider the implementation of such a novel and promising characteristic.

In addition, some of the findings from our investigation suggest that the **performing arts** may be especially well suited to the production of gains in the social comfort sphere. In fact, it appears that by asking participants to constantly «perform» and express themselves in front of others, this type of medium offers great exposure opportunities that can yield to the gradual desensitization to the fear of looking ridiculous and being judged by others. As a considerable proportion of youths suffering from mental disorders present a heightened sensitivity to the negative judgment of others (Elkington et al., 2012), the focus on exercises entailing the gradual experimentation of increasingly challenging performance situations while exposed to the respectful sight of others appears indicated from a rehabilitation point of view.

However, considering the sensitivity of exposure procedures, we believe that challenge gradation should be carefully planned and implemented through thoughtful exercise selection and sequencing, close attention to the preservation of a favorable program climate, and continued support by a professional clinician.

Finally, results from the present study support the value of the **pursuit of a collectively achieved artistic product and of its sharing with an external public**, as these components have been found to induce and catalyze success and valorization processes, as well as certain social mechanisms underlying *ET*'s attributed impacts. In the case of performing arts interventions like *ET*, in which the artistic production consists in a public performance, we also found such a program parameter to have the potential to further foster mechanisms of desensitization to social anxieties. These results thus support the added therapeutic value of the pursuit of an achieved tangible production and its public demonstration as integral parts of art-based rehabilitation initiatives.

In conclusion, our study offers a rare example of inductive theory building in the context of a real-world program evaluation. We found this approach to be especially well suited -both epistemologically and methodologically- to understanding the mechanisms of action of a novel intervention in a field that does not rely on a well-developed theoretical basis.

REFERENCES

- Archambault, K., Archambault, I., Dufour, S., & Garel, P. (2013). *A mixed methods evaluation of the effects of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorder*. Unpublished.
- Archambault, K., Dufour, S., Archambault, I., Garel, P., & Gauthier, S. (2012). *Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du programme Espace de Transition*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Argyle, E., & Bolton, G. (2005). Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Education, 105*, 340-354.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469-480.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation, 33*, 5-18.
- Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: Investigation, measurement and analysis*. New York, NY: Open University Press.
- Bunguay, H., & Clift, S. (2010). Arts on prescription: a review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health, 130*, 277-281.
- Coholic, D. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child Youth Care Forum, 40*, 303-317.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*, 23-45.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived mental illness stigma among youth in psychiatric outpatient treatment. *Journal of Adolescent Research, 27*, 290-317.
- Everitt, A., & Hamilton, R. (2003). *Arts, health and community. A study of five community arts in health projects*. Durham, UK: Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine.
- Gold, C., Bentley, K., & Wigram T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Systematic Review, 2*, CD004025.

- Goodman, R. F., Chapman, L. M., & Gant, L. (2009). Creative arts therapies for children. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (Eds.), *Effective treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.) (pp.491-507). New York, NY: Guilford Press.
- Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., & Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care in the Community, 16*, 638–648.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Health Development Agency (2000). *Arts for health: a review of good practice in community-based arts projects and initiatives which impact on health and well-being*. London, UK: Trevelyan House.
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society, 21*, 179-191.
- James, M. A. (2007). Principles of youth participation in mental health services. *Medical Journal of Australia, 187*, s57-s60.
- Kearney, C.A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment and psychological treatment*. New York, NY: Springer.
- Kozłowska, K., & Hanney, L. (2001). An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*, 49-78.
- Lamb, J. (2009). Creating change: Using the arts to help stop the stigma of mental illness and foster social integration. *Journal of Holistic Nursing, 27*, 57-65.
- 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*, 501–509.
- Lipsey, M. W., & Cordray, D. S. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology, 51*, 345-375.
- Lloyd, C., Wong, S.R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: a qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy, 70*, 207-214.
- Macnaughton, J., White, M., & Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education, 105*, 332-339.
- Makin, S., & Gask, L. (2011). Getting back to normal: the added value of an art-based program in promoting ‘recovery’ for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness, 8*, 64-75.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Newman, T., Curtis, K., & Stephens, J. (2003). Do community-based arts projects result in social gains? A review of the literature. *Community Development Journal, 38*, 310-322.
- Novy, C. (2003). Drama therapy with pre-adolescents: a narrative perspective. *The Arts in Psychotherapy, 30*, 201-207.
- Otto, M. W., Hearon, B. A., & Safren, S. A. (2010). Mechanisms of action in the treatment of social anxiety disorder. In S.G. Hofmann, & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (2nd ed.) (pp. 577-598). London, UK: Elsevier.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet, 369*, 1302-1313.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Provalis Research. (2009). QDA Miner 3.2. Repéré à <http://www.provalisresearch.com/QDAMiner/QDAMinerFR.html>
- Rogers, P., Petrosino, A., Huebner, T. A., Hacsí, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems, *New Directions in Evaluation, 87*, 5-14.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ruddy, R., & Dent-Brown, K. (2009). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, 1-25. CD005378.
- Ruiz, J. (2004) *A literature review of the evidence base for culture, the arts and sport policy*. Edinburg, UK: Scottish Executive Education department.
- Slade, M. (2011). Measuring recovery in mental health services. *Israeli Journal of Psychiatry Related Sciences, 47*, 206-212.
- Snow, S., D'Amico, M., & Tanguay, D. (2003). Therapeutic theatre and well-being. *The Arts in Psychotherapy, 30*, 73-82.
- South, J. (2004). *Community-based arts for health: a literature review*. Leeds, UK: Centre for Health Promotion Research.
- Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., & Shenton, J. (2007). Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 791-799.

- Stacey, G., & Stickley, T. (2010). The meaning of art to people who use mental health services. *Perspectives in Public Health, 130*, 70-77.
- Staricoff, R. (2004). *Arts in health: a review of the medical literature*. London, UK: Arts Council.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)a. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Participants' perspectives (Part 1). *Public Health, 126*, 574-579.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)b. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (Part 2). *Public Health, 126*, 580-586.
- Stickley, T., Hui, A., Morgan, J., & Bertram, G. (2007). Experiences and constructions of art: a narrative-discourse analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 783-790.
- Sweeney, S. (2009). Art therapy: promoting wellbeing in rural and remote communities. *Australasian Psychiatry, 17*, 151-154.
- Tate, F. B., & Longo, D. A. (2002). Art therapy: Enhancing psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 40*, 40-47.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 128*, 68-72.
- Vander Stoep, A., Beresford, S. A. A., Weiss, N. S., McKnight, B., Mari Cauce, A., & Cohen, P. (2000). Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *American Journal of Epidemiology, 152*, 352-362.
- Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. (2011). The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation, 33*, 652-660.
- Waller, D. (2006). Art therapy for children: How it leads to change. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*, 271-282.
- Webster, S., Clare, A., & Collier, E. (2005). Creative solutions: Innovative use of the arts in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 43*, 42-49.
- White, M. (2004). Arts in mental health for social inclusion: towards a framework for program evaluation. In J. Cowling (Ed.), *For art's sake: Society and the arts in the 21st century* (pp. 75-99). London, UK: Institute for Public Policy Research.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: W.W. Norton.

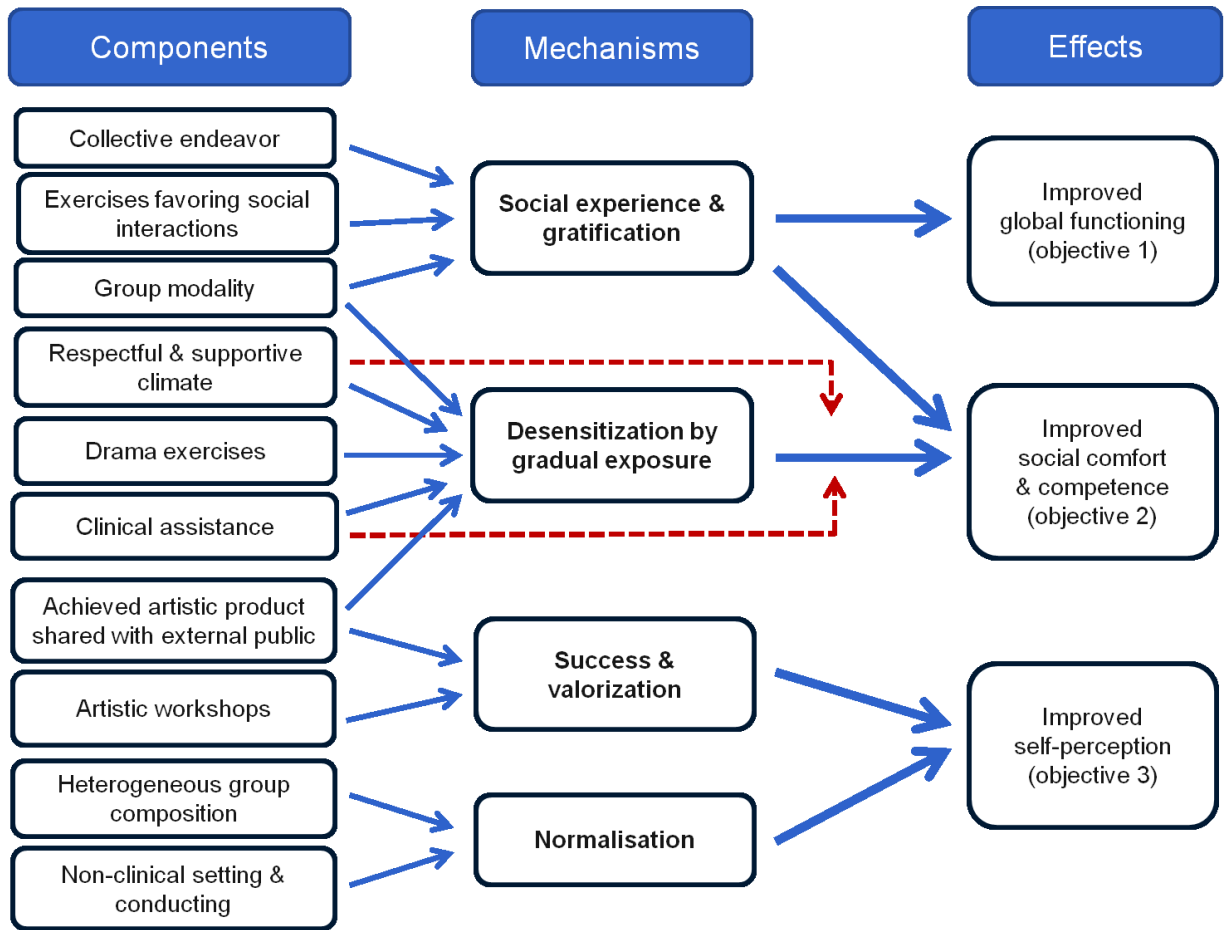


Figure 1. Empirically-derived integrated theory of action of the program *Espace de Transition*

CHAPITRE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS EMPIRIQUES

La présente thèse relate les résultats de la première évaluation indépendante d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène ciblant des adolescents et des jeunes adultes présentant des troubles psychiatriques stabilisés : le programme *Espace de Transition*. Cette recherche, sous-tendue par une vision pragmatiste et conduite selon une approche collaborative et centrée sur l'utilité appliquée des résultats, visait à évaluer la mise en œuvre, les effets et les mécanismes d'action du programme. Étant donné qu'il s'agissait de la toute première évaluation du programme et conformément à la nature évolutive et peu standardisée de ce dernier, des méthodes de recherche naturalistes ont été principalement privilégiées.

Le premier chapitre empirique de la thèse relate les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du programme *ET*. Cette évaluation a d'abord permis de constater que le programme dessert des participants correspondant de près à la population visée et que ceux-ci présentent globalement des niveaux élevés d'assiduité, d'engagement et d'appréciation du programme. Cette conclusion doit toutefois être nuancée par le fait qu'un nombre substantiel de participants initialement recrutés –huit au total- ont abandonné le programme ou en ont été exclus dès ses débuts, réduisant la taille de l'un des groupes desservis et modifiant le ratio de participants cibles et provenant de la population générale par rapport aux paramètres prévus par les promoteurs. De plus, étant donné que les participants cibles n'ayant pas complété le programme se sont avérés présenter en moyenne des niveaux supérieurs de difficultés psychosociales auto-rapportées relativement à ceux étant demeurés jusqu'à la fin de l'expérience, le portrait de mise en œuvre obtenu, tout comme celui de ses effets et mécanismes d'action, ne peut être généralisé à l'ensemble des jeunes rejoints via les procédures de recrutement employées.

