



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023 - 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'estime de soi en tant que pré-requis au rétablissement d'une
maladie psychiatrique chronique.
Le cas particulier de la muséothérapie.**

Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2024
à 14h30 au pôle formation

Par Monsieur Guillaume BLONDIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Alexandre BOT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Robert JEANSON

1. Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

2. Sigles

| | |
|---------------|---|
| ACTH | Adreno CorticoTropic Hormone |
| ART | Attention Restoration theory |
| BAS | Behavioral Activation System |
| BIS | Behavioral Inhibition System |
| BLIPS | Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms |
| CAARMS | Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States |
| CHIME | Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life, Empowerment |
| CIF | Classification Internationale du Fonctionnement |
| COMET | Competitive Memory Training |
| CRH | Corticotropin-Releasing Hormone |
| CSEI | Coopersmith Self-Esteem Inventory |
| CSP | Code de Santé Publique |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual |
| EDS | Estime de soi |
| EMPP | Equipe Mobile Précarité Psychiatrie |
| ESM | Experience Sampling Method |
| ETC | Expressive Therapies Continuum |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| FNIRS | Functional near-infrared imaging spectroscopy |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HMT | Hierometer theory |
| HPA | Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis |
| IAT | Implicit Association Test |
| IRMf | Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle |
| ISRS | Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine |
| ISRSNa | Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline |
| MBCT | Mindfulness Based Cognitive Therapy |
| MCT | Metacognitive therapy |
| MDV | Media dimension variable |
| NLT | Name-Letter test |

| | |
|--------------|---|
| OFl | Orbitofrontal lateral cortex |
| OFm | Orbitofrontal medial cortex |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PA | Personne âgée |
| PFrvl | Prefrontal rostral ventrolateral cortex |
| RPS | Réhabilitation PsychoSociale |
| RSES | Rosenberg Self-Esteem Scale |
| SMT | Sociometer Theory |
| SOSE | Self Organized Self-esteem model |
| SPI | Schéma Précoce Inadapté |
| SSE | Statut Socio-Économique |
| SST | Social Skills Training |
| TCC | Thérapie Cognitive et comportementale |
| TCCE | Thérapie Cognitive, Comportementale et Émotionnelle |
| TMT | Terror Management Theory |
| UHR | Ultra Haut Risque de transition psychotique |

3. Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1. Avant-propos | 8 |
| 2. Méthodologie | 9 |
| 3. Généralités sur l'estime de soi | 10 |
| 3.1. Histoire de l'estime de soi..... | 10 |
| 3.2. Définition de l'estime de soi..... | 11 |
| 3.3. Le concept d'estime de soi..... | 13 |
| 3.3.1. Les piliers de l'estime de soi..... | 13 |
| 3.3.2. L'estime de soi : trait ou état ?..... | 15 |
| 4. Le développement de l'estime de soi | 16 |
| 4.1. Trajectoire développementale de l'estime de soi..... | 16 |
| 4.2. Variables modératrices de l'estime de soi..... | 17 |
| 4.2.1. Le sexe..... | 17 |
| 4.2.2. L'ethnie..... | 17 |
| 4.2.3. Le statut socio-économique..... | 18 |
| 4.2.4. Les variables relationnelles..... | 19 |
| 4.2.5. Les expériences de santé..... | 20 |
| 4.3. L'estime de soi a-t-elle une incidence sur la qualité de vie à long terme ?..... | 21 |
| 4.4. Le modèle cognitif du développement de l'estime de soi selon Fennell..... | 21 |
| 4.5. Modèle neurobiologique de l'estime de soi..... | 23 |
| 4.5.1. Estime de soi et circuits neuronaux fronto-striataux..... | 23 |
| 4.5.2. La vision neuroendocrinienne de l'estime de soi : le rôle du cortisol..... | 24 |
| 5. Mesure de l'estime de soi | 26 |
| 5.1. Pourquoi mesurer l'estime de soi ?..... | 26 |
| 5.2. Les outils de mesure de l'estime de soi..... | 27 |
| 5.2.1. Self-esteem Scale de Rosenberg (1965)..... | 28 |
| 5.2.2. Self-esteem Inventory de Coopersmith (1967)..... | 28 |
| 5.2.3. Implicit Association Test (IAT) de Greenwald et al (1999)..... | 28 |
| 5.2.4. Le Name-Letter Test (NLT)..... | 29 |
| 5.2.5. Experience Sampling Method de Csikszentmihalyi et Larson (1987)..... | 29 |
| 6. L'estime de soi en psychiatrie | 30 |
| 6.1. Signification clinique du niveau d'estime de soi..... | 30 |
| 6.1.1. Haute et basse estime de soi, selon André et Lelord..... | 30 |
| 6.1.2. Haute et basse estime de soi selon la littérature scientifique..... | 31 |
| 6.2. Estime de soi et trouble dépressif..... | 34 |
| 6.2.1. Un facteur de vulnérabilité pour la dépression..... | 34 |
| 6.2.2. Les mécanismes médiant l'effet de vulnérabilité..... | 34 |
| 6.2.3. Un facteur protecteur contre la dépression..... | 35 |
| 6.3. Estime de soi et trouble bipolaire..... | 35 |
| 6.3.1. Estime de soi : un facteur de vulnérabilité ?..... | 36 |
| 6.3.2. Les causes d'un faible niveau d'estime de soi dans le trouble bipolaire..... | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4. Estime de soi et troubles psychotiques..... | 37 |
| 6.4.1. La place de l'estime de soi dans la phase prodromique..... | 37 |
| 6.4.2. La place de l'estime de soi chez les personnes atteintes de troubles psychotiques..... | 38 |
| 6.5. Quels sont les moyens d'améliorer l'estime de soi ?..... | 39 |
| 6.5.1. Psychothérapies..... | 39 |
| 6.5.2. Médiation thérapeutique..... | 40 |
| 6.5.3. Art-thérapie..... | 42 |
| 6.5.4. Impact des traitements médicamenteux..... | 45 |
| 7. Estime de soi et rétablissement dans les maladies psychiatriques chroniques..... | 45 |
| 7.1. Le rétablissement en psychiatrie..... | 46 |
| 7.1.1. Histoire du rétablissement en psychiatrie..... | 46 |
| 7.1.2. Définition du rétablissement en psychiatrie..... | 47 |
| 7.1.3. Les différents modèles du rétablissement..... | 47 |
| 7.2. Le handicap psychique..... | 50 |
| 7.2.1. Définition du handicap psychique..... | 50 |
| 7.2.2. Le retentissement fonctionnel du handicap psychique..... | 51 |
| 7.3. La réhabilitation en psychiatrie..... | 54 |
| 7.3.1. Entraînement aux habiletés sociales..... | 54 |
| 7.3.2. Remédiation cognitive..... | 55 |
| 7.3.3. Art-thérapie..... | 56 |
| 7.3.4. Education thérapeutique du patient (ETP) et psychoéducation..... | 57 |
| 7.3.5. Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)..... | 58 |
| 7.3.6. La Pair-aidance..... | 59 |
| 8. Le cas particulier de la muséothérapie..... | 60 |
| 8.1. Histoire de la muséothérapie..... | 60 |
| 8.2. Définition de la muséothérapie..... | 61 |
| 8.3. L'espace muséal..... | 62 |
| 8.3.1. Le musée, un espace thérapeutique..... | 62 |
| 8.3.2. Musée et réhabilitation psycho-sociale..... | 64 |
| 8.3.3. L'objet muséal et les oeuvres d'art..... | 66 |
| 9. Discussion..... | 70 |
| 9.1. La muséothérapie au service du rétablissement. Tout un art ?..... | 70 |
| 9.2. Les forces et les limites méthodologiques de l'étude..... | 73 |
| 9.3. Perspective de recherche..... | 74 |
| 10. Conclusion..... | 75 |

1. Avant-propos

D'aussi loin que je me souviens, l'art a toujours fait partie de moi. Qu'il soit cinématographique, qu'il soit musical ou plus récemment littéraire, je lui ai toujours réservé une place particulière dans ma vie. Ma rencontre précoce avec l'art a façonné ma personnalité, nourrissant ma créativité, mon optimisme et mon goût pour les relations sociales. À titre personnel, j'ai donc pu mesurer l'impact que l'art peut avoir sur le développement de l'individu, sur sa reconstruction et sur sa façon d'interagir avec son monde interne et externe.

Parce qu'il m'a tant apporté dans ma vie personnelle, j'ai souhaité que l'art enrichisse également mon parcours professionnel. À ma grande satisfaction, mon internat de psychiatrie m'a permis de découvrir les soins psychiatriques de médiation au sein des services d'Hospitalisation à Temps Complet. Très tôt dans mon cursus, j'ai eu la chance d'observer la prise en charge des usagers en Hôpital-de-jour sur le secteur de Somain. Puis, l'hôpital de Douai et l'EPSM de Saint-Venant m'ont donné l'opportunité de découvrir des Unités de Soins Psychiatriques et de Réhabilitation Psychosociale. Enfin, mes semestres au Centre Médico Psychologique de Lille-Sud et à la clinique du Ryonval m'ont permis de consolider mes acquis en prenant part intégrante à la gestion clinique et institutionnelle de leur Hôpitaux de Jour respectifs.

Art-thérapie, activités sportives, jeux de société et d'ambiance, ateliers d'éducation thérapeutique, danse-thérapie, écriture, jeux de rôle/théâtre, musique, médiation animale, jardinage, etc. sont autant de médiations qui ont considérablement enrichi ma pratique. Ces interactions privilégiées avec les personnes atteintes de troubles psychiatriques m'ont particulièrement plu et m'ont souvent permis de tisser une alliance thérapeutique durable entre elles et moi.

Ainsi, c'est avec beaucoup de fierté que j'ai pu unifier deux des parties les plus importantes de mon être : le médecin et l'artiste.

C'est donc dans cette optique que j'ai activement cherché un sujet de thèse qui soit en accord avec mes convictions et mon amour pour l'art. Pour ce faire, je me suis rapproché de l'équipe de la clinique psychiatrique des Marronniers à Bully-Les-Mines, dont le projet de promotion des soins de médiation artistique, en partenariat avec le Louvres Lens, a retenu toute mon attention.