L'évaluation de la mise en œuvre a en outre permis de conclure que la plupart des composantes du programme identifiées a priori comme ses paramètres essentiels ont été livrées tel que prévu par les concepteurs et que la plupart d'entre elles ont été largement appréciées et jugées pertinentes par les participants et les autres répondants consultés. C'est le cas notamment de l'offre d'un environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles, incluant l'animation par des professionnels du milieu artistique. C'est le cas

en outre du regroupement de participants « cibles » et « provenant de la population générale », une caractéristique du programme dont la mise en œuvre a par ailleurs été critiquée, principalement en ce qui a trait au respect de la divulgation volontaire de la condition psychiatrique des participants et à l'ambiguïté du rôle des participants provenant de la population générale. La poursuite d'une réalisation collective et le partage de cette réalisation avec des individus extérieurs au programme sont d'autres composantes essentielles du programme *ET* dont l'intérêt a été fortement appuyé. Le rôle actif que chaque participant devait jouer dans l'élaboration de cette réalisation a cependant été jugé insuffisant par plusieurs répondants, tout comme leur contribution à d'autres aspects de la planification et de l'organisation du programme. L'implication plus substantielle des participants à l'élaboration du spectacle et au déploiement même du programme permettrait d'ancrer davantage *ET* dans la philosophie des approches centrées sur le rétablissement personnel, qui prône la participation active de l'individu dans sa démarche de réadaptation (Anthony, 1993). Enfin, l'évaluation de la mise en œuvre d'*ET* a permis de mettre en lumière qu'en plus des composantes jugées a priori essentielles du programme, l'offre d'un soutien clinique professionnel au sein des ateliers a été jugée appréciable et pertinente par les répondants.

Le second chapitre empirique de la thèse porte sur l'évaluation des effets du programme *ET* relativement à l'atteinte de trois de ses objectifs, soient l'amélioration 1) du fonctionnement global, 2) du confort relationnel et des compétences sociales, ainsi que 3) de la perception de soi des participants cibles. Les résultats de cette étude employant des méthodes mixtes ont révélé des changements significatifs et positifs dans le fonctionnement global des participants suite au programme, tel qu'évalué par les cliniciens référents et partiellement corroboré par les participants eux-mêmes. Des améliorations en ce qui concerne le confort relationnel, les compétences sociales et la perception de soi ont également été identifiées chez une proportion substantielle de participants, bien que celles-ci ne se soient pas traduites en des différences significatives décelées par les analyses quantitatives de groupe.

Le troisième et dernier chapitre empirique de la thèse relate enfin une étude exploratoire des mécanismes sous-jacents aux impacts du programme *ET* ayant conduit à l'élaboration inductive d'une théorie d'action de ce programme. Cette investigation qualitative a révélé quatre catégories de mécanismes semblant sous-tendre les effets attribués au programme, soient des processus de 1) gain d'expérience et de gratification sociales, 2) de désensibilisation

par exposition graduelle, 3) de succès et de valorisation, et 4) de normalisation. Par ailleurs, l'exploration empirique de la logique d'action d'*ET* a permis de suggérer les caractéristiques et composantes responsables du déclenchement de ces mécanismes médiateurs ou en favorisant l'impact sur les construits ciblés par les objectifs du programme. Parmi celles-ci comptent le contexte non clinique de livraison du programme, la composition hétérogène des groupes de participants, le recours aux arts de la scène, ainsi que la poursuite d'une réalisation collective et son partage avec des individus extérieurs au programme. Bien qu'elles aient été spontanément évoquées, toutes ces caractéristiques et composantes correspondent aux paramètres planifiés du programme, dont bon nombre comptaient parmi les composantes jugées a priori essentielles par ses concepteurs. De plus, plusieurs de ces mêmes caractéristiques et composantes ont fait l'objet de commentaires d'appréciation recueillis de la part des participants et autres répondants dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du programme. Cette convergence de résultats soutenant la pertinence clinique et l'appréciation des principaux paramètres du programme *ET*, couplée aux résultats appuyant l'efficacité de ce dernier, tend à valider la structure actuelle du programme et, par le fait même, la logique implicite qui en a influencé la conception. La prochaine section propose une discussion de certains aspects de ces structure et logique de programme par le biais d'une intégration avec le modèle psychoéducatif.

RELECTURE PSYCHOÉDUCATIVE DU PROGRAMME *ESPACE DE TRANSITION*

Tel qu'énoncé dans l'introduction générale de la thèse, le programme *ET* s'inscrit dans le courant de la réadaptation psychiatrique, une approche centrée sur le rétablissement personnel. Par le fait même, sa philosophie thérapeutique s'apparente grandement à celle de la psychoéducation, qui vise, tout comme la réadaptation, l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement à travers le développement de ses forces et de celles de ses différents milieux de vie. Une analyse plus attentive révèle que cette parenté philosophique se reflète de faits dans de nombreux aspects de la structure et de la logique de fonctionnement du programme *ET*. En effet, une relecture de quelques-uns des constats issus de la recherche doctorale concernant le fonctionnement d'*ET* à travers des éléments essentiels de la théorie psychoéducative a fait émerger divers rapprochements conceptuels, dont certains sont exposés dans les lignes qui suivent. Cet exercice d'intégration interdisciplinaire s'est en plus avéré offrir un angle original et fort utile de réexamen des principes cliniques du programme, mettant du même coup en lumière la pertinence du modèle psychoéducatif pour l'analyse de l'intervention et son évaluation.

Modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative

L'un des modèles centraux du champ de la psychoéducation est celui de la structure d'ensemble de l'intervention, développé par Gilles Gendreau (1978, 2001). Ce modèle, illustré par la figure 1, comprend dix composantes « qui découpent l'organisation d'un milieu d'intervention éducative ou d'une intervention » (Renou, 2005, p. 167) et qui, à travers leurs interrelations, forment un système cohérent et dynamique (Gendreau, 2001). Selon le modèle, le soin porté à la planification de chaque composante de la structure d'ensemble d'une intervention, ainsi qu'à la cohérence systémique de celle-ci, permet d'en optimiser la pertinence et l'adéquation en regard des besoins des sujets desservis et donc ultimement, d'en favoriser l'efficacité. Selon l'auteur du modèle, chacune des composantes de la structure d'ensemble d'une intervention constitue en effet un moyen susceptible de favoriser la rencontre des objectifs poursuivis (Gendreau, 2001).

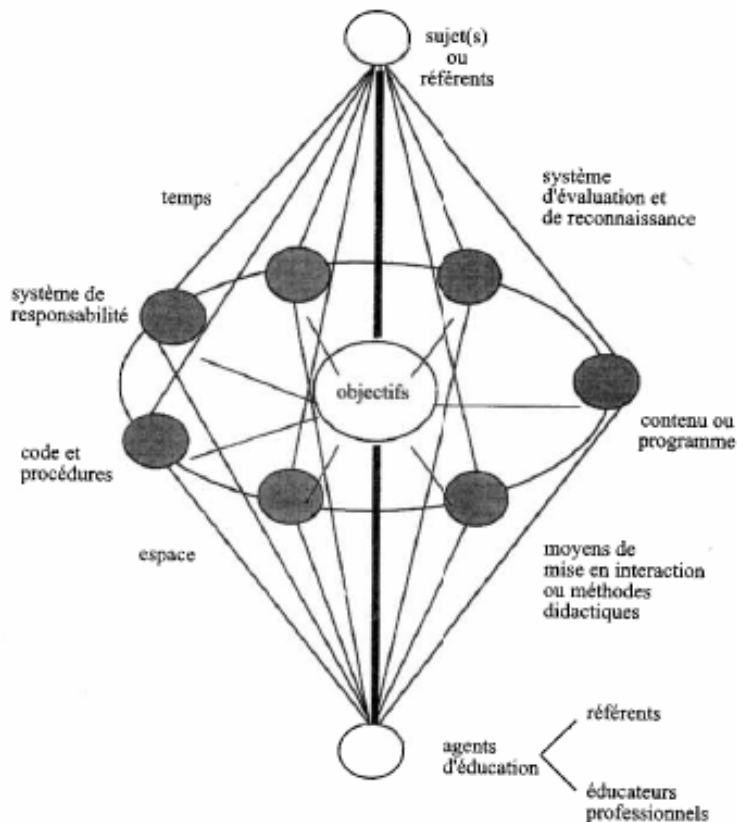


Figure 1. Modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative (adapté de Gendreau, 1978, dans Renou, 2005, p. 166)

Structure d'ensemble et mécanismes d'action du programme *Espace de Transition*

Bien qu'il n'ait pas été conçu d'après le modèle d'intervention psychoéducative, le programme *ET* se distingue d'autres initiatives apparentées par l'importance qu'il accorde à divers éléments de sa structure. Contrairement à nombre d'interventions psychiatriques ou psychosociales documentées — notamment celles d'inspiration cognitive-comportementale –, ce programme est très peu prescriptif en termes de contenu¹ précis. Ses concepteurs se sont contentés de spécifier un nombre restreint de directives relativement souples, c.-à-d. que soient mis en place « des exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques », laissant ainsi une grande liberté aux instructeurs dans

¹ Dans le modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative, le contenu est défini comme « l'objet d'une activité ou d'un atelier donné » ou « ce que l'on veut faire acquérir aux sujets » (Renou, 2005, p. 169).

l'élaboration des activités et enseignements particuliers livrés au sein des ateliers et tolérant par le fait même une importante variabilité.

À l'inverse, alors que certains programmes davantage centrés sur le contenu semblent négliger la réflexion entourant la planification et l'organisation des autres composantes de l'intervention, le programme *ET* est pour sa part largement défini par ses paramètres structuraux et relationnels, notamment par l'importance accordée à l'offre d'un environnement sécurisant et dissocié des structures de soins conventionnelles, ainsi qu'à la composition des groupes de participants desservis. Les conclusions du second article présenté dans la thèse (chapitre 4) ont d'ailleurs révélé que la plupart des caractéristiques du programme identifiées comme ingrédients actifs, c'est-à-dire constituantes de la théorie d'action du programme, relèvent de composantes autres que le contenu. Tel que le présente le tableau 1, les ingrédients actifs du programme identifiés empiriquement appartiennent en effet à quatre autres composantes du modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative. Tout d'abord, la composition hétérogène des groupes, incluant la mixité des participants provenant de références psychiatrique et de la population générale, traduit une réflexion concernant la composante *sujets*, référant aux personnes qui font l'objet de l'intervention, pour lesquelles elle a été conçue (Renou, 2005). Les ateliers d'arts de la scène, incluant les exercices d'arts dramatiques, la poursuite d'une réalisation collective partagée avec des individus extérieurs au programme et les exercices favorisant les interactions sociales constituent pour leur part des *moyens de mise en interaction*, désignant l'ensemble des approches ou modes d'apprentissage utilisés pour atteindre les objectifs visés (Renou, 2005). L'emploi d'instructeurs non cliniciens pour animer les ateliers et l'offre d'un accompagnement clinique par une psychoéducatrice traduisent quant à eux une réflexion concernant la composante *agents d'éducation*, référant aux personnes qui accompagnent directement les sujets dans l'atteinte des objectifs fixés par le programme (Renou, 2005). Finalement, l'environnement non clinique du programme et le climat respectueux et soutenant prévalant au sein des ateliers relèvent de la composante *espace*, qui désigne tout autant le cadre physique où se déroule l'intervention que la manière dont les sujets — et les autres acteurs — perçoivent cet environnement (Renou, 2005). Dans sa dimension symbolique, cette dernière composante « est également porteuse de la signification qu'aura, pour les sujets, un espace précis ou un type d'espace particulier, compte tenu des différents vécus expérientiels qui y seront reliés » (Renou, 2005, p. 346).

Cette dimension symbolique et subjective de l'espace, les concepteurs du programme *ET* semblent en avoir d'emblée pressenti l'importance, comme l'indique d'ailleurs le nom du programme. Ils ont en effet désigné comme composante essentielle de celui-ci « l'offre d'un environnement sécurisant dissocié des structures de soins conventionnelles » et ont notamment pris soin de situer les ateliers dans des locaux communautaires plutôt que rattachés à un centre de soins. Les résultats d'évaluation rapportés dans la présente thèse suggèrent que ces conceptions et organisations particulières de la composante *espace* du programme *ET* ont été significatives. En effet, la perception qu'ont rapportée la plupart des participants d'un environnement sécuritaire (c.-à-d. respectueux et soutenant) et dissocié des structures de soins conventionnelles a été associée à la mise en place et au succès de mécanismes ayant été identifiés comme sous-tendant certains des impacts bénéfiques du programme. À titre d'exemple spécifique, le caractère non clinique de l'*espace* a été relié à l'instigation de processus de normalisation ayant vraisemblablement conduit à l'amélioration de la perception de soi de certains participants. Un tel exemple appuie la conception de Gendreau (2001) comme quoi toutes les composantes de la structure d'ensemble d'une intervention sont susceptibles d'en favoriser la rencontre des objectifs et renforce la pertinence de la réflexion entourant leurs planification et organisation.

Tableau 1.

Caractéristiques du programme constituantes de sa théorie d'action classées par composante du modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative

| Caractéristiques du programme | Composantes du modèle |
|---|-------------------------------|
| Modalité de groupe | |
| Composition hétérogène des groupes (incluant mixité des participants provenant de références psychiatrique et de la population générale) | Sujets |
| Ateliers d'arts de la scène (incluant d'arts dramatiques) Poursuite d'une réalisation collective partagée avec des individus extérieurs au programme Exercices favorisant les interactions sociales | Moyens de mise en interaction |
| Accompagnement clinique par la psychoéducatrice Instructeurs non cliniciens | Agents d'éducation |
| Environnement non clinique Climat respectueux et soutenant | Espace |

Structure d'ensemble et convenance du programme *Espace de Transition*

Selon les théoriciens de la psychoéducation, l'écart entre les schèmes que possède un sujet pour s'adapter au monde extérieur — appelé son potentiel d'adaptation — et la situation présentée — ou plus exactement les possibilités d'évolution qu'elle offre au sujet, soit son potentiel expérientiel — détermine l'engagement de ce même sujet dans le processus de changement souhaité (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Un écart est dit « significatif » ou « convenant » s'il est suffisamment grand pour déclencher l'activité du sujet, mais néanmoins perçu par celui-ci comme possible à combler avec les schèmes qu'il possède déjà, sans quoi il risque de vivre un « déséquilibre inhibant » et ne pas se mettre en action (Renou, 2005). Généralement, les psychoéducateurs et autres concepteurs d'intervention portent une attention particulière à cette notion d'écart significatif au moment de spécifier la nature et le niveau d'atteinte des objectifs poursuivis et d'élaborer les contenus précis à livrer. Or, tel que le souligne Renou (2005), chacune des autres composantes de la structure d'ensemble de l'intervention est également susceptible d'en influencer la convenance de l'écart avec le

potentiel d'adaptation du sujet. Ainsi, « plus chacun des éléments de l'ensemble structurel de l'organisation de la situation que l'on propose de vivre est susceptible de rejoindre le sujet, plus il y a de chance que l'écart entre le potentiel d'adaptation de ce dernier et le potentiel expérientiel de l'activité soit de qualité » (Renou, 2005, p. 140-141).

L'exploration des mécanismes d'action du programme *ET* rapportée dans le second article constituant la thèse (chapitre 4) a révélé des constats cohérents avec cette conception. Par exemple, celle-ci a suggéré que les exercices d'arts dramatiques exigeant que les participants s'exposent au regard de leurs pairs représentent un aspect du programme déterminant dans l'enclenchement de processus de désensibilisation à la crainte du jugement d'autrui pouvant conduire à l'amélioration du confort et des compétences relationnels. Or, ces exercices ont été décrits par plusieurs comme difficiles, voir inhibants pour certains, et ce, bien qu'ils comportaient une certaine gradation dans l'intensité d'exposition au regard d'autrui. Des réactions de retrait face à ce type d'exercices ont d'ailleurs été rapportées et directement observées. Il appert donc qu'en soi, certains exercices d'arts dramatiques proposés dans le cadre du programme présentaient un défi trop important pour certains participants, dont les vulnérabilités, notamment anxieuses, limitaient le potentiel à s'y adapter, induisant plutôt chez eux un mouvement de retrait ou d'inhibition. De manière intéressante, il est néanmoins apparu que certaines caractéristiques du programme ayant trait à d'autres composantes de sa structure d'ensemble ont permis d'améliorer la convenance de ce défi de sorte que tous les participants ayant complété le programme ont éventuellement réussi à prendre part aux exercices d'arts dramatiques et ce, même jusqu'à leur point culminant d'intensité d'exposition, c'est-à-dire le spectacle devant public. En effet, le soutien concret fourni par les pairs et la psychoéducatrice du programme a été identifié comme ayant grandement favorisé l'engagement de certains participants dans les exercices d'exposition au regard d'autrui. Celui-ci a même été rapporté comme une condition nécessaire à l'initiation des processus de désensibilisation par exposition graduelle auprès de certains participants, ces processus ayant eux-mêmes été jugés déterminants dans la rencontre de l'un des objectifs centraux du programme.

Cet exemple n'est pas sans rappeler le concept d'étayage, central aux théories socioculturelles du développement psychologique. Ce dernier réfère traditionnellement aux différentes formes de soutien offert par un individu plus expert à un autre afin de l'amener à

accomplir une tâche qu'il serait incapable de réaliser seul (Mascolo, 2005). En élargissant la zone de développement proximal² de l'apprenant, une telle interaction dite « de tutelle » (Demerval & White, 1993) le conduit à maîtriser une réalité plus complexe, ce qui élève sa compétence à des niveaux supérieurs et transforme ainsi son fonctionnement. Le rôle de l'accompagnement psychoéducatif et du soutien par les pairs décrit dans le contexte du programme *ET* semble tout à fait analogue à celui de l'interaction de tutelle ou d'étayage. En effet, en réduisant l'écart entre le potentiel d'adaptation de certains participants et le potentiel expérientiel des exercices d'arts dramatiques à composante d'exposition (par exemple en accroissant le sentiment de confiance des participants par le moyen d'encouragements ou en amoindrissant le caractère menaçant des exercices du fait de les réaliser en tandem), ces facteurs ont permis aux participants initialement réfractaires d'y prendre part avec succès et de bénéficier conséquemment des bienfaits de cette exposition/expérimentation sur leur développement personnel.

L'analyse effectuée suggère donc, à titre d'exemple spécifique, que la décision d'inclure un clinicien en soutien parmi les « agents d'éducation » du programme a été déterminante dans le maintien et la qualité de l'engagement de certains participants dans celui-ci et possiblement, dans les bénéfices qu'ils en ont retirés. Un tel constat tend à valider une fois de plus l'importance du soin porté à la planification des diverses composantes structurant l'intervention afin d'optimiser la convenance et l'efficacité des actions promulguées en regard des caractéristiques des clientèles desservies et des objectifs poursuivis.

2 Initialement traduit « zone proximale du développement », ce concept développé par Vygotsky (1978) est défini comme la distance entre le niveau de développement actuel d'un enfant, tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont il résout des problèmes seul, et son niveau de développement potentiel, tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont il résout des problèmes lorsqu'il est assisté par l'adulte ou collabore avec d'autres enfants plus avancés (Gindis, 1999; Parent & Caron, 2007).

FORCES ET LIMITES

Les travaux de recherche doctorale présentés dans la thèse comportent de nombreuses forces, mais également certaines limites. Dans les prochaines sections, certaines de ces forces et limites sont mises en lumière à travers une discussion d'aspects sélectionnés de la méthode de recherche employée.

Devis de recherche

L'une des principales forces de la recherche doctorale réside dans la nature des questions l'ayant orientée qui, conformément aux meilleures pratiques évaluatives dans le domaine de la santé, concernent tant les impacts du programme *ET* que ses processus (Bowling & Ebrahim, 2005). Dans l'esprit de l'approche collaborative privilégiée, ces questions ont par ailleurs été sélectionnées de sorte à refléter les considérations des concepteurs et promoteurs du programme, ce qui est réputé favoriser la fluidité et l'efficacité des processus évaluatifs, ainsi que l'utilisation des résultats de recherche (Patton, 2008; Ridde & Dagenais, 2009). L'adoption d'une approche de recherche naturaliste est également à souligner, les meilleures pratiques dans le domaine de la santé encourageant l'évaluation d'interventions cliniques telles qu'elles sont susceptibles d'être livrées dans la pratique (British Medical Journal Publishing Group, 1998; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). Le recours à des stratégies d'approche naturaliste a permis d'investiguer le programme *ET* dans son contexte réel d'implantation sans en réduire la complexité et la richesse, conférant aux résultats de l'évaluation réalisée une grande validité écologique.

L'évaluation des effets du programme *ET* s'est basée sur un devis de recherche préexpérimental à mesures répétées (pré-programme, post-programme et suivi). La décision de ne pas comparer l'évolution des participants au programme à des homologues non exposés a été motivée par des considérations tant méthodologiques que pratiques. L'appariement des participants avec des individus de comparaison s'est avéré peu réaliste compte tenu de la grande hétérogénéité des groupes de participants au programme, qui comprenaient des jeunes présentant entre autres des psychopathologies de type et de sévérité différents et dont l'âge variait entre 13 et 23 ans. L'appariement efficace de participants avec des individus aux caractéristiques similaires se serait donc avéré fort complexe et aurait nécessité l'accès à un

bassin important de candidats potentiels. Comme les efforts initiaux de recrutement d'individus de comparaison ont été peu fructueux, cette option a donc rapidement dû être écartée. Bien que leur utilité soit reconnue dans le contexte d'études pilote comme celle rapportée dans la thèse (Posovac & Carey, 1997), les devis préexpérimentaux imposent d'importantes limites à l'interprétation des résultats d'une étude. En effet, ce type de devis ne permet pas d'éliminer plusieurs des menaces potentielles à la validité interne des conclusions quant aux effets attribués à une intervention, entre autres celles associées aux effets historiques et de maturation (Whitley, 1996). Dans le cas présent, il ne peut par exemple être exclu que l'amélioration documentée du fonctionnement global des participants suite au programme *ET* reflète en réalité la rémission spontanée de certains de leurs symptômes (effet de maturation) ou encore l'impact d'un événement de vie non documenté, tel que l'initiation d'un nouvel emploi (effet historique). La menace de tels effets (surtout de maturation) est d'autant plus difficile à écarter lorsque la projection de l'évolution du phénomène à l'étude en l'absence d'intervention n'est pas forcément nulle (British Medical Journal Publishing Group, 1998), comme c'est le cas du fonctionnement global, que l'on sait fortement corrélé à l'évolution naturelle de la condition psychiatrique (Judd et al., 2000).

Il importe de souligner que dans le cas de l'évaluation des effets du programme *ET*, les limites initiales du devis de recherche ont été partiellement compensées par divers autres aspects de la méthode employée. Notamment, la triangulation de données qualitatives et quantitatives provenant de multiples sources et colligées à l'aide de diverses stratégies a eu pour effet d'accroître la validité interne des conclusions de l'étude (British Medical Journal Publishing Group, 1998; South, 2004; Van den Maren, 1996). Par ailleurs, l'exploration des facteurs explicatifs des changements observés chez les participants entre le début et la fin du programme auprès des différents répondants a révélé que la plupart d'entre eux attribuaient ces changements à la participation au programme (relativement peu ayant fait référence à des facteurs externes), renforçant ainsi également la confiance vis-à-vis des conclusions.

Participants

L'une des principales forces de la recherche doctorale est l'implication active et la valorisation du point de vue des acteurs du programme, en particulier ses participants. Les bénéfices associés à l'implication des usagers dans l'évaluation des services sociaux et de santé sont multiples. D'une part, cette implication a le potentiel d'accroître la pertinence et l'acceptabilité de la recherche, de même que la qualité des données colligées — donnant par exemple accès au *insight* expérientiel —, ainsi que la justesse et l'impact des conclusions (Bowling & Ebrahim, 2005). D'autre part, l'implication active des usagers dans la recherche visant l'amélioration des services est susceptible de leur procurer des bénéfices personnels, en accroissant notamment leur sentiment de valeur et de pouvoir d'agir (*empowerment*) (Bowling & Ebrahim, 2005; James, 2007).