Cette thèse d'exercice en médecine se décline donc en deux grands axes de réflexion. Le premier s'intéresse au rôle que peut occuper l'estime de soi dans le rétablissement des personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques. Et le second traite des différents moyens d'augmenter le niveau d'estime de soi des usagers et en particulier de la Muséothérapie, qui est un média artistique en plein essor. Nous nous efforcerons donc, au cours de ce travail préparatoire à des recherches ultérieures, à faire le bilan des connaissances scientifiques sur l'estime de soi dans une première partie. Puis, nous verrons la place qu'occupe l'estime de soi dans le domaine de la psychiatrie en général et dans le rétablissement de la maladie psychiatrique. Pour finir, dans une troisième partie, nous tenterons de mettre en avant les différentes méthodes permettant d'améliorer l'estime de soi et en

particulier la Muséothérapie, une pratique jusqu'ici peu connue et peu évaluée dans le champ de la santé mentale.

2. Méthodologie

Une revue narrative de la littérature scientifique a été réalisée à partir d'articles en anglais et en français à l'aide des bases de données électroniques Pubmed, ResearchGate, Science Direct, Google Scholar et APA PsycArticles.

Pour la partie sur les généralités et le développement de l'estime de soi, les mots clés utilisés étaient "self-esteem", "self-esteem trait", "self-esteem state", "development self-esteem" et "global self-esteem life span". Devant la multitude des résultats obtenus avec les mots clés précédents, certains sujets spécifiques ont nécessité de leur ajouter d'autres mots clés pour affiner les résultats. Par exemple par la combinaison suivante "ethnic", "gender", "global health" ou "social" ou encore "socio-economic" et "self-esteem development".

Pour ce qui est de la partie sur la mesure de l'estime de soi, les mots clés correspondant étaient : "self-esteem" et "measurement", "measure" ou "measuring". La spécificité du sujet de recherche a nécessité l'ajout de mots clés pour plus de précision, tels que "Rosenberg self-esteem scale", "Coopersmith self-esteem inventory", "Name letter effect", "implicit association test" ou encore "experience sampling method".

Concernant la partie traitant de l'estime de soi et de la psychiatrie, les mots-clés utilisés étaient "self-esteem psychiatric", "self-esteem mental", "self-esteem depression", "self-esteem bipolar disorder", "self-esteem mania", "self-esteem psychosis", "self-esteem psychotic". De manière similaire, des combinaisons de mots-clés ont été utilisées tels que "self-esteem", "predictor" et "depression" ou encore "self-esteem" et "depression vulnerability".

La partie sur le rétablissement et la réhabilitation a été produite à partir de recherches faisant intervenir les mots-clés suivants : "recovery" et "mental illness", "recovery model", "réhabilitation", "réadaptation", "psychosocial intervention". Des combinaisons de mots plus spécifiques ont dû être ajoutées : "stigma" et "self stigma", "équipes mobiles psychiatrie", "pair-aidance" ou "peer-helper".

De même, la partie sur la muséothérapie a nécessité une recherche avec les mots-clés suivants : "muséothérapie", "art museum", "museum" et "museum based intervention".

Pour chacune des parties, nous avons également étudié les articles cités dans ceux sélectionnés afin d'identifier les articles de référence ou toute autre étude pertinente.

La sélection des articles retenus a été faite par une analyse de leur titre et de leur résumé. Leur traduction a été effectuée avec le service de traduction automatique *DeepL Translate*. Dans ces différents articles étudiés, il s'agissait de :

- Proposer une définition générale et conceptuelle de l'estime de soi
- Analyser le développement de l'estime de soi au cours de la vie
- Explorer les outils de mesure de l'estime de soi
- Investiguer le lien existant entre estime de soi et troubles psychiatriques
- Établir le lien entre rétablissement de maladies psychiatriques chroniques et estime de soi
- Décrire le phénomène de stigmatisation et d'auto-stigmatisation, ainsi que les moyens de prise en charge en termes de réhabilitation
- Présenter et décrire la pratique de la muséothérapie
- Définir en quoi cette pratique s'inscrit dans une démarche de réhabilitation psychosociale.

Afin de mieux contextualiser les données collectées et devant le manque de sources pertinentes dans les bases de données scientifiques étudiées, certaines informations et définitions sont issues d'ouvrages scientifiques de référence ou de vulgarisation scientifique, de pages internet du site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou encore de celles de sites gouvernementaux.

3. Généralités sur l'estime de soi

3.1. Histoire de l'estime de soi

L'intérêt que porte l'humanité à l'évaluation de soi-même en lien avec la santé, n'est pas récent. Déjà dans l'antiquité, le concept de « souci de soi » désignait une pratique centrée sur l'attention et sur le soin que l'individu porte à lui-même. En effet, dans la pensée socratique, l'adage « *gnothi seauton* » renvoyait à une forme de souci de soi mettant en avant la connaissance de soi-même, de sa nature et de ses limites, permettant de s'améliorer moralement et intellectuellement. Pour Platon, le souci de soi impliquait un processus de purification de l'âme à travers la maîtrise de ses désirs et la recherche du bien. Quant aux courants stoïciens et épicuriens, le souci de soi était considéré comme une pratique d'autodiscipline, de contrôle de ses passions et visait à atteindre la sérénité. Ainsi peut-on imaginer ce concept de « souci de soi » comme un précurseur de la représentation contemporaine de l'estime de soi.

Si les penseurs de l'antiquité gréco-romaine accordent une place centrale à la question de la valeur de soi, il en est autrement par la suite. En effet, la tradition judéo-chrétienne a plutôt mis l'accent sur l'humilité, comme une vertu, qui rappelle à l'homme les bases de ses origines, à savoir la terre à partir de laquelle son créateur l'aurait façonné (*humus*, le sol, la terre en latin, qui a donné entre autres les

mots humanité, humain, humiliation, humilité etc.). De plus, l'épisode biblique du péché originel est venu renforcer cette croyance, intimant à l'homme de reconnaître sa petitesse face à l'être supérieur qui l'a créé. De même, les textes philosophiques classiques ont condamné l'amour de soi au profit de l'humilité, qui est perçue comme un idéal. Par exemple, Blaise Pascal considère, dans Les Pensées, que « Le moi est haïssable » et Kant écrit dans son œuvre Fondements de la métaphysique des mœurs : « L'amour de soi, sans être toujours coupable, est la source de tout mal ». Durant cette période, bien que la place morale et sociétale de l'amour de soi soit débattue, le concept d'évaluation et de soins apportés à soi demeure restreint au domaine de la philosophie.

Il faut attendre la fin du XVIII^{ème} siècle pour que le concept d'estime de soi connaisse un regain d'intérêt et passe du champ de la philosophie à celui de la psychologie. En effet, William James en donne une définition en 1909 et Morris Rosenberg fournit un moyen de le mesurer en 1965.

De nos jours, l'estime de soi est une préoccupation centrale dans les domaines de la santé mentale, de la santé au travail, de la société, de la politique... En effet, à l'aube du XXI^{ème} siècle, des responsables politiques dans le monde entier ont fait de l'estime de soi, un cheval de bataille. Plusieurs textes de lois réformant le système éducatif en faveur de l'estime de soi et du bien-être psychique des élèves ont vu le jour dans de nombreux pays. Pour ne citer qu'eux, la Californie a voté la "California Task Force to promote self-esteem and social responsibility" et le Royaume-Uni est à l'initiative de bon nombre de programmes d'éducation tels que "Every Child Matters" en 2003, ou bien le programme SEAL (*Social and Emotional Aspects of Learning*) en 2007, ou encore "Curriculum for Excellence" en 2010.

Après la pandémie mondiale de Covid-19, les gouvernements autour du globe se sont mobilisés pour promouvoir l'estime de soi dans la prise en charge globale de la santé, tels que la Nouvelle-Zélande avec son "Well-Being Budget", ou l'Australie avec une stratégie de "National Mental Health Strategy" en 2022 ; ou encore peut-on citer le Canada, dont la politique de santé subit actuellement une transition vers "Wellness Together Canada".

Par conséquent, nous pouvons dire que le manque d'estime de soi revêt un rôle central dans le champ de la santé psychique et générale des populations. De plus, il nous semble que sa prise en charge au long cours soit devenue une nécessité planétaire, au gré des crises géopolitiques, économiques et sanitaires des dernières décennies.

3.2. Définition de l'estime de soi

Il n'existe pas de définition claire et consensuelle de l'estime de soi (EDS). Cela peut paraître étonnant, étant donné l'ubiquité du terme dans la société actuelle. Selon les études, il semble y avoir trois difficultés majeures avec le terme "estime de soi" : la première est justement la confusion due aux différentes définitions dans le langage courant. En effet, le verbe estimer dérive du latin *estimare* qui signifie à la fois "déterminer la valeur de" et "avoir une opinion sur" ; il s'agit donc vraisemblablement

d'un regard porté sur soi assorti d'un jugement de soi (1). Deuxièmement, il existe de nombreuses divergences entre théoriciens sur sa mesure et la signification clinique de l'EDS et troisièmement, beaucoup considèrent l'EDS comme un concept distinct et indépendant, alors que cela n'est nullement établi (2).

C'est William James, dans son ouvrage Précis de psychologie (3), qui évoque le concept d'estime de soi pour la première fois. Il le définit comme une « mesure de notre valeur [...], le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous pensons pouvoir obtenir ». Cette définition peut être écrite mathématiquement sous la forme d'une fraction :

$$\text{estime de soi} = \frac{\text{succès}}{\text{prétentions}}$$

Selon l'équation ci-dessus, il est possible d'augmenter l'EDS soit en agissant de telle sorte à augmenter nos succès, soit en diminuant nos prétentions. Selon James, l'estime de soi est une construction unidirectionnelle et plutôt globale de l'individu.

Dans la première moitié du XXème siècle, des auteurs comme Cooley (4) ou Mead (5) se sont davantage focalisés sur l'impact des relations sociales sur l'estime de soi. Par exemple, Mead avance que le soi est « essentiellement une structure sociale », c'est-à-dire qu'il se construirait au gré des relations inter-individuelles, via la fonction symbolique du langage. Il ajoute une dimension *réflexive* au soi, selon laquelle l'individu deviendrait « un objet pour lui-même » au travers de ses expériences sociales. En effet, le soi est perçu par l'individu comme un objet par lequel il peut "s'éprouver" au contact des autres (en confrontant son point de vue à celui des autres par exemple) et avec lequel il peut avoir un dialogue interne (« l'individu réagit à lui-même »). Mead affirme que, sans cette capacité de se percevoir comme un objet réflexif, l'individu ne pourrait pas développer son soi.

En 1965, le sociologue Morris Rosenberg donne une définition formelle de l'estime de soi (6). Il la définit comme « une attitude positive ou négative à l'égard d'un objet particulier, à savoir le soi. » Selon lui, l'EDS n'est pas le fait de se croire "très bon" c'est-à-dire meilleur que les autres ; mais plutôt de se sentir "suffisamment bon" par rapport aux autres. En outre, Rosenberg amène l'idée d'une structure multidimensionnelle de l'EDS, à savoir : *l'estime de soi globale* qui aurait plutôt attrait au bien être psychologique de l'individu et *l'estime de soi spécifique* qui relèverait davantage d'un sentiment d'auto-efficacité.