Il est cependant probable que l'implication active des acteurs du programme dans son évaluation ait pu susciter un biais de réponse favorable de leur part, risque qu'il importe de reconnaître comme une limite potentielle des études présentées dans la thèse. En effet, les relations nouées entre les évaluateurs et les participants à la recherche dans un tel contexte d'implication sont susceptibles d'avoir porté ces derniers à répondre de sorte à plaire ou à ne pas décevoir (biais de désirabilité sociale) et le sentiment d'investissement personnel dans le «devenir» du programme qu'ils ont pu ressentir a possiblement influencé favorablement les impressions qu'ils ont rapportées à son sujet. Le petit nombre de participants cibles inclus dans l'évaluation du programme *ET* ($N = 15$) représente une autre limite de la recherche doctorale. En effet, la petite taille de l'échantillon a réduit la puissance statistique des analyses de groupe et conséquemment constitué une source potentielle d'erreur de type II, qui aurait pu s'avérer particulièrement incidente vu l'hétérogénéité des participants (Kazdin, 2003). Des façons alternatives de calculer la signification du changement au niveau d'un groupe, moins sensibles à la faible puissance statistique, ont été développées et auraient pu être appliquées à l'évaluation des effets du programme *ET* (Kazdin, 2003). Celles-ci n'ont toutefois pas été employées puisque l'analyse visuelle des résultats non significatifs obtenus n'indiquait aucune tendance évolutive et ne suggérait donc pas d'erreur de type II, mais plutôt une réelle absence de changement moyen suite au programme en ce qui a trait aux construits concernés (Kazdin, 2003). La reproduction de l'évaluation auprès d'un nombre plus important de participants

serait utile à l'exploration des effets du programme au-delà des tendances moyennes observées à l'échelle des groupes. En effet, l'accès à un plus vaste échantillon de participants permettrait de tenir compte de l'hétérogénéité des caractéristiques de ces derniers dans la réponse au programme, par exemple par le biais d'analyses de modération. L'attrition constitue également une limite importante de l'évaluation. Des différences significatives ayant été décelées entre les individus ayant complété le programme et ceux l'ayant quitté dans les premiers temps, il est impossible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des jeunes initialement recrutés. L'utilisation de techniques statistiques visant à corriger les biais liés aux données manquantes (ex. : imputation multiple, estimation par *maximum likelihood*) n'était pas indiquée, comme ces méthodes exigent de larges échantillons (Graham, 2009).

Données colligées

Tel que mentionné précédemment, l'une des forces méthodologiques de la recherche doctorale est d'avoir reposé sur des données de différentes natures et provenant de diverses sources et stratégies de collecte. En plus de renforcer la validité interne des conclusions d'une étude, la convergence de perspectives et stratégies de recherche variées favorise l'exhaustivité de la représentation des phénomènes étudiés, ce qui est particulièrement pertinent lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une réalité riche et complexe. La collecte de données observationnelles concernant divers paramètres d'implantation, de même que les mécanismes d'action du programme, constitue en soi une force de la recherche digne de mention, cette stratégie étant fortement recommandée dans le cas de l'évaluation de « systèmes complexes » comme le programme *ET* (Bowling & Ebrahim, 2005).

Les données récoltées à l'aide de questionnaires présentent quant à elles certaines limites. Premièrement, bien que les instruments standardisés utilisés pour évaluer les effets du programme aient été soigneusement sélectionnés en raison de leur capacité démontrée à capturer des changements intra-individuels à travers le temps, notamment suite à une intervention, il n'en demeure pas moins que la plupart n'ont pas été spécialement conçus à cette fin. En effet, l'ensemble des questionnaires utilisés pour évaluer les modifications dans la perception de soi ainsi que l'aisance et les habiletés relationnelles des participants sont des instruments dont l'objet premier est de détecter les différences entre des individus à un moment donné et tous présentent des indices de stabilité temporelle relativement élevés. Pour

leur part, les deux questionnaires ayant servi à documenter le fonctionnement global des participants ont été conçus pour évaluer l'évolution clinique d'individus selon des intervalles pouvant être relativement courts. Il est à noter que ce sont les deux seuls instruments utilisés qui ont conduit à la détection de différences significatives à l'échelle du groupe entre les divers temps de mesure. Il est plausible que le recours à des outils plus sensibles au changement intra-individuel pour évaluer la perception de soi ainsi que l'aisance et les habiletés relationnelles des participants aurait également favorisé la détection d'une certaine évolution quantitative dans ces domaines suite au programme.

Une autre limite des données colligées à l'aide de questionnaires est qu'elles l'ont été auprès d'une seule source ayant varié selon le construit évalué. En effet, les questionnaires concernant la perception de soi, l'aisance relationnelle et les habiletés sociales ont été complétés par les participants eux-mêmes, alors que ceux portant sur le fonctionnement global l'ont été par les cliniciens référents. Cette alternance des sources a introduit la possibilité que les différences dans l'évolution de ces construits soient attribuables aux tendances de réponse différentes des deux catégories de répondants plutôt qu'à un impact réellement différentiel du programme.

Analyses

Au plan analytique, la recherche doctorale se distingue par le recours à une stratégie mixte de type triangulation-convergence pour l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme. Par le biais de cette méthode, les résultats des analyses quantitatives et qualitatives réalisées parallèlement ont été contrastés au moment de l'interprétation, ce qui a permis de les corroborer ou de les nuancer selon le cas et de générer des pistes explicatives qui auraient difficilement pu émerger autrement. Par exemple, tel que présenté dans le premier article de la thèse (chapitre 3), les données qualitatives récoltées auprès des participants cibles concernant l'impact du programme sur leur perception de soi ainsi que leur aisance et leurs habiletés relationnelles ont non seulement servi à corroborer les résultats quantitatifs mitigés obtenus à cet égard, mais également à les interpréter à la lumière des justifications avancées par les individus concernés eux-mêmes.

Une des principales limites des analyses réalisées est qu'elles n'ont pas tenu compte de l'hétérogénéité des participants. La petite taille de l'échantillon ne permettait pas de le faire à

l'aide d'analyses quantitatives de groupe (ex. de modération). Par contre, des analyses verticales, qualitatives ou mixtes, auraient été envisageables et auraient possiblement permis de répondre avec plus de précision et de pertinence aux différentes questions d'évaluation. Par exemple, des études de cas, supposant l'exploration en profondeur du profil d'un sous-échantillon de participants par la mise en commun de plusieurs informations recueillies à leur sujet (Patton, 2002), auraient pu permettre de contextualiser certains résultats d'évaluation en fonction des caractéristiques initiales des participants ou de leur réponse au programme.

IMPLICATIONS

La présente thèse comporte diverses implications, tant pour la pratique clinique que pour la recherche et le développement professionnel. Certaines d'entre elles sont brièvement discutées dans les sections suivantes.

Implications pour la pratique clinique

La recherche doctorale présentée dans la thèse est d'abord susceptible d'apporter une contribution substantielle à la pratique clinique. D'une part, les conclusions qu'elle a produites concernant la mise en œuvre, les effets et les mécanismes d'action du programme *ET* seront directement utiles à ses promoteurs, tant pour guider leurs efforts d'amélioration continue du programme que pour soutenir la pérennisation et la diffusion de ce dernier. En effet, la crédibilité et le caractère prometteur que confère à un programme une évaluation comme celle conduite au sujet d'*ET* tendent à en faciliter le financement et l'acceptation par les diverses instances de soins et de services et à susciter l'implication de partenaires clés (Carter, 1994). De plus, les résultats d'une telle évaluation peuvent inspirer aux promoteurs des ajustements concrets visant à bonifier les prochaines prestations du programme. Le constat de la perte de participants présentant des niveaux supérieurs de difficultés psychosociales en début d'intervention offre à ce titre un exemple intéressant. Dans une logique de réadaptation, où l'action sur l'individu tant que sur ses environnements est envisagée, cette observation suggère aux promoteurs de revoir leurs critères de recrutement et de modifier certains paramètres de prestation de l'intervention de sorte à ce que les jeunes enrôlés dans le programme soient plus à même de faire face aux défis que comporte la participation à celui-ci et d'y demeurer conséquemment jusqu'à la fin. Dans la poursuite de l'analogie initiée antérieurement avec le modèle psychoéducatif, cela correspond à modifier à la fois le potentiel adaptatif des participants ciblés (PAD) et le potentiel expérientiel que leur offre le programme (PEX). Bien que les résultats présentés dans la thèse ne suffisent pas à avancer des suggestions fondées à ces égards, ils permettent d'évoquer certaines pistes prometteuses. Un exemple d'action au niveau du PAD susceptible de favoriser la rétention des participants dans le programme serait la clarification de ce qu'entendent les promoteurs par «stabilité» des symptômes psychiatriques présentés et la spécification de mécanismes qui permettraient de s'assurer de

cette stabilité chez les jeunes recrutés. Au niveau du PEX, il a été suggéré que l'accroissement de la proportion d'activités de cirque et leur répartition plus équilibrée à travers le programme pourrait permettre d'offrir des défis d'exposition mieux gradués, ce qui pourrait également contribuer à retenir dans le programme certains jeunes, notamment ceux présentant des niveaux élevés d'anxiété sociale.

De façon générale, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre, des effets et des mécanismes d'action du programme pourront également servir à alimenter plus largement la réflexion sur les pratiques prometteuses dans le domaine de la réadaptation psychiatrique et de l'intervention par les arts et ainsi guider l'élaboration de futures stratégies. À ce titre, le résumé des composantes du programme *ET* identifiées comme particulièrement prometteuses fourni à la fin du second article de la thèse (chapitre 4) pourra s'avérer spécialement utile.

Implications pour la recherche

Les travaux dont il est question dans la thèse comportent également diverses implications pour le domaine de la recherche. Tout d'abord, ceux-ci offrent des pistes d'investigation future. Notamment, les résultats prometteurs obtenus au sujet de la qualité de la mise en œuvre du programme *ET* et de ses effets justifient la conduite d'évaluations confirmatoires auprès d'un nombre supérieur de participants et à l'aide de méthodes plus robustes (p. ex., le recours à un groupe contrôle et à l'assignation aléatoire des participants). La théorie d'action du programme générée inductivement dans le cadre de la recherche doctorale constitue pour sa part une série d'hypothèses quant aux mécanismes susceptibles d'amoindrir les difficultés d'adaptation liées aux troubles mentaux chez les jeunes, qui mériteraient d'être testées formellement par d'éventuelles études déductives d'approche naturaliste ou expérimentale. La mise à l'épreuve de ces hypothèses a le potentiel d'enrichir les connaissances appliquées et fondamentales dans le domaine de la réadaptation psychiatrique auprès des jeunes.

Par ailleurs, les travaux de recherche doctorale sont également susceptibles de contribuer aux réflexions méthodologiques dans le domaine de la recherche psychosociale et psychiatrique appliquée. Les évaluations de la mise en œuvre (chapitre 2) et des effets (chapitre 3) du programme *ET* s'ajoutent au lot relativement modeste d'études usant de méthodes mixtes en présentant des exemples d'intégration réelle de résultats obtenus à l'aide

de méthodes quantitatives et qualitatives aux fins d'interprétation d'une réalité complexe. Bien qu'elles présentent leurs propres limites, ces deux études constituent en ce sens des modèles supplémentaires bienvenus dans un courant méthodologique encore embryonnaire. Quant à elle, l'étude portant sur l'exploration des mécanismes d'action du programme (chapitre 4) offre un rare exemple d'élaboration théorique par induction dans un contexte d'évaluation. Une telle approche s'est avérée fort appropriée à l'étude initiale des mécanismes d'action d'une stratégie d'intervention novatrice n'ayant pas été élaborée théoriquement et pourrait inspirer d'éventuelles évaluations portant sur des objets similaires. Par ailleurs, l'étude présentée au chapitre 4 de la thèse rappelle qu'il est possible et pertinent d'évaluer l'impact spécifique des différents éléments composant une intervention. En recherche évaluative, il n'est pas rare que plusieurs de ces éléments soient groupés sous l'expression « facteurs généraux ou non spécifiques de l'intervention » et que, bien qu'il soit reconnu que de tels facteurs jouent un rôle de premier plan dans l'efficacité de la plupart des interventions psychosociales promulguées (Miller, Duncan, & Hubble, 1997), l'investigation de leur contribution respective et même leur description soient négligées. Les travaux présentés dans la thèse suggèrent que la spécification exhaustive des paramètres d'un programme et l'évaluation du rôle de chacun constitue une avenue privilégiée pour mieux comprendre les mécanismes de changement à l'œuvre et ainsi miser sur les plus efficaces.