Bien que ces concepts soient anciens, certains théoriciens les ont réutilisés afin d'affiner la définition de l'estime de soi. Par exemple, Crocker a décrit une EDS spécifique à un domaine (7). Cette autrice suggère que l'EDS puisse varier en fonction des domaines de la vie d'une personne (le milieu professionnel ou scolaire, son cercle social ou familial, ses loisirs) et que l'EDS globale pourrait s'appréhender comme la somme de l'EDS basé sur la personnalité et de ceux spécifiques d'un domaine. De même, Ryan et Brown ont précisé les réflexions de Rosenberg en distinguant l'EDS *contingente*, et *non contingente*. D'après ces chercheurs, l'EDS contingente concerne les personnes particulièrement préoccupées par le sentiment de valeur personnelle et d'auto-efficacité ; tandis que l'EDS non contingente serait

typique des personnes dont la question de l'estime d'elle-même n'est pas centrale, en ce sens qu'elle se considère digne d'être aimées et estimées, de manière inconditionnelle. Ils concluent en affirmant que, des deux formes d'estime de soi, seule la forme non contingente est propice au bien-être de l'individu (8).

De nombreuses autres définitions de l'estime de soi ont été proposées : stable/instable (9), interne/externe ou encore implicite/explicite. Cette dernière proposition mérite d'être développée ici car elle conçoit l'EDS comme deux dimensions peu corrélées entre elles et qui se mesurent différemment (10). L'estime de soi *explicite* est définie comme l'évaluation délibérée et consciente de soi, tandis que l'estime de soi *implicite* est définie comme l'évaluation introspective de soi, qui se produit spontanément et en dehors de la conscience ou du contrôle. L'EDS explicite peut être évaluée par des mesures directes (comme des questionnaires), tandis que l'EDS implicite s'évalue par des mesures indirectes (réponse à des stimuli comme des noms ou des pronoms personnels). Les chercheurs définissent alors deux combinaisons d'EDS implicite et explicite. Respectivement, l'association [EDS explicite élevée/EDS implicite faible] se nomme "estime de soi fragile" (11) et inversement, l'association [EDS explicite faible/EDS implicite élevée] est appelée "estime de soi dégradée" (12).

Quelque soit la définition qu'on lui donne, Pyszczynski offre une vision synthétique de l'estime de soi. L'EDS est donc une évaluation ou une attitude de l'individu envers lui-même, « qui repose sur des valeurs personnelles profondément enracinées, issues d'un contexte social, relationnel et culturel donné, et qui est renforcée par la validation sociale et le sentiment d'avoir un rôle significatif dans la société, donné par le respect des normes d'une culture et d'une vision du monde données » (13).

3.3. Le concept d'estime de soi

Nous avons vu dans la partie précédente, qu'une des difficultés avec la définition conceptuelle de l'EDS est que les termes pour le désigner dans le langage commun sont légion. Que l'on parle d'amour propre, de confiance en soi ou d'affirmation de soi ; ou encore que l'on affirme croire en soi, être sûr ou être fier de soi ; ces appellations font en fait référence à des facettes distinctes de l'EDS. Dans leur ouvrage (1), André et Lelord tentent de regrouper les précédents termes en trois ingrédients fondamentaux de l'EDS que sont : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Nous allons les développer dans la prochaine sous-partie.

3.3.1. Les piliers de l'estime de soi

Commençons par l'élément le plus important lorsqu'on parle d'EDS : l'*amour de soi*. Il correspond à l'amour que l'individu se donne à lui-même, c'est un amour inconditionnel, qui se veut indépendant de ses performances. L'amour de soi puise son origine de la qualité et de la cohérence des *nourritures affectives* reçues pendant l'enfance.

L'amour de soi est difficilement évaluable chez un individu car il s'agit du constituant le plus profond et intime de son EDS. Selon André et Lelord, l'amour de soi permet à

une personne d'acquérir une stabilité affective et identitaire, de reconnaître et de respecter ses besoins et de tisser des liens sociaux équilibrés et épanouissants. Un amour de soi faible peut conduire à un sentiment de non désirabilité sociale, d'incapacité ou d'indignité. Il peut faire le lit de troubles de la personnalité, notamment état-limite (1).

Deuxièmement, la *vision de soi* est un "regard-jugement" que l'individu porte sur lui afin d'évaluer ses capacités et ses limites. Il ne s'agit pas réellement de connaissance de soi, mais plutôt d'une conviction subjective de ses caractéristiques personnelles. La vision de soi se forme pendant l'enfance. Elle résulte d'un équilibre entre les projets projetés par les parents sur l'individu et la considération des envies et des aspirations de ce dernier.

D'après André et Lelord, la vision de soi n'est pas aisée à évaluer chez un individu. Elle lui permet de bâtir et de réaliser ses projets personnels et professionnels en dépit des obstacles et des contre-temps. Une vision de soi défailante peut mener à une tendance au conformisme, une indécision dans les choix existentiels ou d'une dépendance aux avis d'autrui. Elle peut favoriser le développement d'un trouble de personnalité dépendante par exemple (1).

Le troisième et dernier pilier de l'EDS est la *confiance en soi*. Il s'agit de la conviction d'être capable d'agir de manière adaptée face à des situations importantes. Elle peut paraître moins primordiale que les deux autres piliers, cependant, la confiance en soi rappelle que l'EDS se nourrit d'actes pour se construire et se maintenir. La confiance en soi se transmet au sein du milieu familial et scolaire de l'individu ; là où il apprend l'initialisation de l'action, la persévérance et la gestion des échecs.

Dans leur ouvrage, André et Lord stipulent que la confiance en soi est facilement identifiable chez un individu, pour peu de le connaître suffisamment. Elle lui permet d'obtenir un sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction personnelle devant des situations pratiques. Une confiance en soi insuffisante peut entraîner une inhibition comportementale, un manque de spontanéité et de persévérance ou encore une indécision chronique (1).

André et Lelord concluent en affirmant que ces trois piliers de l'EDS sont en interdépendance : l'amour de soi (amour et respect irréductible envers soi), interagit favorablement avec la vision de soi (croire en ses capacités et en l'avenir), qui à son tour influence positivement la confiance en soi (agir sans crainte des échecs et du jugement d'autrui). Ils expliquent aussi qu'un faible niveau d'EDS résulte d'un défaut d'équilibre entre les trois piliers. Par exemple, une vision de soi fragile peut se manifester par une confiance en soi superficielle qui s'effondre au moindre échec ; ou un amour de soi faible peut être un point faible de l'EDS en cas de rupture sentimentale.

Ainsi, l'EDS peut se diviser en trois composantes, certaines plus ou moins innées et stables, d'autres plutôt acquises et mouvantes ; qui interagissent entre elles. Nous pouvons à présent nous demander : qu'est-ce que l'estime de soi a de stable et qu'est-ce qu'elle a de fluctuant ?

3.3.2. L'estime de soi : trait ou état ?

La différenciation entre la partie stable et fluctuante de l'EDS peut être appréciée à travers le concept de traits de personnalité et d'états psychologiques. On appelle "trait de personnalité" ou simplement "trait", des schémas automatiques et relativement durables de pensées, de sentiments et de comportements qui sont particulièrement stables en fonction des situations. En revanche, les "états psychologiques" ou "états" sont définis comme des conditions plutôt temporaires et brèves qui varient en fonction du temps et des situations (14). Tout comme l'anxiété, qui a été conceptualisée à la fois comme un trait et un état (15), il est théoriquement possible de placer n'importe quel concept sur un continuum trait-état (16). Or, nous avons vu dans la partie précédente que l'estime de soi pouvait se décomposer en deux composantes plutôt internalisées et stables dans le temps (amour et vision de soi) et pouvait parfois aussi être influencée par nos actions et par les événements extérieurs (confiance en soi). La question suivante tombe donc sous le sens : qu'est-ce que l'estime de soi en matière de construction psychologique ? Fait-elle partie intégrante de la personnalité ? Ou bien est-elle autre et dépendante des situations ?

Une méta-analyse de 2003 soutient la thèse que l'estime de soi est une construction stable, semblable à un trait (17). Ainsi, les individus qui ont une EDS relativement élevée à un moment donné ont tendance à la conserver des années plus tard et vice-versa. De plus, l'EDS en temps que trait, serait lié aux traits de personnalité que sont la stabilité émotionnelle, l'extraversion et le caractère consciencieux (18).

A l'inverse, il semblerait que l'estime de soi soit moins stable et puisse grandement fluctuer à certaines périodes de la vie (19) et en fonction par exemple du soutien social et les symptômes psychosomatiques (20). Cet aspect de l'EDS irait plutôt dans le sens d'une forme "état", changeante en fonction des facteurs situationnels ou environnementaux.

Qui plus est, le modèle de l'*estime de soi auto-organisée* (SOSE) (21) postule que l'EDS fonctionne à trois niveaux, en interaction perpétuelle : le niveau *macro*, le niveau *méso* et le niveau *micro* (voir Annexe 1). À ces différents niveaux, l'EDS peut être soit un trait stable (au niveau macro), soit un état fluctuant (au niveau méso).

Au niveau macro, l'EDS est un trait stable qui désigne une habitude de pensée durable que l'individu développe à l'égard de lui-même, positive ou négative.

Au niveau méso, l'EDS prend la forme d'états fluctuants, spécifiques à des domaines de vie ou à des situations particulières, qui sont appelés "*états attracteurs*". Ces états attracteurs sont des points de stabilité vers lesquels l'individu est naturellement attiré car leur acceptation demande peu d'énergie mentale (cognitive, attentionnelle, motivationnelle). Cela s'explique par leur correspondance avec l'EDS, stable, au niveau macro. Bien que nous éprouvons des fluctuations de notre EDS au gré de nos expériences de vie (niveau méso), celui-ci reste cohérent grâce à "l'attraction" exercée par nos états attracteurs, qui maintiennent l'ordre et la stabilité dans notre perception de nous-mêmes.

Enfin, le niveau micro est constitué par une multitude d'expériences personnelles quotidiennes (pensées, émotions, comportements spécifiques) qui peuvent confirmer ou infirmer nos convictions basées sur les états attracteurs au niveau méso.

Ainsi, selon ce modèle, il est possible de modifier notre perception de nous-mêmes (EDS au niveau macro), mais cela nécessite un effort mental important car cela implique de sortir de nos états attracteurs habituels (21).

En conclusion, l'estime de soi semble être une construction à la fois stable, en lien étroit avec la personnalité d'un individu et à la fois fluctuante, au gré des expériences de l'environnement. Il serait alors intéressant que nous nous attardions sur les modalités de développement de l'estime de soi ainsi que les facteurs modifiant sa trajectoire.

4. Le développement de l'estime de soi

Il paraît important de s'intéresser au développement de l'EDS et à son évolution au cours de la vie, tant l'EDS revêt une importance sociétale considérable. De plus en plus de preuves suggèrent que l'estime de soi est prédictive de la réussite et du bien-être d'une personne dans des domaines importants de la vie tels que les relations interpersonnelles, le travail et la santé (22). Ces éléments sont centraux dans la pratique de la réhabilitation psychosociale (RPS).

4.1. Trajectoire développementale de l'estime de soi

Depuis le début du XXI^{ème} siècle, plusieurs études longitudinales à large échantillon ont pu modéliser la courbe de l'évolution de l'estime de soi en fonction de l'âge, en utilisant des modèles de courbe de croissance (voir Annexe 2).

Au cours de la première décennie de vie, le niveau d'EDS serait particulièrement élevé (23), en raison d'une vision irréaliste et positive que les enfants ont d'eux-mêmes (19) ou encore des gains d'autonomie personnelle et du sentiment général de maîtrise, acquis entre l'âge de 4 et 8 ans (24). Après cette période, la hausse d'estime de soi s'affaiblit, au fur et à mesure que les enfants développent leurs capacités d'auto-évaluation, en lien avec le processus de socialisation primaire (19).

À l'adolescence, les résultats sont en faveur d'un déclin de l'estime de soi (23). Ceci pourrait s'expliquer par les modifications psychiques de la puberté (notamment celle de l'image du corps), le développement de la pensée abstraite, ou encore, la transition académique du premier cycle des études secondaires (19). Par ailleurs, une méta-analyse de 2018 décrirait plutôt une stagnation de l'EDS entre 11 et 15 ans, qui serait suivie d'une période de forte augmentation à partir de l'âge de 16 ans (24).

Ensuite, à l'âge adulte, les études décrivent un infléchissement graduel de l'estime de soi (23) pour atteindre un pic entre 51 et 60 ans (22). Ce pic autour de l'âge mûr s'explique par une apogée de réussite, de maîtrise et de contrôle de soi et de l'environnement (19). Cette croissance progressive de l'EDS connaît ensuite une

décélération après le pic de la soixantaine, donnant à la courbe une forme de U inversé caractéristique (24).

Enfin, l'estime de soi aurait tendance à décliner au cours de la vieillesse dans un contexte de baisse des revenus et d'inactivité professionnelle (18). De plus, les études les plus récentes suggèrent l'existence d'une accélération de la perte d'EDS, sous la forme d'un déclin terminal, aux alentours de 90-95 ans (24).

4.2. Variables modératrices de l'estime de soi

On retrouve de nombreuses variables ayant un effet modérateur sur la trajectoire développementale de l'estime de soi. Parmi celles explorées dans les études, nous pouvons citer : le sexe, l'ethnie, le statut socio-économique, les relations sociales inter-individuelles ou encore les expériences en matière de santé.

4.2.1. Le sexe

Concernant le sexe, les résultats des études sont partagés. D'un côté, certaines études retrouvent une légère différence entre les sexes en faveur des garçons et des hommes (18,25) ; d'un autre côté, certaines autres études ne montrent pas de différence significative entre garçons et filles (22,24,26). Lorsqu'il est décrit comme effet modérateur, l'écart entre les sexes se creuse à l'adolescence ; les garçons ayant une meilleure EDS que les filles. Cet écart persiste à l'âge adulte, avant de se réduire et parfois disparaître à un âge avancé (18,23). Plusieurs explications à cet écart ont été proposées, telles que les modifications pubertaires, les facteurs socio-contextuels associés au traitement différent des garçons et des filles en classe, ou encore aux idéaux d'image corporelle plus prégnants chez les filles (19). Ainsi, le sexe pourrait être considéré davantage comme un facteur modérateur indirect au développement de l'estime de soi, plutôt qu'une cause directe ; en ce sens que l'effet modérateur imputé au sexe pourrait être expliqué par des facteurs associés, tels que le traitement différentiel des hommes et des femmes dans les contextes éducatifs et professionnels, notamment (27).

4.2.2. L'ethnie

Le pays et l'origine ethnique ne sont généralement pas retenus comme facteur modérateur du développement de l'estime de soi (24). Cependant, une méta-analyse américaine de 2002 a comparé l'estime de soi chez des populations d'ethnie noire, blanche, Latinos et asiatiques. Leur but était de montrer en quoi les préjugés et la discrimination des minorités ethniques à un temps donné, pouvait influencer l'EDS a posteriori. Leur hypothèse de départ était celle d'une intériorisation du stigma, c'est-à-dire que les populations ayant vécu l'esclavage et la ségrégation raciale devraient présenter un niveau d'EDS plus faible que celles ne les ayant pas vécues. Par conséquent, le niveau d'EDS des différentes ethnies aurait dû se ranger comme suit : d'abord les Blancs, suivi des Asiatiques, puis les Hispaniques et enfin, les Noirs. Toutefois, les résultats n'ont pas été en faveur de

cette hypothèse ; en effet, en moyenne, les Noirs avaient une meilleure estime d'eux-mêmes que les Blancs, suivis par les Latinos et les Asiatiques (28).

Plus précisément, chez les participants d'ethnie Noire, certaines études américaines semblent décrire un plus haut niveau d'estime de soi dans la jeunesse et une plus forte diminution de la courbe dans la vieillesse (14) ; qui s'expliquerait par une tendance plus forte à l'individualisme (28). Du point de vue des latino-américains, il est décrit un décalage du pic maximal de la courbe de l'estime de soi tout au long de la vie : les latino-américains atteignent un maximum dans la quarantaine, tandis que les asiatiques et les noirs ont un pic dans la cinquantaine. Et en ce qui concerne les Américains d'origine asiatique, les études soulignent le fait que l'estime de soi des Asiatiques deviendrait de plus en plus faible par rapport à celle des Blancs, de l'école primaire à l'université. La raison de cette différence s'expliquerait par le fait que les cultures asiatiques auraient plutôt tendance à encourager la modestie et l'autocritique plutôt que la valorisation de soi, davantage répandues en Amérique du Nord (28). Concernant les populations européennes, une étude longitudinale sur une population allemande datant de 2015 met en évidence une diminution moins forte de l'estime de soi à un âge avancé chez les participants de nationalité allemande comparés à ceux de nationalité américaine (22).

4.2.3. Le statut socio-économique

Le statut socio-économique (SSE) semble aussi être un facteur modérateur du développement de l'estime de soi au cours de la vie. Par exemple, les études montrent qu'un niveau d'éducation élevé est associé à une meilleure estime de soi à tous les âges (29) et que le statut professionnel et le salaire sont positivement corrélés à l'estime de soi (30). D'ailleurs, il semble que la modification défavorable des deux indicateurs précédents puisse expliquer l'allure dégressive de la courbe de l'estime de soi à la vieillesse (18).

En outre, la recherche empirique soutient l'idée que le statut professionnel et le salaire augmentent du début de l'âge adulte jusqu'au milieu de la vie, puis restent élevés jusqu'à la retraite (26). Plus en détails, il semble que la courbe de l'évolution du SSE au cours de la vie soit proche de celle de l'estime de soi, ce qui pourrait expliquer leur inter-relation. Dans l'enfance, la corrélation entre l'estime de soi et le SSE est plus faible qu'à l'âge adulte, le statut socio-économique n'étant pas considéré comme acquis. On parle alors de SSE *attribué* (statut social hérité des parents). Chez les adultes, en revanche, la corrélation entre SSE et EDS s'intensifie, le statut social devient le SSE *mérité*, c'est-à-dire issu d'une construction personnelle (métier, revenus, patrimoine) (30).

Ainsi, il est parfois suggéré qu'un faible niveau socio-économique puisse être intériorisé comme un stigmate similaire à celui de la surcharge pondérale par exemple. Selon certains chercheurs, les observateurs peuvent considérer une personne défavorisée comme responsable de sa pauvreté, en particulier si cette personne est adulte, de la même façon qu'un individu peut être pointé comme responsable de son obésité (31). En conséquence, certaines revues semblent décrire des mécanismes d'auto-protection contre le stigma telles que l'autosatisfaction (attribution externe des responsabilités), les comparaisons sociales descendantes (se comparer à des groupes d'individus moins favorisés) ou encore

l'appartenance à un groupe de statut social inférieur à celui de l'individu en question. Par rapport à ce dernier mécanisme d'autoprotection, il n'entraîne pas nécessairement de baisse de l'estime de soi, contrairement à une idée reçue (32).

4.2.4. Les variables relationnelles

S'agissant de la construction sociale de l'EDS, plusieurs théories ont été produites. Parmi elles, on peut citer la théorie de l'attachement selon Ainsworth (1973), Bowlby (1973) et Thompson (2006), selon laquelle les interactions précoces avec la figure d'attachement principale (ou caregiver) fournirait une base de sécurité propice au bon développement de l'EDS et aurait un impact direct sur les expériences relationnelles ultérieures.

Une seconde grande théorie est celle de "l'évaluation réflexive de soi" popularisée par Cooley en 1902, qui suggère que le soi est exclusivement expérimenté de manière indirecte, à travers le regard des autres significatifs et de la société en général (33).

Dans les années 2000, Leary et Baumeister ont conceptualisé la *théorie du sociomètre* (SMT) (34), qui est aujourd'hui considérée comme la plus pertinente pour définir la construction sociale de l'EDS (35). Selon la SMT, l'être humain aurait un besoin fondamental d'appartenir à un groupe social, qu'il soit amical, intime ou familial. Pour se faire, il y aurait nécessité pour lui de surveiller les succès et les échecs relatifs à ses relations interpersonnelles. Dans cette optique, l'estime de soi serait un instrument de mesure d'appartenance sociale et de qualité relationnelle, au sein des différents groupes sociaux fréquentés. Au plus l'individu accumule d'indicateurs de bonne valeur relationnelle, au plus il aura tendance à augmenter son EDS (36). De plus, la SMT suggère qu'une personne serait plus sensible à la perte de ses attaches plutôt qu'à l'attrait de créer de nouvelles relations sociales. Ainsi, il semble que le sociomètre doive être d'autant plus capable de percevoir des indices de dévalorisation, de rejet ou d'exclusion (34), ce qui pourrait expliquer la sensibilité au rejet que peuvent montrer certaines personnes avec un faible niveau d'EDS.