Plus généralement, la thèse relate enfin un exemple de recherche collaborative dont le processus s'est avéré harmonieux et des plus profitables. En effet, la qualité de la collaboration entre les équipes clinique et de recherche a été abondamment reconnue et appréciée de part et d'autre. Du point de vue des chercheurs, celle-ci a semblé favoriser l'élaboration d'un devis d'évaluation plus réaliste et pertinent en regard de l'objet d'étude, de même que l'accès à des données d'une richesse et d'une fidélité accrues (p. ex. par la participation de cliniciens aux entrevues d'évaluation et la possibilité pour les évaluateurs d'observer directement le déroulement des ateliers), en plus de rendre agréable et fluide le processus d'évaluation dans son ensemble. Du point de vue des cliniciens, l'implication de chercheurs dans l'univers d'*ET* est apparue profitable dès l'initiation du partenariat, entre autres pour aider à expliciter et opérationnaliser les composantes et objectifs du programme, pour appuyer le recrutement des participants et pour bonifier la portée des activités de diffusion.

Différents facteurs sont apparus comme ayant particulièrement favorisé la qualité et la productivité de la collaboration entre les chercheurs et les praticiens dans le cadre de l'évaluation du programme *ET*. Une discussion *a parte* de certains d'entre eux est ici proposée dans l'espoir d'alimenter la réflexion sur l'enjeu crucial de la collaboration entre les milieux de recherche et de pratique. L'un des facteurs favorables identifiés est certes la disposition propice de la conceptrice et promotrice principale du programme vis-à-vis de la recherche. Le fait même que ce soit elle qui ait contacté une équipe de chercheurs pour entreprendre la réalisation de l'évaluation et ce, dès les premiers balbutiements du programme, traduit bien la valeur qu'elle confère à ce type d'activité. Tout au long du processus évaluatif, il a semblé que son attitude d'ouverture et de valorisation face à la recherche a hautement facilité l'ensemble des procédures. Il est même possible de croire que cette attitude ait pu influencer positivement la disposition des autres praticiens sollicités à collaborer à l'évaluation, ceux-ci s'étant également montrés remarquablement coopérants.

Un second facteur ayant pu favoriser la mise en place d'une collaboration recherche-pratique aussi profitable est le double statut de clinicienne-chercheuse de l'évaluatrice principale. Le fait qu'elle provienne par surcroît du domaine de pratique concerné par le programme évalué, soit la réadaptation psychiatrique auprès des jeunes, lui a conféré une sensibilité particulière aux dynamiques et besoins présentés par la clientèle ciblée et a fait en sorte qu'elle partageait le langage et plusieurs des préoccupations des cliniciens avec qui elle était appelée à collaborer. L'efficacité et la fluidité des échanges avec ces derniers en ont vraisemblablement été optimisées et leurs résistances potentielles face aux procédures de recherche en ont possiblement été minimisées. La formation clinique de l'évaluatrice principale a par ailleurs semblé présenter des avantages indéniables quant à son impact sur la collaboration avec les participants au programme. En effet, la compréhension de leurs symptômes et dynamiques relationnelles et la maîtrise des conduites et attitudes propices à l'établissement d'une relation de confiance avec eux ont vraisemblablement contribué au succès des procédures de recherche les concernant. À plus d'une reprise a-t-il semblé que l'absence de telles compétences aurait risqué de mettre en péril le climat de sécurité et de confiance nécessaire à la collaboration, voire même d'affecter l'équilibre/ le bien-être de certains participants présentant d'importantes fragilités affectives et interpersonnelles. Ainsi, la conduite des procédures de recherche par une clinicienne est non seulement apparue

avantageuse du point de vue de la collaboration avec les acteurs des milieux de pratique, mais également hautement favorable à l'établissement de relations de coopération sécurisantes avec des participants vulnérables. Ces constats soutiennent la pertinence de former des cliniciens-chercheurs dans les domaines psychosociaux et médicaux, entre autres par le biais de programmes d'études supérieures combinés.

Implications pour la psychoéducation

Le doctorat en sciences de l'intervention offert depuis peu à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal constitue justement un exemple de tels programmes. Par sa nature appliquée, la recherche doctorale dont il est question dans la présente thèse s'inscrit dans ce volet d'activités de l'École, dont le déploiement apparaît primordial pour le champ de l'intervention psychosociale en général et de la psychoéducation particulier. En effet, le développement d'une culture de recherche appliquée intégrée et de qualité en psychoéducation semble nécessaire à la reconnaissance de la pertinence de cette discipline, particulièrement du rôle avantageux qu'elle peut jouer dans la recherche psychosociale et le développement des pratiques d'intervention. La recherche doctorale ici présentée est susceptible de contribuer à cette reconnaissance grandissante. À titre d'exemple, l'avantage de la maîtrise des schèmes relationnels favorables à la collaboration harmonieuse et efficace avec divers partenaires des milieux de pratiques, ainsi qu'avec des participants à la recherche présentant des difficultés d'adaptation importantes a été abordé dans la thèse, avantage qui s'est d'ailleurs traduit par l'excellente collaboration maintenue avec l'ensemble des partenaires tout au long du déroulement de la recherche. Par ailleurs, après un effort de réflexion et d'intégration, la présente thèse a mis en valeur l'utilité potentielle du modèle de la structure d'ensemble de l'intervention pour apprécier l'adéquation entre les diverses composantes d'un programme, les besoins des sujets ciblés et les objectifs de l'intervention, et ainsi mieux comprendre les dynamiques de fonctionnement des programmes et leur efficacité. Cette réflexion laisse aussi entrevoir que le modèle pourrait en outre servir à organiser les résultats de l'évaluation des programmes de sorte à en guider les efforts d'amélioration. Dans le cas d'*ET*, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre et des mécanismes d'action suggèrent par exemple que la composante «système de responsabilité» du programme gagnerait à être développée, afin notamment de mieux définir les rôles et fonctions attendus de chaque type de participants

(cibles et provenant de la population générale) et d'ainsi minimiser les risques de malaise et d'ambiguïté liés à la constitution particulière des groupes. L'explicitation de la composante «codes et procédures» permettrait pour sa part, entre autres, de positionner le respect et le soutien mutuel comme des attitudes et comportements attendus des participants et animateurs, compte tenu de l'importance qu'ils semblent jouer dans les mécanismes d'action du programme.

Dans un autre ordre d'idées, la thèse comporte également certaines implications pour la pratique psychoéducative. En effet, elle comprend la présentation exhaustive d'un programme d'intervention dont les objectifs et la philosophie s'harmonisent en tous points avec ceux de la psychoéducation, de même que la mise en évidence de composantes particulièrement prometteuses de ce type d'intervention. De telles informations sont susceptibles d'inspirer et d'enrichir le développement d'interventions psychoéducatives et de bonifier la pratique clinique en psychoéducation.

Enfin, la présente thèse a permis de mettre en lumière la parenté conceptuelle de la psychoéducation et de la réadaptation psychiatrique, approches qui partagent la même finalité d'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement et une conception fort similaire de la personne et de son fonctionnement. Il est souhaité que ces rapprochements conceptuels contribuent aux efforts encore bien actuels de liaison de la psychoéducation avec d'autres courants de recherche et de pratique nationaux et internationaux.

CONCLUSION

En conclusion, les travaux de recherche doctorale présentés dans la thèse ont permis d'appuyer la qualité de la mise en œuvre du programme *Espace de Transition*, ainsi que son appréciation enthousiaste par les participants et autres acteurs impliqués. Ils ont également suggéré que ce programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pouvait entraîner des changements positifs dans le fonctionnement global d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles mentaux stabilisés et, plus modestement, dans leur perception de soi, ainsi que leurs aisance et habiletés relationnelles. Enfin, les travaux présentés dans la thèse ont servi à identifier les facteurs et mécanismes d'action qui semblent sous-tendre ces améliorations, contribuant ainsi à valider la logique interne du programme et à suggérer des avenues prometteuses pour la conception d'éventuelles interventions apparentées. En somme, bien que d'autres études soient nécessaires afin d'établir l'efficacité du programme *Espace de Transition*, la recherche doctorale a permis d'en consacrer la pertinence et le caractère prometteur. Nous espérons qu'elle contribuera ainsi au développement de pratiques réadaptatives efficaces et appropriées pouvant favoriser le bien-être des jeunes aux prises avec des troubles mentaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Affleck, J.W., & McGuire, R.J. (1984) The measurement of psychiatric rehabilitation status. A review of the needs and a new scale. *British Journal of Psychiatry*, *145*, 517-525.
- Alvarez-Jimenez, M., Parker, A.G., Hetrick, S.E., McGorry, P.D., & Gleeson, J.F. (2011). Preventing the second episode: A systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 619-630.
- Almond, S., Knapp, M., François, C., Toumi, M., & Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 346-351.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*, 11-23.
- Anthony, W., A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagné, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston, MA : Center for Psychiatric rehabilitation.
- Argyle, E., & Bolton, G. (2005). Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Education*, *105*, 340-354.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469-480.
- Bachrach L.L. (1996). The state of the state mental hospital in 1996. *Psychiatric Services*, *46*, 238-242.
- Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*, 497-529.
- Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 226-236.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation*, *33*, 5-18.
- Bouchard, M. A., Valiquette, C., & Nantel, M. (1975). Étude psychométrique de la traduction française du Rathus Assertiveness Schedule. *Revue de Modification du Comportement*, *5*, 89-103.

- Bouvard, M. Arrindell, W.A., Guérin, J., Bouchard, C., Rion, A.C., Ducottet, E., & Cottraux, J. (1999). Psychometric appraisal of the Scale for Interpersonal Behavior (SIB) in France. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 741-762.
- Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: Investigation, measurement and analysis*. New York, NY : Open University Press.
- British Medical Journal Publishing Group (1998). *Evidence-based Mental Health*. London, UK: Author.
- Bunguay, H, & Clift, S. (2010). Arts on prescription: A review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health*, 130, 277-281.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D., & Masten, A.S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79, 359-374.
- Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrman, F. R., Delaloye, C., Giannakopoulos, P., & Weber, K. (2008). Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 949-956.
- Carter, R. (1994). Maximizing the use of evaluation results. In J. S. Wholey, H. P. Harty, & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp.576-588). San Fransisco, CA : Jossey-Bass.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J.Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology theory and method* (2nd ed.) (vol. 1, pp. 1-23). Hoboken, NJ : Wiley.
- Coholic, D. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child Youth Care Forum*, 40, 303–317.
- Comité de la santé mentale du Québec (1989). *Définition de la santé mentale*. Repéré à <http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/>
- Collie, K., Bottorff, J.L., Long, B.C., & Conati, C. (2006). Distance art groups for women with breast cancer: guidelines and recommendations. *Support Care Cancer*, 14, 849-858.
- Crawford, M.J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S., ... Waller, D. (2010). The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *Biomedical Central Psychiatry*, 10, 1-9.
- Crawford, M.J., & Patterson, S. (2007). Art therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10, 69-70.

- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*, 23-45.
- Davis, M., & Vander Stoep, A. (1997). The transition to adulthood for youth who have serious emotional disturbance: Developmental transition and young adult outcomes. *The Journal of Mental Health Administration, 24*, 400-427.
- Daykin, N., Orme, J., Evans, D., Salmon, D., McEachran, M., & Brain, S. (2008). The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: a systematic review of the literature. *Journal of Health Psychology, 13*, 251-264.
- Demerval, R., & White, F. (1993). La psychologie de Vygotsky et la pédagogie de la situation-problème. *SPIRALE - Revue de Recherches en Éducation, 10-11*, 37-48.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Direction générale de la gestion de la santé (2009). *Manuel du médecin désigné*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration.
- Douglas, N., Warwick, I., & Whitty, G. (2000). Vital youth: Evaluating a theatre in health education project. *Health Education, 100*, 207-215.
- Durlak, J.A., & DuPre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived mental illness stigma among youth in psychiatric outpatient treatment. *Journal of Adolescent Research, 27*, 290-317.
- Embry, L., Vander Stoep, A., Evens, C., Ryan, K., & Pollock, A. (2000). Risk factors for homelessness in adolescents released from psychiatric residential treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1293-1299.
- Endicott J., Spitzer R. L., Fleiss J. L., & Cohen J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry, 33*, 766-771.
- Everitt, A., & Hamilton, R. (2003). *Arts, Health and Community. A Study of Five Community Arts in Health Projects*. Durham, UK: Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine.