Une autre théorie appelée "théorie de la gestion de la terreur", conceptualisée par Greenberg, Pyszczynski et Solomon en 1986, tente d'éclaircir la question de l'importance apparente de l'estime de soi pour les êtres humains. Selon la TMT, les facultés cognitives supérieures de l'être humain le rendent conscient de sa propre finitude, ce qui entraîne une angoisse importante. Pour pallier cette crainte primitive de la mort, le genre humain a donc utilisé ces mêmes capacités cognitives afin de se créer un système de croyance, de rites et de coutumes visant à atteindre une forme d'immortalité. D'après la TMT, l'EDS serait en fait un abri, un bouclier contre la peur primordiale de l'irréversibilité de la mort et expliquerait, par extension, le besoin que ressentent les Hommes de devoir s'identifier à des croyances ou à des groupes culturels. En effet, ce serait la recherche d'une immortalité littérale (par exemple, faire partie d'un groupe religieux qui croit en la réincarnation) ou symbolique (par exemple, faire partie d'un groupe culturel dont l'existence perdurera après sa propre mort) qui motiverait les êtres humains à se regrouper entre eux (13).

En conclusion, le fil conducteur des cadres théoriques présentés ci-dessus est que les relations sociales ont une incidence sur l'estime de soi au fil du temps.

En effet, des études plus récentes confortent ces théories en avançant que la satisfaction relationnelle, l'état matrimonial et le soutien social influencent l'évolution de l'EDS (24,37).

Du point de vue du soutien social, il a été prouvé que le soutien des pairs serait associé à l'augmentation de l'estime de soi au début de l'adolescence et que ses effets prospectifs pouvaient s'étendre sur une période de six ans à l'âge adulte. De plus, une étude aurait montré qu'un soutien social élevé à l'âge de 36 ans prédit une EDS élevée à l'âge de 42 ans (20).

Au niveau des relations intimes, Andrews et Brown (1995) ont constaté que les femmes qui déclarent s'être rapprochées de leur partenaire augmenteraient leur estime de soi sur une période de sept ans (38). On peut également citer les résultats d'une étude longitudinale de 2017 selon lesquels le fait de débiter une relation amoureuse influencerait positivement l'EDS (39).

Par ailleurs, il est décrit que, de tous les domaines sociaux, celui des relations amicales serait le plus faiblement corrélé à l'estime de soi globale. En effet, l'acceptation sociale et les relations intimes favoriseraient davantage l'inclusion sociale que les amitiés proches (25).

4.2.5. Les expériences de santé

De même, les études suggèrent que les expériences en matière de santé fonctionnelle et les maladies chroniques influencent la trajectoire du développement de l'estime de soi (18). Par exemple, Reitzes et Mutran (2006) ont constaté que la santé fonctionnelle avait des effets à long terme sur l'estime de soi chez les adultes, sur un intervalle de deux ans (40). De même, il semblerait que la santé auto-évaluée notamment par l'auto-évaluation de l'état bucco-dentaire impacte de manière transversale l'estime de soi des personnes âgées (41).

Ces aspects pourraient s'expliquer par le fait que la trajectoire tout au long de la vie de la santé fonctionnelle et de l'estime de soi présente des similarités. En effet, la santé physique reste relativement constante avant l'adolescence, puis se détériore lentement de l'adolescence à la quarantaine ou à la cinquantaine, puis se détériore à un rythme accéléré jusqu'à la vieillesse. Ce sont, en effet, des caractéristiques communes avec la courbe de trajectoire développementale de l'estime de soi (comme expliqué dans la partie 4.1) (26).

Finalement, la question de l'impact de l'apparence physique sur l'EDS pourrait être soulevée ici, en effet, il semble que l'apparence physique soit le déterminant le plus important de l'estime de soi globale (25) et en particulier, la perception de l'attractivité physique (42). Une étude s'est concentrée sur l'évolution de la corrélation entre image du corps et EDS chez les personnes âgées. Il apparaît que les femmes perçoivent le processus de vieillissement de manière plus positive que les hommes, probablement parce qu'elles sont moins exposées aux standards de beauté qu'auparavant. Les hommes, en revanche, déclarent être de plus en plus insatisfaits de leur apparence physique avec l'âge (43).

4.3. L'estime de soi a-t-elle une incidence sur la qualité de vie à long terme ?

Nous avons vu dans la partie précédente qu'il existait des variables modératrices sur la trajectoire développementale de l'estime de soi. En somme, il semble que des variables telles que le sexe, le statut socio-professionnel, les relations sociales et les expériences de santé peuvent impacter prospectivement le développement de l'EDS. Mais la relation inverse est-elle vraie ? L'estime de soi impacte-t-elle réciproquement les événements de vie ultérieurs ?

Plusieurs études, dont une revue de littérature de 2003 menée par Baumeister et al (44), considèrent l'EDS comme un épiphénomène des succès sociaux significatifs de la vie d'un individu. Autrement dit, si de bonnes choses se produisent dans sa vie, l'individu aura une EDS élevée et inversement. Toutefois, ces chercheurs suggèrent que la relation inverse, à savoir si l'EDS joue un rôle causal dans l'adaptation sociale, n'est pas étayée.

À l'opposé, d'autres études montrent que l'estime de soi prédit de manière prospective d'importants résultats dans la vie (45). Si l'on reprend les facteurs modérateurs précédemment cités, il a pu être établi qu'une haute EDS aide l'individu à atteindre un niveau d'éducation plus élevé, à mieux réussir sur son lieu de travail et, par conséquent, à obtenir un statut professionnel et un salaire plus élevés. Concernant les relations sociales, il a été montré qu'une estime de soi élevée est positivement corrélée à la satisfaction relationnelle ; sans doute parce que les personnes ayant une haute estime d'elles-mêmes adoptent davantage de comportements favorables à la relation, à l'inverse des personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes (46). De même, les personnes ayant une haute estime d'elles-mêmes ont tendance à faire état d'une meilleure santé physique (41).

Au total, le lien empirique entre l'EDS et l'adaptabilité sociale à long terme n'est pas très clair. Il semble cependant que les convictions personnelles d'efficacité, de valeur propre, d'amour de soi etc..., qu'un individu possède, puissent impacter la réalisation de ses objectifs de vie (47). Ainsi, il nous semble intéressant d'égayer notre réflexion d'une vision cognitive de l'EDS, exposée ci-après.

4.4. Le modèle cognitif du développement de l'estime de soi selon Fennell

En 1997, Fennell propose un modèle cognitif, basé sur les travaux d'A.T Beck, visant à expliquer l'émergence de la mauvaise estime de soi (48).

Le modèle de Fennell se décline en plusieurs étapes chronologiquement organisées, qui piègent l'individu dans un cercle vicieux auto-entretenu, mêlant pensées dysfonctionnelles, émotions désagréables et comportements inadaptés (voir Annexe 3) :

- La première étape décrit l'interaction entre le tempérament de l'individu, qui est la composante innée de la personnalité, et ses expériences précoces de vie. Cette interaction se déroule en général dans la petite enfance, et fait

intervenir des facteurs environnementaux s'inscrivant sur un continuum de sévérité, allant de la simple séparation parentale, à la maltraitance émotionnelle, physique voire sexuelle.

- La deuxième étape concerne l'établissement de la *ligne de base* de l'individu ; c'est-à-dire le développement de convictions négatives fondamentales sur soi, au gré des expériences sus-décrites. Ces convictions prennent la forme de croyances profondément enracinées du type "je suis quelqu'un de mauvais", "je suis incompetent", "je ne suis pas assez bon", "je suis différent"...
- La troisième étape explique comment cette ligne de base, assumée comme vraie par l'individu, donne lieu à des *hypothèses dysfonctionnelles*. Ces dernières assurent une fonction de lignes de conduite ou de règles de vie et se matérialisent : soit sous la forme de ruminations conditionnelles ("si je ne réussis pas tout ce que je fais, alors je suis un échec total", par exemple), soit sous la forme de devoir ("je dois toujours donner le meilleur de moi-même, quelque qu'en soit le prix"). Elles permettent également de préciser les *standards* que l'individu doit atteindre pour être intégré socialement et échapper à la détresse ("je suis incompetent, mais tant que je continuerais à être parfait, alors on m'aimera ou on ne me quittera pas..."). Ces normes que se fixent les individus sont souvent perçues comme hautement opérationnelles, en ce sens qu'elles protègent de la détresse ou du rejet social ; cependant, elles ne font que empêcher l'activation de la ligne de base (qui n'est donc jamais remise en question) et s'opposent paradoxalement au changement profond de l'individu, en maintenant une vulnérabilité à la détresse psychologique.
- L'étape suivante se nomme *l'incident critique*. Puisqu'elle est protégée par les croyances dysfonctionnelles sur soi et les standards auto-imposés, la ligne de base reste intacte et fragilise l'équilibre de l'estime de soi. Lorsque se présente une situation menaçant les défenses adaptatives de l'individu, les protections précédemment mises en place s'affaiblissent et la ligne de base se réactive. C'est ainsi que l'individu rentre dans un cercle vicieux : d'une part, si les capacités adaptatives sont menacées, alors des symptômes anxieux vont apparaître (ruminations anticipatoires, attaques de panique, comportement dysfonctionnel). D'autre part, si les capacités d'adaptation sont dépassées, une confirmation de la ligne de base va s'établir, menant à des symptômes dépressifs (ruminations négatives, tristesse de l'humeur, réactivation de la ligne de base).

Finalement, au bout de plusieurs incidents critiques, la véracité de la ligne de base se verra renforcée, menant ainsi à une EDS faible durable.

En conclusion, le modèle de Fennell renforce l'importance apparente du niveau d'estime de soi sur les cognitions, les émotions et les comportements des individus. De plus, il jette la lumière sur le lien étroit entre mauvaise estime de soi et symptômes anxio dépressifs. Il serait intéressant d'explorer dans une prochaine partie l'impact que peut avoir le niveau d'EDS sur l'individu et sur les différentes pathologies psychiatriques.

4.5. Modèle neurobiologique de l'estime de soi

De nombreuses études se sont penchées sur les bases neurologiques et biologiques de l'EDS. Nous allons développer quelques études qui nous ont paru intéressantes.

4.5.1. Estime de soi et circuits neuronaux fronto-striataux

La première à développer est une étude interventionnelle de 2015, visant à examiner les circuits neuronaux associés à l'EDS trait et état (cf partie 3.3.2), à l'aide de l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) et de l'imagerie de diffusion (49).

L'IRMf mesure les modifications de flux sanguin au sein des vaisseaux du cerveau. Lorsqu'une région cérébrale de matière grise s'active, elle consomme de l'oxygène ; ce qui se traduit par une augmentation du flux sanguin dans cette région. Cette fluctuation est détectée par l'IRM en temps réel. L'imagerie de diffusion quant à elle, mesure le mouvement des molécules d'eau le long des axones neuronaux (matière blanche) ; permettant ainsi de visualiser la structure et l'activité des connexions neuronales reliant les régions cérébrales.

Dans cette étude, les participants doivent répondre à des auto-questionnaires afin de mesurer leur EDS trait et état, hors de l'IRM. Puis, à l'intérieur de l'IRM, il leur est demandé d'effectuer une tâche d'évaluation auto-référentielle, dans laquelle ils doivent juger la pertinence personnelle de 200 adjectifs, divisés en mots négatifs et positifs.

Les résultats montrent que l'EDS trait (ou stable) est associé à une activation du cortex préfrontal médian et du striatum ventral, couplée à une anatomie stable des connexions fronto striatales (matière blanche). Quant à l'EDS état (ou temporaire), l'étude montre qu'il est associé à une activation du cortex préfrontal ventral ainsi que du striatum ventral ; couplée à un couplage fonctionnel transitoire frontostriatal.

Or, nous savons que le cortex préfrontal médian est impliqué dans le traitement auto-référentiel de l'information et dans l'évaluation de soi et qu'il joue un rôle primordial dans la régulation des émotions et sur les capacités d'introspection. Nous savons également que le cortex préfrontal ventral est impliqué dans la prise de décision, l'évaluation affective et l'élan motivationnel en lien avec le vécu expérimental et l'environnement. Pour finir, nous savons que le striatum ventral est impliqué dans le système de récompense et la motivation ; modulant les réactions de l'individu aux feedbacks positifs ou négatifs de l'environnement, correspondant à ses succès et échecs.

Ainsi, il est probable que les différences inter-individuelles d'EDS puissent se refléter dans des circuits frontostriataux, reliant les zones cérébrales où siègent les capacités d'auto-évaluation à celles où demeurent les capacités d'évaluation positive et de réajustement comportemental en lien avec le feedback de l'environnement.

4.5.2. La vision neuroendocrinienne de l'estime de soi : le rôle du cortisol

Dans cette partie, nous allons d'abord définir la régulation physiologique du stress, puis voir en quoi l'EDS et le taux de cortisol sont reliés. Enfin, nous finirons par un complément d'information sur les autres structures cérébrales impliquées dans la régulation du stress et le lien qu'elles peuvent entretenir avec l'EDS.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le stress comme suit : « Le stress est un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquelles on est confrontés dans notre vie. Chacun éprouve du stress dans une certaine mesure. Toutefois, la façon dont nous réagissons face au stress fait une grande différence pour notre bien-être général ».

À la lecture de la précédente définition, il nous semble que le stress peut être conceptualisé comme une réponse physiologique permettant de mobiliser nos compétences cognitives et physiques de manière adéquate par rapport à un événement de l'environnement, dit "stressant".

1. Physiologie du stress : l'axe Hypothalamo-Pituito-Adrénargique (HPA)

L'intégralité de cette partie est basée sur l'article suivant : A users guide to HPA axis research, publié en 2016 et jetant les bases de la recherche clinique faisant intervenir l'axe HPA (50).

Selon l'article, la réaction de stress est médiée par les hormones glucocorticoïdes, comme le cortisol, qui sont des effecteurs systémiques et dont la production est contrôlée par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA). Le système HPA se compose de trois groupes de cellules situées dans l'hypothalamus, l'hypophyse et la glande surrénale (cf Annexe 4). Le premier groupe de cellules, au niveau du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus, sécrète un neurotransmetteur : la corticolibérine (*corticotropin-releasing hormone* ou *CRH*), qui stimule la sécrétion d'hormone corticotrope (*Adreno CorticoTropic Hormone* ou *ACTH*) par les cellules du lobe antérieur de l'hypophyse, au deuxième étage. L'ACTH va, à son tour, activer la production de cortisol par les cellules de la couche fasciculée du cortex surrénalien.

L'article détaille également le fonctionnement de l'axe HPA (50) :

- L'activité de base : elle représente la sécrétion ultradienne de cortisol (pulsations horaires) et circadiennes (variations quotidiennes).
- Réaction au stress induit : augmentation rapide et importante de la sécrétion de cortisol, commandée par les neurones CRF. Le rétablissement de l'homéostasie se fait par des boucles de rétrocontrôle directe du cortisol sur la tige pituitaire antérieure et les neurones hypothalamiques.
- Exposition à un stress chronique : il est observé des modifications adaptatives de l'axe HPA. En effet, la réponse de l'axe HPA diminue (accoutumance) en cas d'exposition répétée à un même facteur de stress. Toutefois, lors de l'arrivée d'un nouveau stress, l'axe HPA présente une réponse normale voire facilitée.

Ainsi, il semble que l'axe HPA régule de manière complexe la réponse au stress, au gré des différents signaux environnementaux, tout en maintenant une homéostasie hormonale fondamentale.

2. La réaction au stress : quelques modèles cognitifs

Nous avons vu dans la sous-partie précédente la structure et la fonction homéostatique et adaptative de l'axe HPA. Il nous paraît important ici de détailler les grands principes de la réaction au stress, en lien avec l'estime de soi.

Le modèle du locus de contrôle, introduit par J. B. Rotter dans les années 1950 (51), est un concept psychologique modélisant les croyances des individus sur leur capacité à contrôler les événements de vie, y compris le stress. Selon cette théorie, les personnes avec un locus de contrôle interne attribuent leurs résultats à leurs propres actions, compétences et décisions. À l'inverse, celles avec un locus de contrôle externe considèrent que leurs résultats sont plus largement déterminés par des facteurs extérieurs. En conséquence, le locus interne favorise un sentiment de contrôle sur les facteurs stressants externes, contrairement au locus externe.

Deux autres modèles théoriques peuvent être cités dans ce paragraphe : celui de l'autoconservation sociale (*social self-preservation*) et de la douleur sociale (*social pain*). La théorie de l'autoconservation sociale, proposée par Dickerson et ses collègues (52) suggère que les menaces à l'acceptation sociale activent des réponses physiologiques au stress, notamment l'augmentation des niveaux de cortisol. Quant à la théorie de la douleur sociale, développée par Eisenberger et Lieberman (53), elle affirme que le rejet social et la douleur physique activent des circuits cérébraux similaires. D'après eux, l'exclusion sociale est perçue sous la forme d'une douleur, qui provoquent les mêmes réponses émotionnelles et biologiques que la douleur physique, y compris l'élévation du cortisol.

3. Estime de soi et cortisol

La littérature scientifique s'accorde sur le fait qu'il existe une corrélation entre niveau d'EDS et niveau de sécrétion de cortisol.

Par exemple, une étude montre que le sentiment d'auto-efficacité (notamment au travail) est associé à une production totale quotidienne de cortisol plus faible, ce qui témoigne d'une activation plus faible de l'axe HPA, et donc d'une meilleure gestion du stress (54). À l'inverse, une EDS faible est liée à des concentrations en cortisol plus élevées et prolongées (55).

D'autres auteurs mettent en lumière une corrélation entre la stabilité de l'EDS et l'augmentation du cortisol au réveil. En effet, il est décrit qu'un niveau faible et stable d'EDS est associé à une élévation moins forte du cortisol au réveil, ce qui peut entraîner une résilience plus faible au stress. Au contraire, un niveau élevé et stable d'EDS est associé à une réponse du cortisol au réveil plus importante et donc à de meilleures capacités de gestion du stress (56).

D'après les résultats d'une autre étude, les personnes ayant une faible EDS et qui sont sensibles au rejet social, montrent une augmentation significative du niveau de cortisol, suite à l'interprétation de situations sociales ambiguës (57).

Enfin, des études ont exploré l'impact du vieillissement sur la sécrétion de cortisol, en lien avec le niveau d'EDS avec l'avancement en âge (58). Elles ont montré que le vieillissement est associé à une diminution de la réactivité du cortisol par rapport au rythme circadien, qui elle-même peut expliquer l'affaiblissement de l'EDS dans les dernières années de vie des individus.

4. Autres structures cérébrales associées à la régulation du stress

Une étude témoigne d'une corrélation entre la taille de l'hippocampe, l'EDS et la perception du stress via un locus de contrôle interne. En effet, une taille d'hippocampe plus importante a été associée à une meilleure régulation de la sécrétion de cortisol, à une meilleure résilience au stress et à un haut niveau d'EDS (55). En outre, d'autres recherches ont montré un lien entre l'EDS et l'activité électrique du précuneus droit – une structure logée dans le lobe pariétal et impliquée dans l'auto-réflexion – lui-même connecté au noyau suprachiasmatique, qui est situé dans l'hypothalamus et qui contrôle le rythme circadien (59).

Dans cette partie, nous avons vu en quoi la perception de soi peut influencer la réaction biologique au stress et donc les sécrétions hormonales associées, qui, au long cours, peuvent se montrer délétères. Ces modèles neurobiologiques, neurophysiologiques et neuroendocriniens nous semblent intéressants puisqu'ils donnent des pistes de réflexion thérapeutique (stratégies de réduction du stress) et d'évaluation de l'EDS (dosage du cortisol salivaire).

Nous allons justement explorer les différents moyens de mesure l'estime de soi dans la prochaine partie.

5. Mesure de l'estime de soi

5.1. Pourquoi mesurer l'estime de soi ?

Avant d'examiner le rôle que l'estime de soi pourrait jouer, il nous faut considérer la manière de la mesurer. En effet, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de première et de deuxième vague se sont grandement intéressées à la question de la vision et de l'évaluation que les individus s'attribuent à eux-mêmes, dans le cadre du cognitivisme (60).