- Farkas, M., & Anthony, W.A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International Review of Psychiatry*, 22, 114-129.
- Forchuck, C., Martin, M.L., Chan, Y.L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 556-564.
- Garel, P. (2009, mars). *Adolescent social rehabilitation after psychiatric treatment: Bridging the gap between treatment and real life*. Communication présentée à l'Annual Conference of the American Society for Adolescent Psychiatry, New York, NY.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 182-192.
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative. Solution ou défi?* Paris, France : Éditions Fleurus.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Sciences et Culture.
- Gibbs, S., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 122-127.
- Gindis, B. (1999). Vygotsky's vision: Reshaping the practice of special education for the 21st century. *Remedial and Special Education*, 20, 333-340.
- Gleeson, J.F., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Krisp, K., ... McGorry, P.D. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 477-486.
- Gold, C., Bentley, K., & Wigram T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD004025.
- Goodman, R.F., Chapman, L.M., & Gant, L. (2009). Creative Arts Therapies for Children. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (Eds.), *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* (pp.491-507). New York, NY : The Guilford Press.
- Gordon, S. (2008). De l'ombre à la lumière. *Santé canadienne, mai-juin*, 16-20.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Graber, J.A., & Sontag, L.M. (2009). Internalizing problems during adolescence. In R.M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology: Individual bases of adolescent development* (3rd ed.) (pp.642-682). Hoboken, NJ: John Wiley & Son.

- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, *60*, 549-576.
- Gralinski-Bakker, J.H., Stuart, T.H., Billings, R.L., & Allen, J.P. (2005). Risks along the road to adulthood: Challenges faced by youth with serious mental disorders. In D.W Osgood, E.M. Foster, C. Flanagan, & G. R. Ruth (Eds.), *On your Own Without a Net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations* (pp. 375 – 390). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Greenberg, G.A., & Rosenheck, R.A. (2005). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatric Services*, *56*, 427-433.
- Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., & Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care in the Community*, *16*, 638–648.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Health Development Agency (2000). *Arts for health: A review of good practice in community-based arts projects and initiatives which impact on health and well-being*. London, UK: Trevelyan House.
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society*, *21*, 179-191.
- Institut de la statistique du Québec (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Québec, Québec : Auteur.
- Institute of Public Policy Research (2003). *Mental health and the arts: IPPR seminar summary*. London, UK: Department for Media, Culture & Sport.
- Janosz, M., & Bouthiller, C. (2007). *Rapport de validation du Questionnaire sur l'Environnement Socioéducatifs des écoles secondaires (QES-secondaire)*. Montréal, Québec : Groupe de recherche sur les environnements scolaires - Université de Montréal.
- James, M. A. (2007). Principles of youth participation in mental health services. *Medical Journal of Australia*, *187*, s57-s60.
- Johnson, B., & Turner, L. A. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp.297-320). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, *166*, 654- 659.

- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Masser, J. D., ... Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 375-380.
- Kazdin, A.E. (2003). *Methodological issues & strategies in clinical research* (3rd ed.). Washington, DC : American Psychological Association.
- Kearney, C.A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment and psychological treatment*. New York, NY: Springer.
- Kemeny, M.E. (2009). Psychobiological responses to social threat: Evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology. *Brain, behavior, and Immunity*, 23, 1-9.
- Kéroack, J., Boisvert, J. M., & Prévost, M. J. (1987). *Traduction de la version abrégée du Fear of Negative Evaluation Scale*. Document inédit, Montréal, Québec : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Kessler, R.C., Berglund, P. Demler, O., Robert, J., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kirby, J.L., & Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière: La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, ON: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kozłowska, K., & Hanney, L. (2001). An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 49-78.
- Kupper, Z., & Tschacher, W. (2008). Lack of concordance between subjective improvement and symptom change in psychotic episodes. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 75-93.
- Kutcher, S. (2007). Les jeunes atteints de maladie mentale: répondre au besoin de services. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 176, 419.
- Lamb, J. (2009). Creating change: Using the arts to help stop the stigma of mental illness and foster social integration. *Journal of Holistic Nursing*, 27, 57-65.
- Lasic, S., & Kenny, L. (2002). Theatre and peer education: An innovative approach to health promotion. *Australian Journal of Primary Health Interchange*, 8, 87-93.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.

- 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*, 501-509.
- Lerner, R.M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lenior, M.E., Dingemans, P., Linszen, G.H., DeHaan, L., & Schene, A.H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 53-58.
- Lessard, L., & Coutu, S. (2010). Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants présentant des diagnostics psychiatriques hétérogènes. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *43*, 30-39.
- Liddle, E.B., Batty, M.J., & Goodman, R. (2009). The Social Aptitudes Scale : an initial validation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 508-513.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, *52*, 1621-1626. Lipsey, M. W., & Cordray, D. S. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology*, *51*, 345-375.
- Lloyd, C., Wong, S.R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: A qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, *70*, 207-214.
- Macnaughton, J., White, M., & Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, *105*, 332-339.
- Makin, S., & Gask, L. (2011). Getting back to normal: the added value of an art-based program in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness*, *8*, 64-75.
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, *19*, 357-372.
- Mascolo, F. M. (2005). Change processes in development: The concept of coactive scaffolding. *New ideas in Psychology*, *23*, 185-196.
- Matarasso, F. (1997). *Use or ornament? The social impact of participation in the arts*. Stroud, UK : Comedia.
- Matsuba, M. K., Elder, G. J., Petrucci, F., & Marleau, T. (2008). Employment training for at-risk youth: A program evaluation focusing on changes in psychological well-being. *Child Youth Care Forum*, *37*, 15-26.

- Maxwell, J.A. (2004). Causal explanation, qualitative research, and scientific inquiry in education. *Educational Researcher*, 33, 3-11.
- McGorry, B.D. (2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *The Medical Journal of Australia*, 187, s53-s56.
- McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-26.
- McGorry, P.D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 7, 148-156.
- Michaud, J., Bégin, H., & McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56, 109-122.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller, S., Duncan, B., & Hubble, M. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York, NY: W.W Norton & Company Incorporated.
- Monfette, M. E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M. C., Lavoie, V., & Boisvert, J. M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 261-268.
- Newman, T., Curtis, K., & Stephens, J. (2003). Do community-based arts projects result in social gains? A review of the literature. *Community Development Journal*, 38, 310-322.
- Novy, C. (2003). Drama therapy with pre-adolescents: a narrative perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 201-207.
- Office des professions du Québec (2009). *Guide explicatif du projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Québec, Québec : Auteur.
- O'Neil, M. (2010). Cultural attendance and public mental health – from research to practice. *Journal of Public Mental Health*, 9, 22-29.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Otto, M. W., Hearon, B. A., & Safren, S. A. (2010). Mechanisms of action in the treatment of social anxiety disorder. In S.G. Hofmann, & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety*:

Clinical, developmental, and social perspectives (2nd ed.) (pp. 577-598). London, UK: Elsevier.

- Parent, S. & Caron, L. (2007). Les approches socioculturelles de l'intelligence. Dans S. Larivée (Éd.), *L'intelligence*, tome 1. *Les approches biocognitives, développementales et contemporaines* (pp. 251-274). Montréal, Québec : Éditions du nouveau pédagogique.
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, *369*, 1302-1313.
- Patterson, S., Dabate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M.J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey. *Journal of Mental Health*, *20*, 328–335.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization focused evaluation* (4th ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Perry, C., Thustone, M., & Osborn, T. (2008). Time for Me: The arts as therapy in postnatal depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *14*, 38-45.
- Pfeifer, J. H., Lieberman, M. D., & Dapretto, M. (2007). “I know you are but what am I!?”: Neural bases of self- and social knowledge retrieval in children and adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*, 1323-1337.
- Phelan, M., Wycks, T., & Goldman, H. (1994). Global function scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *29*, 205-211.
- Posovac, E. J. & Carey, R. G. (1997). *Program evaluation: Methods and case studies*. (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pratt, R.R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, *15*, 827-841.
- Provalis Research. (2009). QDA Miner 3.2. Repéré à <http://www.provalisresearch.com/QDAMiner/QDAMinerFR.html>
- Rallis, S.F., & Rossman, G.B. (2003). *Data collection strategies in mixed methods research*. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 297-320). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rathus, S. A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 81-86.

- Rathus, S. A. (1973). Instigation of assertive behavior through videotape-mediated assertive models and directed practice. *Behaviour Research and Therapy*, *11*, 57-65.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : Une conception, une méthode*. Montréal: Sciences et Culture.
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkley, S., MacIver, S., Veitch, T., & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*, 82-88.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Riding, R. J., & Rayner, S. G. (2001). *International perspectives on individual differences (volume 2): Self Perception*. Westport, CT: Ablex Publishing.
- Robinson, D., Woerner, M.G., Alvir, J.M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., ... Lieberman, J.A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 241-247.
- Rogers, P., Petrosino, A., Huebner, T. A., Hacsí, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems, *New Directions in Evaluation*, *87*, 5-14.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of Addictive Diseases*, *27*, 41-53.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ruddy, R., & Dent-Brown, K. (2009). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, 1-25.
- Ruiz, J. (2004) *A literature review of the evidence base for culture, the arts and sport policy*. Édinburgh, UK: Scottish Executive Education department.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Science*, *12*, 441-446.
- Secker, J., Spandler, H., Hacking, S., Kent, L., & Shenton, J. (2007). Art for mental health's sake. *Mental Health Today*, *July-August*, 34-36.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. New York, NY: Springer.

- Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luja, L. Fernandez, A., ... Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Epidemiology*, *45*, 201–210.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs*. Boston, NY: Houghton Mifflin Company.
- Silverstone, P.H., & 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*. doi:10.1186/1475-2832-2-2.
- Slade, M. (2011). Measuring recovery in mental health services. *Israeli Journal of Psychiatry Related Sciences*, *47*, 206-212.
- Snow, S., D'Amico, M., & Tanguay, D. (2003). Therapeutic theatre and well-being. *The Arts in Psychotherapy*, *30*, 73-82.
- South, J. (2004). *Community-based arts for health: A literature review*. Leeds, UK: Centre for Health Promotion Research.
- Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., & Shenton, J. (2007). Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*, 791–799.
- Stacey, G., & Stickley, T. (2010). The meaning of art to people who use mental health services. *Perspectives in Public Health*, *130*, 70-77.
- Staricoff, R. (2004). *Arts in health: A review of the medical literature*. London, UK: Arts Council.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 417-422.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)a. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Participants' perspectives (Part 1). *Public Health*, *126*, 574-579.
- Stickley, T., & Hui, A. (2012)b. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (Part 2). *Public Health*, *126*, 580-586.
- Stickley, T., Hui, A., Morgan, J., & Bertram, G. (2007). Experiences and constructions of art: a narrative-discourse analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*, 783–790.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). SAMHSA launches anti-stigma campaign. (2006). *SAMHSA News*, *14*, 6. Repéré à http://www.samhsa.gov/samhsa_news/volumexiv_6/article4.htm

- Sweeney, S. (2009). Art therapy: promoting wellbeing in rural and remote communities. *Australasian Psychiatry, 17*, 151-154.
- Tate, F.B., & Longo, D.A. (2002). Art therapy: enhancing psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 40*, 40-47.
- Tashakkori, A., & Teddle, C. (2002). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation, 27*, 237-246.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., & Robins, R.W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 205-220.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. C. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and Atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 128*, 68-72.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McClean, C., Rao, B., & Johnson, T. (2005). The social functioning questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 265-275.
- Vallières, E.F., & 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.
- Van der Maren J.M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation. (2^e éd.)* Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Vander Stoep, A., Beresford, S. A. A., Weiss, N. S., McKnight, B., Mari Cauce, A., & Cohen, P. (2000). Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *American Journal of Epidemiology, 152*, 352-362.
- Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. (2011). The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation, 33*, 652-660.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wagner, M.M. (1995). Outcomes for youths with serious emotional disturbance in secondary school and early adulthood. *The Future of Children, 5*, 90-112.

- Waller, D. (2006). Art therapy for children: How it leads to change. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*, 271-282.
- Walsh, S.M., & Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Applied Nursing Research, 10*, 19-26.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Webster, S., Clare, A., & Collier, E. (2005). Creative solutions: Innovative use of the arts in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 43*, 42-49.
- White, M. (2004). Arts in mental health for social inclusion: towards a framework for program evaluation. In J. Cowling (Ed.), *For Art's Sake: Society and the Arts in the 21st Century* (pp. 75-99). London, UK: Institute for Public Policy Research.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: W.W. Norton.
- Whitley, B.E. (1996). *Principles of Research in Behavioral Science*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.
- Wholey, J.S. (1994). Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Harty, & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp.15-39). San Fransisco, CA : Jossey-Bass.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A.C. (2003). *Behavior disorders of childhood* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Wright, E.R., Gronfein, W. P., & Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 68-90.

ANNEXE I: CANEVAS D'ENTREVUES

CANEVAS D'ENTREVUE POST-PROGRAMME PARTICIPANTS «CIBLES»

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
 - Préciser que nous reviendrons éventuellement sur des questions posées lors de notre première rencontre.
- 1) Peux-tu me décrire un peu ton expérience dans le programme *Espace de Transition*?
 - a. Peux-tu me décrire un peu comment tu te sentais quand tu étais aux ateliers
 - Ex. si nécessaires : plaisir, détente, distraction, défoulement, stress, anxiété, ennui, gêne...
 - b. Que dirais-tu de ta participation aux ateliers pendant la session?
 - Ex. si nécessaires : active, attentive, motivée, passive, inconstante, dépendante des activités proposées...
 - c. Peux-tu me parler un peu de tes interactions avec les autres en cours d'ateliers?
 - Ex. si nécessaires : fréquence, qualité, seulement avec certains/avec pas mal tous, difficile/facile pour toi, forcées/spontanées...
 - 2) As-tu l'impression que ta participation au programme *Espace de Transition* t'a apporté quelque chose?
 - a. Si oui, peux-tu me donner quelques exemples de ce que ça t'a apporté?
 - b. Si oui ou non, peux-tu me dire comment tu expliques/qu'est-ce qui a entraîné cela à ton avis?
 - 3) Sur une échelle de 1 à 5, à quel point dirais-tu que tu as une bonne estime de soi, une bonne confiance en toi? Disons que 1 signifie pas bonne du tout et 5 signifie très bonne. Pourrais-tu m'expliquer un peu ta réponse ou me donner des exemples?
 - Si besoin d'explications, synonymes ou exemples pour comprendre le concept : sentiment de compétence, sentiment de valeur personnelle, sentiment d'efficacité personnelle...
 - 4) Sur une échelle de 1 à 5, à quel point dirais-tu que tu te sens confortable avec les autres? Disons que 1 signifie très inconfortable et 5 signifie très confortable. Pourrais-tu m'expliquer un peu ta réponse ou me donner des exemples?
 - Relancer sur la dimension la moins abordée spontanément entre confort/aisance relationnel et habiletés/compétences sociales.
 - Si besoin d'explications, synonymes ou exemples pour comprendre les concepts :
 - Confort/aisance : gêne, peur du jugement des autres, peur du ridicule, confiance en autrui, confiance en la perception que les autres ont de toi, ouverture aux autres, impression de bien comprendre les autres et qu'ils te comprennent bien, ...
 - Habiletés/compétences : capacité à exprimer ses besoins, demandes, opinions, idées, etc. aux autres, capacité à écouter les autres, capacité à

faire des compromis, capacité à prendre sa place dans un groupe,
capacité à se faire des amis...

- 5) Pourrais-tu me dire comment tu vis avec le fait de recevoir des services psychiatriques/de voir un(e) psychiatre/d'avoir été hospitalisé dans un service psychiatrique?
 - Relancer directement sur dx si indiqué
- 6) As-tu l'impression que ta participation au programme *Espace de Transition* a quelque chose à voir avec :
 - a. Ton estime de soi actuel? Comment expliques-tu cela?
 - b. Ton confort et tes habiletés relationnelles? Comment expliques-tu cela?
 - c. La façon dont tu vis avec le dx et les tx? Comment expliques-tu cela?
- 7) Un des objectifs du programme *Espace de Transition* est d'offrir aux jeunes un environnement séparé et différent des milieux soins cliniques et thérapeutiques.
 - a. Trouves-tu que le programme a réussi à créer ce type d'environnement
 - b. Que penses-tu de cet objectif?
- 8) Une autre des caractéristiques du programme *Espace de transition* est de regrouper des jeunes qui ont un diagnostic psychiatrique et des jeunes qui n'en ont pas sans dévoiler qui est qui.
 - a. Comment as-tu vécu cette caractéristique du programme?
 - b. Que penses-tu de cette caractéristique du programme (garder, modifier, éliminer)?

CANEVAS D'ENTREVUE POST-PROGRAMME PARTICIPANTS «PROVENANT DE LA POPULATION GÉNÉRALE»

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
 - Préciser que nous reviendrons éventuellement sur des questions posées lors de notre première rencontre.
- 1) Peux-tu me décrire un peu ton expérience dans le programme *Espace de Transition*?
 - a. Peux-tu me décrire un peu comment tu te sentais quand tu étais aux ateliers
 - Ex. si nécessaires : plaisir, détente, distraction, défoulement, stress, anxiété, ennui, gêne...
 - b. Que dirais-tu de ta participation aux ateliers pendant la session?
 - Ex. si nécessaires : active, attentive, motivée, passive, inconstante, dépendante des activités proposées...
 - c. Peux-tu me parler un peu de tes interactions avec les autres en cours d'ateliers?
 - Ex. si nécessaires : fréquence, qualité, seulement avec certains/avec pas mal tous, difficile/facile pour toi, forcées/spontanées...
 - 2) As-tu l'impression que ta participation au programme *Espace de Transition* t'a apporté quelque chose?
 - a. Si oui, peux-tu me donner quelques exemples de ce que ça t'a apporté?
 - b. Si oui ou non, peux-tu me dire comment tu expliques/qu'est-ce qui a entraîné cela à ton avis?
 - 3) C'est quoi pour toi des problèmes de santé mentale/des troubles psychiatriques?
 - 4) C'est quoi pour toi une personne qui souffre de problèmes de santé mentale/de troubles psychiatriques?
 - 5) As-tu l'impression que ta participation au programme *Espace de Transition* a influencé tes perceptions de la santé mentale et des gens qui souffrent de problèmes de santé mentale?

CANEVAS D'ENTREVUE DE GROUPE POST-PROGRAMME (PARTICIPANTS «CIBLES» ET «PROVENANT DE LA POPULATION GÉNÉRALE»)

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
- Préciser que l'entrevue de groupe portera davantage sur la façon dont le programme a été livré/mis en œuvre que sur les effets de celui-ci et que bien d'autres éléments seront explorés/approfondis dans le cadre des entrevues individuelles.
- À tout moment, si le contexte s'y prête, explorer un peu les effets perçus (ex : comment vous êtes-vous sentis, qu'est-ce que ça vous a fait vivre?)

Nous aimerions connaître votre avis sur certains aspects spécifiques du programme *Espace de Transition*

- 1) Qu'avez-vous pensé du type d'activités proposées dans le cadre des ateliers?
 - a. Équilibre entre différents types d'activités (Ex. théâtre v. acrobaties; exercices d'expression de soi, de créativité, physiques/corporelles, apprentissage de techniques...)
 - b. Le programme visait à mettre en place, à chaque atelier, des exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques.
 - i. Pensez-vous que ça a été le cas?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?
 - c. Équilibre entre activités individuelles et de groupe
 - d. Est-ce que les exercices collectifs (de groupe) favorisaient les interactions sociales?
- 2) Comment avez-vous trouvé le climat, l'ambiance des ateliers (pas les activités comme telles)
 - a. Perception d'un **espace non-jugeant**, où on est **libre d'être soi-même, de se tromper, d'avoir l'air ridicule**, etc.
 - b. Le programme visait à offrir aux jeunes un tel environnement sécurisant.
 - i. Trouvez-vous que le programme a réussi à créer ce type d'environnement?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?
- 3) Qu'avez-vous pensé de l'animation des ateliers?
 - a. **Ouverture, respect et encouragements** à l'égard des participants
 - b. Autres éléments du style interpersonnel et de coaching/attitude envers participants et tâches, etc.
 - c. Fait d'avoir deux instructeurs différents
 - d. Rôle de la psychoéducatrice
- 4) Qu'avez-vous pensé de l'expérience du spectacle de fin de session?
 - a. Son élaboration
 - b. Sa présentation devant public

- c. Le programme visait la poursuite d'une réalisation collective (ex : spectacle) dans laquelle chaque participant joue un rôle actif.
 - i. Trouvez-vous que cet objectif du programme a été rencontré?
 - ii. Que pensez-vous de cet/te objectif ou caractéristique du programme?

- 5) Auriez-vous des suggestions de modifications à proposer pour améliorer le programme *Espace de Transition* (le rendre plus adapté, plus appréciable, plus efficace...)?
 - a. Éléments à changer, pourquoi?
 - b. Éléments à conserver, pourquoi?

- 6) Est-ce que vous recommanderiez cette expérience à d'autres jeunes? Pourriez-vous expliquer votre réponse?

CANEVAS D'ENTREVUE POST-PROGRAMME INTERVENANTS RÉFÉRENTS

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
 - Préciser que nous reviendrons éventuellement sur des questions posées lors de notre première rencontre.
- 1) Avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a apporté quelque chose à X?
 - a. Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - b. Comment expliquez-vous cela? Avez-vous une idée des éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme *Espace de Transition*?
 - 2) Sur une échelle de 1 à 5, à quel point diriez-vous que X a une bonne estime de soi, une bonne confiance en soi? Disons que 1 signifie pas bonne du tout et 5 signifie très bonne. Pourriez-vous m'expliquer un peu votre réponse ou me donner des exemples?
 - Si besoin d'explications, synonymes ou exemples pour comprendre le concept: sentiment de compétence, sentiment de valeur personnelle, sentiment d'efficacité personnelle...
 - 3) Sur une échelle de 1 à 5, à quel point diriez-vous que X se sent confortable avec les autres? Disons que 1 signifie très inconfortable et 5 signifie très confortable. Pourriez-vous m'expliquer un peu votre réponse ou me donner des exemples?
 - Relancer sur la dimension la moins abordée spontanément entre confort/aisance relationnel et habiletés/compétences sociales.
 - Si besoin d'explications, synonymes ou exemples pour comprendre les concepts:
 - Confort/aisance : gêne, peur du jugement des autres, peur du ridicule, confiance en autrui, confiance en la perception que les autres ont de soi, ouverture aux autres, impression de bien comprendre les autres et qu'ils nous comprennent bien, ...
 - Habiletés/compétences : capacité à exprimer ses besoins, demandes, opinions, idées, etc. aux autres, capacité à écouter les autres, capacité à faire des compromis, capacité à prendre sa place dans un groupe, capacité à se faire des amis...
 - 4) Comment diriez-vous que X vit avec le fait d'avoir un diagnostic psychiatrique et avec les traitements qui l'accompagnent en ce moment?
 - 5) Avez-vous l'impression que la participation de X au programme *Espace de Transition* a quelque chose à voir avec :
 - d. Son estime de soi actuel? Comment expliquez-vous cela?
 - e. Son confort et ses habiletés relationnelles? Comment expliquez-vous cela?
 - f. La façon dont il/elle vit avec le dx et les tx? Comment expliquez-vous cela?

Selon votre connaissance/vos perceptions du programme *Espace de Transition* (ce que X vous en a rapporté et/ou ce que vous en avez compris):

- 6) Avez-vous une idée des facteurs pouvant favoriser ou nuire à l'efficacité du programme Espace de Transition?
- 7) Auriez-vous des suggestions de modifications à proposer pour améliorer (le rendre plus adapté, plus appréciable, plus efficace...) le programme Espace de Transition?
 - a. Éléments à changer, pourquoi?
 - b. Éléments à conserver, pourquoi?