Précédemment, nous avons mis en évidence la construction de croyances fondamentales à travers le modèle de Fennell, dans le cadre du développement de la mauvaise estime de soi. C'est dans la continuité des travaux de Fennell et de ceux de son père A.T. Beck, que J. S. Beck développe la notion de "schémas cognitifs" qu'elle définit comme suit : « structure cognitive qui passe au crible, qui encode et qui évalue les stimuli qui affectent notre organisme » (61). Elle les

hiérarchise en trois niveaux de cognitions successifs, respectivement, les *croyances centrales*, les *croyances intermédiaires* et les *pensées automatiques*. Selon Beck, les croyances centrales et intermédiaires, plus ou moins profondes et parfois inconscientes, une fois “activées”, vont “filtrer” et “modifier” les informations de l’environnement pour finalement faire émerger des distorsions cognitives. Ces dernières vont encoder la réalité de telles sortes à former des pensées automatiques qui apparaissent spontanément, sans réflexion, à la conscience. Ce qui est intéressant avec cette théorie, par rapport à l’estime de soi, c’est que les croyances centrales (les plus profondes et fondamentales d’un individu) peuvent être rangées en trois types distincts, que l’on retrouve chez la majorité des individus : *l’impuissance* (l’individu doute sur sa capacité à accomplir des objectifs, à se maîtriser, à se défendre...), *indésirabilité* (la personne se sent indigne d’être aimée ou indigne d’intérêt) et enfin, *l’impression d’être sans valeur* (le sujet se qualifie selon une étiquette extrêmement négative) (61). En effet, on ne peut s’empêcher de remarquer quelques similitudes entre ces croyances et les piliers de l’estime de soi (confiance en soi, amour de soi et vision de soi, cf paragraphe 3.3.1).

Etant donné que les TCC incluent des outils de mesure de nombreux paramètres dans leur analyse fonctionnelle, il nous semble important d’explorer les moyens de mesurer l’EDS.

5.2. Les outils de mesure de l’estime de soi

Raimy (1948) fut le premier à introduire une mesure de l’estime de soi en analysant les verbatim de consultations psychologiques (62). Au cours des décennies suivantes, les théoriciens ont cherché une manière consensuelle de mesurer l’EDS. Jusqu’à présent, l’approche la plus commune consistait à faire remplir des auto-questionnaires aux participants portant sur leur EDS explicite. Parmi les différentes échelles popularisées, nous pouvons citer la Tennessee Self-Concept Scale (TSCS; Fitts, 1965), la Self-esteem Scale de Rosenberg (1965), la Self-esteem Inventory de Coopersmith (1967), la Self-perception Profile de Harter (1982,1985,1988) ou plus récemment la Self-esteem Stability Scale (SESS, Altmann et Ross 2018).

Cependant, ces mesures ont été décriées pour plusieurs raisons exposées ci-après (63). Tout d’abord, les questionnaires précédents ne tiennent pas compte de l’EDS implicite, autrement dit, des opinions de soi dont les personnes ne sont pas conscientes. Deuxièmement, de tels questionnaires ne peuvent pas s’affranchir du biais de désirabilité sociale qui incitent parfois les participants à “gonfler leur auto-évaluations”. Dernièrement, les chercheurs ne sont pas parvenus à valider psychométriquement ces tests, notamment du point de vue de la validité prédictive. Ainsi, les études ont émis la conclusion que l’évaluation de l’EDS par des réponses délibérées et conscientes (explicites) ne permettait pas d’embrasser parfaitement la connaissance de soi des participants ; néanmoins, il semble qu’une approche par des réponses automatiques et inconscientes (implicites) pourrait potentiellement donner de meilleurs résultats. C’est dans cette optique que plusieurs mesures de l’estime de soi implicite ont vu le jour, notamment le test d’association implicite (IAT) et le test nom-lettre (NLT).

Par ailleurs, une autre technique d'échantillonnage expérientiel (Experience Sampling Method, ESM) (64) a été récemment utilisée afin d'évaluer l'EDS implicite et explicite des individus dans leur vie quotidienne (65).

Nous allons successivement passer en revue les différentes échelles décrites dans la littérature.

5.2.1. Self-esteem Scale de Rosenberg (1965)

L'échelle d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg (RSES) (66) est une échelle de type Likert en 4 points qui se compose de 10 déclarations auxquelles les individus répondent en fonction de leur accord ou de leur désaccord (voir annexe 5). La RSES évalue l'EDS globale de l'individu, de manière unidirectionnelle. Selon plusieurs études, il s'agit de l'échelle de mesure de l'EDS la plus utilisée dans le monde (67) et la mieux validée (68).

D'un point de vue psychométrique, la RSES présente une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach entre 0.75 et 0.85), un coefficient de reproductibilité de 0.92 et une bonne stabilité (corrélacion test-retest sur une période de deux semaines entre 0,85 et 0,88).

Au niveau de l'interprétation des résultats, le score des participants se situe entre 10 et 40. Un score compris entre 31 et 34 est considéré comme "estime de soi dans la moyenne".

5.2.2. Self-esteem Inventory de Coopersmith (1967)

L'inventaire d'estime de soi de Coopersmith (CSEI) est un auto-questionnaire utilisant des réponses binaires et comprenant 50 items (voir annexe 6). Le test est complété par une "échelle de mensonge" composée de 8 items supplémentaires.

La CSEI est une mesure d'EDS multidirectionnelle de l'individu puisqu'elle évalue plusieurs domaines à savoir la famille, les pairs, le milieu professionnel/scolaire et d'autres activités sociales générales).

Selon les études, la CSEI est l'un des auto-questionnaires les plus couramment utilisés pour évaluer l'EDS (69).

D'un point de vue psychométrique, la CSEI présente une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach entre 0.80 et 0.92) (70) et une bonne stabilité chez l'adulte (corrélacion test-retest sur une période d'un an à 0.8) (71,72).

Au niveau de l'interprétation des résultats, un score de 39 pour les femmes et 40 pour les hommes sur les 58 points totaux est considéré comme "estime de soi de niveau moyen".

5.2.3. Implicit Association Test (IAT) de Greenwald et al (1999)

Développé par Greenwald et ses collègues (73), l'IAT est la mesure la plus populaire de l'estime de soi implicite. Elle consiste en une tâche informatisée de temps de réaction. Les participants doivent classer les mots apparaissant à l'écran dans des

catégories binaires (agréable vs désagréable par exemple). Puis, il leur est demandé de classer les mots liés au concept de "Soi" et "Autrui" dans les catégories correspondantes. Enfin, la dernière étape consiste à classer les mots dans les catégories précédentes mais de manière combinée (par exemple, on demande de classer les mots associés au "Soi" avec des mots positifs à droite et ceux associés à "Autrui" avec des mots négatifs à gauche). Au total, on qualifie une EDS implicite élevée chez les participants ayant spontanément tendance à associer leur "Soi" avec des attributs positifs et inversement.

5.2.4. Le Name-Letter Test (NLT)

Le NLT trouve ses racines historiques dans le *Name Letter Effect*, objectivé par Nuttin en 1985 (74). En effet, Nuttin remarque que les personnes ont une tendance inconsciente à réagir plus favorablement aux initiales de leur prénom, par rapport aux autres lettres de l'alphabet. En 1995, Greenwald et Banaji font le rapprochement entre cet effet et l'EDS implicite (73). Ce sont les premiers à utiliser le NLT afin d'évaluer l'EDS implicite. Le NLT est un questionnaire simple qui peut être administré par ordinateur ou sur papier. Les personnes interrogées évaluent le degré d'esthétisme qu'elles trouvent à chaque lettre de l'alphabet sur des échelles allant de 5 à 9 points. On considère alors que les personnes interrogées possèdent une EDS implicite élevée, si elles ont évalué les lettres de leur propre nom de manière préférentielle par rapport aux autres.

5.2.5. Experience Sampling Method de Csikszentmihalyi et Larson (1987)

L'ESM est une technique d'auto-évaluation de l'EDS par échantillonnage temporel à l'aide d'un journal électronique. La méthode utilise un signal électronique automatique visant à inciter les participants à rédiger de manière momentanée leur pensées, sentiments et comportement, tels qu'ils les vivent à un instant t. Ce signal numérique est répété une dizaine de fois par jour pendant six jours afin d'obtenir une représentation quotidienne de l'EDS.

Les principaux avantages de l'ESM sont qu'elle permet de générer des données longitudinales intensives avec une grande validité écologique et un biais de rappel nul ou très limité ; mais surtout, de saisir les fluctuations de l'EDS (65). Grâce à cette technique, il est donc possible d'objectiver la *variabilité de l'EDS* (différence entre EDS momentanée et la moyenne de celles des personnes sur la période de l'échantillonnage) et *l'instabilité de l'EDS* (fluctuations de l'estime de soi momentanée d'un moment à l'autre).

Dans cette partie, nous avons exposé l'intérêt de mesurer l'EDS ainsi que les outils à disposition. Nous verrons dans la prochaine partie les symptômes d'une estime de soi faible ou élevée et son impact dans le domaine des maladies psychiatriques notamment la dépression unipolaire, le trouble bipolaire et les troubles psychotiques.

6. L'estime de soi en psychiatrie

Nous avons vu qu'en population générale, il existe une corrélation positive entre l'estime de soi et la satisfaction relationnelle, le bien-être professionnel, le statut socio-économique, l'état émotionnel et l'état de santé général (26). Nous explorerons dans une première sous-partie la symptomatologie d'un niveau faible vs élevé d'EDS.

Puis, nous nous intéresserons au lien entre niveau d'EDS et développement de troubles psychiatriques. Nous pouvons d'ores-et-déjà citer une étude longitudinale de 2017, ayant suivi une population adolescente sur 3 années, qui s'est proposée d'étudier ces aspects. Elle a établi que le niveau d'EDS était corrélé à l'apparition de troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée (75) et trouble obsessionnel compulsif (76) notamment) et de troubles dépressifs ; mais également au développement de troubles déficitaires de l'attention (77). Nous pouvons ajouter que le niveau d'EDS semble corrélé avec les troubles de personnalité état-limite (78), évitant (79), paranoïaque (80) ou narcissique (81). Il est également établi que le niveau d'EDS est corrélé avec les syndromes douloureux chroniques (82) et l'émergence de troubles psychotiques (83). Qui plus est, d'un point de vue addictologique, il semble que l'EDS soit un facteur psychologique important en matière de consommation de substances psychoactives (84,85) et de mésusage de traitements médicamenteux (86).

En résumé, il semble que l'estime de soi soit relié à l'émergence ou au maintien d'un grand nombre de troubles psychiatriques au sens large. Il paraît donc primordial d'éclaircir par quel biais l'EDS influence ces pathologies. En particulier, nous développerons le lien entre EDS et trouble de l'humeur uni et bipolaire ainsi que celui qu'il entretient avec les troubles psychotiques. Cette thèse d'exercice n'a pas vocation à traiter le lien entre EDS et troubles anxieux, troubles addictologiques, troubles de personnalité ou douleur chronique.