CANEVAS D'ENTREVUE POST-PROGRAMME PSYCHOÉDUCATRICE

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
 - Préciser que nous reviendrons éventuellement sur des questions posées lors de notre première rencontre.
- 1) Pouvez-vous me décrire un peu votre expérience dans le programme *Espace de Transition*?
 - 2) Avez-vous l'impression que votre participation à ce programme vous a personnellement apporté quelque chose?
 - c. Si oui, pouvez-vous me donner quelques exemples de ce que ça vous a apporté?
 - d. Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis?
 - 3) C'est quoi pour vous des problèmes de santé mentale/des troubles psychiatriques?
 - 4) C'est quoi pour vous une personne qui souffre de problèmes de santé mentale/de troubles psychiatriques?
 - 5) Avez-vous l'impression que votre participation au programme *Espace de Transition* a influencé vos perceptions de la santé mentale et des gens qui souffrent de problèmes de santé mentale?
 - 6) Qu'avez-vous pensé du type d'activités proposées dans le cadre des ateliers?
 - a. Équilibre entre différents types d'activités (Ex. théâtre v. acrobaties; exercices d'expression de soi, de créativité, plus physiques/corporelles, apprentissage de techniques)
 - b. Le programme visait à mettre en place, à chaque atelier, des exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques.
 - i. Pensez-vous que ça a été le cas?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?
 - c. Équilibre entre activités individuelles et de groupe
 - d. Est-ce que les exercices collectifs (de groupe) favorisaient les interactions sociales?
 - 7) Comment avez-vous trouvé le climat, l'ambiance des ateliers (pas les activités comme telles)
 - a. Perception d'un **espace non-jugeant**, où on est **libre d'être soi-même, de se tromper, d'avoir l'air ridicule**, etc.
 - b. Le programme visait à offrir aux jeunes un tel environnement sécurisant.
 - i. Trouvez-vous que le programme a réussi à créer ce type d'environnement?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?

- 8) Qu'avez-vous pensé de l'animation des ateliers?
- Ouverture, respect et encouragements** à l'égard des participants
 - Autres éléments du style interpersonnel et de coaching/attitude envers participants et tâches, etc.
 - Fait d'avoir deux instructeurs différents
 - Votre rôle
- 9) Qu'avez-vous pensé de l'expérience du spectacle de fin de session?
- Son élaboration
 - Sa présentation devant public
 - Le programme visait la poursuite d'une réalisation collective (ex : spectacle) dans laquelle chaque participant joue un rôle actif.
 - Trouvez-vous que cet objectif du programme a été rencontré?
 - Que pensez-vous de cet/te objectif ou caractéristique du programme?
- 10) Pouvez-vous me parler brièvement de la mixité des participants (avec et sans diagnostic psychiatrique) au sein des ateliers et de la non-divulgaration de la condition psychiatrique de chacun?
- Comment ça s'est actualisé dans les faits
 - Qu'en avez-vous pensé?
- 11) Avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a apporté quelque chose aux participants?
- Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?

Les deux prochaines questions doivent être répondues pour chacun des participants «cibles».

- 12) Plus spécifiquement, avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a contribué à améliorer la perception de soi de X?
- Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis? (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?
- 13) Plus spécifiquement, avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a contribué à améliorer l'aisance et/ou les habiletés relationnelles (sociales) de X?
- Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?

- 14) Avez-vous une idée des facteurs pouvant favoriser ou nuire à l'efficacité du programme *Espace de Transition*?
- 15) Auriez-vous des suggestions de modifications à proposer pour améliorer le programme *Espace de Transition* (le rendre plus adapté, plus appréciable, plus efficace...)?
- a. Éléments à changer, pourquoi?
 - b. Éléments à conserver, pourquoi?

CANEVAS D'ENTREVUE POST-PROGRAMME INSTRUCTEURS

- Rappeler confidentialité et objectifs de l'entrevue.
 - Préciser que nous reviendrons éventuellement sur des questions posées lors de notre première rencontre.
- 1) Pouvez-vous me décrire un peu votre expérience dans le programme *Espace de Transition*?
 - 2) Avez-vous l'impression que votre participation à ce programme vous a personnellement apporté quelque chose?
 - e. Si oui, pouvez-vous me donner quelques exemples de ce que ça vous a apporté?
 - f. Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis?
 - 3) C'est quoi pour vous des problèmes de santé mentale/des troubles psychiatriques?
 - 4) C'est quoi pour vous une personne qui souffre de problèmes de santé mentale/de troubles psychiatriques?
 - 5) Avez-vous l'impression que votre participation au programme *Espace de Transition* a influencé vos perceptions de la santé mentale et des gens qui souffrent de problèmes de santé mentale?
 - 6) Comment avez-vous trouvé le climat, l'ambiance des ateliers (pas les activités comme telles)
 - a. Perception d'un **espace non-jugeant**, où on est **libre d'être soi-même, de se tromper, d'avoir l'air ridicule**, etc.
 - b. Le programme visait à offrir aux jeunes un tel environnement sécurisant.
 - i. Trouvez-vous que le programme a réussi à créer ce type d'environnement?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?
 - 7) Qu'avez-vous pensé des activités que vous avez proposées dans le cadre des ateliers?
 - a. Si vous aviez à animer de nouveau les ateliers, mettriez-vous en place les mêmes activités de la même façon
 - i. Qu'est-ce que vous conserveriez
 - ii. Qu'est-ce que vous modifieriez?
 - b. Équilibre entre différents types d'activités (Ex. théâtre v. acrobaties; exercices d'expression de soi, de créativité, plus physiques/corporelles, apprentissage de techniques)
 - c. Le programme visait à mettre en place, à chaque atelier, des exercices centrés sur l'expression de soi, la créativité, la corporalité et l'acquisition de techniques.
 - i. Pensez-vous que ça a été le cas?
 - ii. Que pensez-vous de cette idée ou caractéristique du programme?
 - d. Équilibre entre activités individuelles et de groupe

- e. Est-ce que les exercices collectifs (de groupe) favorisaient les interactions sociales?
- 8) Qu'avez-vous pensé de votre animation des ateliers?
- a. Si vous aviez à animer de nouveau les ateliers le feriez-vous de la même façon
 - i. Qu'est-ce que vous conserveriez
 - ii. Qu'est-ce que vous modifieriez?
 - b. **Ouverture, respect et encouragements** à l'égard des participants
 - c. Autres éléments du style interpersonnel et de coaching/attitude envers participants et tâches, etc.
 - d. Fait d'avoir deux instructeurs différents
 - e. Rôle de la psychoéducatrice
- 9) Qu'avez-vous pensé de l'expérience du spectacle de fin de session?
- a. Son élaboration
 - b. Sa présentation devant public
 - c. Le programme visait la poursuite d'une réalisation collective (ex : spectacle) dans laquelle chaque participant joue un rôle actif.
 - i. Trouvez-vous que cet objectif du programme a été rencontré?
 - ii. Que pensez-vous de cet/te objectif/caractéristique du programme?
- 10) Pouvez-vous me parler brièvement de la mixité des participants (avec et sans diagnostic psychiatrique) au sein des ateliers et de la non-divulgaration de la condition psychiatrique de chacun?
- a. Comment ça s'est actualisé dans les faits
 - b. Qu'en avez-vous pensé?
- 11) Avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a apporté quelque chose aux participants?
- a. Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - b. Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis? (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?
- 12) Plus spécifiquement, avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a contribué à améliorer la perception de soi des participants?
- a. Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?
 - b. Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis? (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?
- 13) Plus spécifiquement, avez-vous l'impression que le programme *Espace de Transition* a contribué à améliorer l'aisance et/ou les habiletés relationnelles (sociales) des participants?
- a. Si oui, pouvez-vous m'en donner quelques exemples?

- b. Si oui ou non, pouvez-vous me dire comment vous expliquez/qu'est-ce qui a entraîné cela à votre avis? (i.e. éléments et processus ayant pu sous-tendre les effets que vous attribuez au programme)?
- 14) Avez-vous une idée des facteurs pouvant favoriser ou nuire à l'efficacité du programme *Espace de Transition*?
- 15) Auriez-vous des suggestions de modifications à proposer pour améliorer le programme *Espace de Transition* (le rendre plus adapté, plus appréciable, plus efficace...)?
- a. Éléments à changer, pourquoi?
 - b. Éléments à conserver, pourquoi?

ANNEXE II: EXTRAIT DE LA GRILLE DE CODIFICATION

Effets liés au programme (spontanés et suscités)¹

- **Amélioration de la perception de soi**
 - Amélioration de l'estime de soi/confiance en soi
 - **Description/ notes** : Une allusion directe à l'amélioration de la confiance en soi ou de l'estime de soi est nécessaire, mais dès qu'il y en a une, on code ici (même si le reste de l'extrait développe plus sur la réalisation du potentiel ou autre précurseur).
 - **Extrait représentatif** : *«Moi j'dirais que oui parce que personnellement, mon estime de moi était pas super forte, mais en faisant des activités comme ça le spectacle et tout ça, ça m'a donné une confiance en moi parce que j'étais souvent située dans les pyramides en dessous. Donc si je lâchais tout tombait et d'une certaine façon, ça me donnait de la confiance. Le monde comptait sur moi.»*
 - Précurseurs de l'estime de soi
 - **Description/ notes** : Lorsque reflète assez directement un impact positif sur la perception globale ou spécifique de soi, mais de façon un peu moins explicite ou un peu plus distale, par ex. fierté, sentiment d'accomplissement, acceptation de soi, me centrer sur moi-même, réalisation de ma place/ de ma valeur personnelle, etc. (**seulement lorsqu'amené comme effet en soi et non comme explication d'une amélioration de l'estime de soi).
 - **Extrait représentatif** : *« Oui, j'ai découvert que je pouvais être utile, que j'étais pas rien. Parce que si j'avais pas été là, y'a certaines choses du spectacle qui auraient pas été pareilles et le sketch aurait pas été le même. J'avais une place.»*
- **Amélioration du fonctionnement social**
 - Accroissement de l'ouverture aux autres/ meilleure perception d'autrui
 - Amélioration habiletés sociales
 - Aisance relationnelle
 - Diminution gêne/honte
 - Améliorations non-spécifiées du fonctionnement social
- **Expression de soi**
- **Plaisir/ oubli des tracas/ relaxation**

¹¹ Cette portion du livre de code rassemble l'ensemble des extraits relatifs aux effets du programme, qu'ils aient été rapportés tout à fait spontanément, en réponse à une question ouverte ou en réponse à une question directe (fermée).

- **Contacts sociaux**
 - **Description/ notes** : Inclut toute allusion aux contacts/rencontres sociaux comme effet/apport du programme (finalité en soi). Inclut se rapprocher des autres, se faire des amis, resserrer des liens humains, sentiment d'appartenance, sortir de l'isolement, etc. (non sous-codé lorsque caractéristiques des rapports sociaux sont évoquées (ex. gens plus vieux, gens différents...)).
 - **Extrait représentatif** : *«Ça m'a permis de rencontrer du monde différent. J'ai rencontré un groupe super, je ne sais pas si c'était comme ça dans les groupes précédents, mais moi j'ai trouvé ça génial.»*
- **Motivation/ connaissance de soi**
- **Autonomie**
- **Normalisation**
- **Sortir de chez soi/ de l'hôpital/ du centre jeunesse**
- **Bienfaits physiques**
- **Apprentissage/ découverte/ amélioration**
- **Équilibre émotionnel/ *grounding*/ contrôle de soi**
- **Assiduité/ complétion du programme**
- **Modification de la perception d'autrui**
- **Impacts familiaux**
- **Mieux-être**
- **Bienfait indéterminé**
- **Effets négatifs**
- **Effets modérés**
 - **Description/ notes** : Inclut toute mention à savoir que les effets ne sont pas si grands, incomplets ou de courte durée, ou encore toute nuance, ambivalence/ incertitude quant à la perception d'un effet ou à son attribution au programme (par ex. quand un autre facteur avait cours en même temps). Exclut lorsqu'une partie de l'effet est clairement attribuée au programme (coder alors sous le code d'effet approprié).
 - **Extrait représentatif** : *«C'est difficile de faire la part des choses. Moi j'trouve qu'il y a une évolution donc elle est due à quoi, je ne sais pas, mais oui il y en a une évolution.»*
- **Aucun effet positif perçu**
- **Aucun effet négatif perçu**
- **Difficulté à répondre**