6.1. Signification clinique du niveau d'estime de soi

Nous verrons dans ce paragraphe les signes cliniques d'un niveau faible et élevé d'EDS ainsi que leur retentissement fonctionnel sur la vie de la personne.

6.1.1. Haute et basse estime de soi, selon André et Lelord

André et Lelord, dans leur livre L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres, passent en revue les symptômes de la mésestime de soi. Ils les développent en plusieurs champs, à savoir : le jugement de soi, la prise de décision, la réaction face à l'échec et à la réussite (1).

Selon eux, un individu avec une faible EDS se connaîtrait mal, aurait un jugement de lui-même plutôt neutre (ne se dévalorise pas, mais ne se valorise pas non plus), peu stable (a tendance à se contredire lorsqu'il parle de lui) et qui dépend grandement des circonstances extérieures et de ses interlocuteurs. En matière de prise de décision, les individus s'estimant peu se montreraient hésitants ou conventionnels, en ce sens qu'ils seraient souvent inquiets des conséquences de leur choix ou bien qu'ils subiraient les décisions imposées par leur environnement. Face à l'échec, ils se retrouveraient émotionnellement marqués par la critique et appréhenderaient de s'exposer à autrui. Face au succès, ils montreraient un bonheur anxieux (contraste avec la vision d'eux-mêmes, peur que cela ne dure pas) avec peu de bénéfices sur l'EDS.

Au total, un faible niveau d'EDS conduirait à des comportements d'inhibition (confort dans les habitudes, peu de prise de risques), à une progression lente et à un raisonnement centré sur les échecs. En revanche, il ne serait pas toujours mauvais d'avoir un faible niveau d'EDS : en effet, selon ces auteurs (1), les personnes concernées se montreraient plus nuancées et avec de meilleures capacités d'adaptation dans leurs relations sociales. En outre, il est décrit d'autres bénéfices tels qu'un comportement prudent et réfléchi ainsi qu'une capacité accrue d'écoute et d'acceptation des critiques d'autrui.

De la même façon qu'ils ont énoncé les symptômes de la mésestime de soi, André et Lelord ont identifié ceux de la haute EDS (1).

Selon eux, un individu avec une haute EDS aurait une vision claire de lui-même, ainsi qu'une image plutôt tranchée de lui-même (sait se valoriser, a une image positive de lui-même), qui se veut stable (tient un discours cohérent sur lui-même) et qui dépend relativement peu d'influences extérieures. En matière de prise de décision, ces individus se montreraient spontanés et sauraient s'affranchir de leur environnement s'ils le jugent néfaste. Face à l'échec, l'impact émotionnel qu'il provoque ne leur laisse pas d'empreinte durable et ils ne ressentent ni le besoin de se justifier, ni de se comparer aux autres. La réussite aurait tendance à nourrir leur EDS et à augmenter leur motivation à connaître d'autres succès.

Au total, les personnes ayant une haute EDS auraient plutôt tendance à se stimuler (attiré par la nouveauté, prise de risques), à progresser rapidement et à raisonner à partir de leurs réussites. Cependant, il ne serait pas toujours bénéfique d'avoir une haute EDS. En effet, selon ces auteurs (1), les personnes avec une haute EDS auraient tendance à avoir une vision tranchée et simplifiée des situations, à davantage se focaliser sur leurs intérêts personnels à court terme et à moins se remettre en question face aux critiques.

6.1.2. Haute et basse estime de soi selon la littérature scientifique

Les hypothèses précédentes sont soutenues par la littérature scientifique. En effet, les individus à faible EDS sont moins enclins à persévérer après un échec (44) ; ils sont davantage sujets à la dépendance, au besoin d'approbation, à la passivité, à la

conformité, à l'auto-dépréciation (2). Ces chercheurs décrivent également une association moindre entre performance et satisfaction et une tendance à prendre les évaluations défavorables pour argent comptant.

En ce qui concerne l'acquisition d'une faible EDS, nous pouvons développer ici une approche motivationnelle de l'EDS, selon laquelle, une faible EDS a été associée à un déséquilibre de la balance motivationnelle d'approche et d'évitement. Selon cette théorie, les personnes de faible EDS font état d'une motivation d'évitement pour se protéger d'éventuels préjudices ; alors que leurs homologues avec une EDS élevée possèdent plutôt une motivation d'approche visant à améliorer et maintenir leur niveau d'EDS (87). Ces aspects motivationnels sont sous-tendus par deux systèmes neurobiologiques : le système d'inhibition comportementale (BIS) et le système de l'activation comportementale (BAS) (88).

D'un point de vue neurobiologique, le BIS comprend le système septo-hippocampique, ses afférences monoaminergiques provenant du tronc cérébral et sa projection dans le lobe frontal. Il est sensible aux punitions, à l'absence de récompense et à la nouveauté. Lorsqu'il est activé, il entraîne l'évitement et l'inhibition de la poursuite d'un objectif.

Le BAS, quant à lui, serait médié par des voies catécholaminergiques, en particulier dopaminergiques. Ce système est sensible à la récompense, à la non-punition et à la fuite devant la punition. Son activation permet à l'individu d'initier et de maintenir ses efforts vers un objectif.

Par conséquent, il semble qu'un faible niveau d'EDS soit caractérisé par une forte activation du BIS et à une faible activation du BAS.

Concernant le haut niveau d'EDS, la littérature scientifique confirme également les hypothèses précédemment exposées. Entre autres, les personnes ayant une haute EDS sont décrites comme ayant une meilleure santé mentale et physique et des relations sociales de meilleure qualité (20). De plus, un haut niveau d'EDS est associé à une plus grande propension à exprimer une opinion controversée et à une sensibilité moindre à la critique. Les personnes concernées se confrontent volontiers à la compétition et anticipent davantage les succès (2). En outre, la haute EDS est décrite comme ayant un "effet tampon" contre l'anxiété menant à des stratégies adaptatives fonctionnelles, de type résolution de problème par exemple (87). Certaines études considèrent même un haut niveau d'EDS comme un facteur protecteur de l'émergence de conduites suicidaires (88). D'ailleurs, les résultats d'une étude menée auprès de patients dépressifs indiquent que les idées suicidaires sont liées à une estime de soi "abîmée" (une faible estime explicite combinée à une forte estime implicite) (89).

Toutefois, une haute EDS n'est pas toujours saine. En effet, il existe une possibilité d'évaluation élevée d'EDS, s'expliquant par des mécanismes défensifs. Paradoxalement, une vision de soi basse peut se manifester par une EDS élevée compensatoire (2). De plus, une autre étude a mis en évidence qu'il existe différents types de haute EDS, notamment la *haute estime de soi sécuritaire* et la *haute estime de soi fragile*. Selon ces auteurs, les personnes avec une haute EDS sécuritaire acceptaient plus facilement la critique et étaient moins susceptibles d'être sur la défensive. En outre, une haute EDS fragile a été associée au développement de troubles mentaux, parmi lesquels on compte la dépression et les troubles anxieux (90).

Une théorie analogue à celle du sociomètre (SMT) (cf partie 4.2.4) est la *théorie du hiéromètre* (hierometer theory ou HMT) (91). Contrairement à la SMT, – qui, pour rappel, consiste en un baromètre de l'acceptation sociale au sein des groupes de pairs – la théorie du hiéromètre désigne l'EDS comme un outil permettant de "naviguer dans la hiérarchie des statuts". Autrement dit, la HMT propose que l'EDS serve à la recherche et à l'acquisition d'un statut social par l'individu, parmi les statuts sociaux préétablis de ses pairs. Ceci suppose alors une dimension évolutive, quasiment darwinienne, de la fonction de l'EDS dans la HMT. En effet, l'EDS a aussi bien une fonction indicative (permettant d'évaluer les statuts sociaux des pairs) et impérative (exhortant sans cesse à réguler son statut social en fonction de celui des autres). Cette polarité évolutive suppose deux comportements antagonistes que l'être humain doit mettre en place pour "naviguer dans la hiérarchie des statuts" : il s'agit de l'escalade et de la désescalade (92). L'escalade, stratégie comportementale également appelée faucon (*hawk*), consiste, pour un individu, à s'engager dans des situations qu'il pense favorables. Elle offre une récompense élevée pour un risque élevé et demande de bonnes capacités d'affirmation de soi. La deuxième option, la désescalade, également appelée colombe (*dove*), désigne la manière dont un individu va éviter les situations qu'il juge défavorables. Elle correspond à une récompense modeste pour un risque moindre et nécessite un comportement plus passif.

Selon les circonstances, l'une comme l'autre des stratégies peuvent être adaptatives. Cependant, on considère qu'une personne à haute EDS adoptera plus de stratégies "*hawkish*" qu'une personne à faible EDS, qui choisira plutôt des stratégies "*dovish*".

Bien que la poursuite d'un statut social plus élevé puisse amener une meilleure santé, un meilleur bien-être, un plus grand nombre de partenaires romantiques et de nombreux succès dans les projets de vie ; la poursuite d'un statut toujours plus élevé n'est pas adaptative. En effet, celle-ci est risquée et coûteuse en ce sens qu'elle nécessite de "parier" avec une chance égale de perdre ou de gagner. On comprend ici qu'une course au statut effréné peut conduire à la détresse psychologique, voire même au décès (91). Ce qui est important, c'est que l'EDS soit prédictif du succès des stratégies *hawkish* et *dovish*, en permettant d'évaluer le statut social des individus que l'on côtoie. D'autre part, l'existence de facteurs favorables (ressources pré-existantes, bonnes compétences sociales etc...) est un pré-requis à la bonne adaptation sociale (93). Si l'on fait une analogie entre la HMT et une partie de Poker, il n'est pas suffisant pour un joueur de savoir bien évaluer sa main et celles de ses adversaires ; il faut également qu'il ait soit une "bonne main", soit beaucoup d'argent pour pouvoir relancer la mise. On comprend bien, au travers de cet exemple, que toujours relancer la mise peut mener le joueur à la ruine ; que tout est une question de mesure entre relancer ou se coucher et qu'il existe plusieurs profils de joueurs que l'on peut relier aux différents niveaux d'EDS.

Nous avons exploré dans ce paragraphe la signification clinique du niveau d'EDS chez l'individu. Nous verrons dans les suivants le lien entre estime de soi et troubles psychiatriques.

6.2. Estime de soi et trouble dépressif

Dans le DSM-IV (94), l'EDS était une entité clinique à part entière et figurait comme critère diagnostique du trouble dépressif notamment. Cependant, la cinquième édition du DSM a supprimé l'EDS des classifications nosographiques (95) ; probablement à cause du lien non clair entre cette entité clinique et le diagnostic des troubles psychiatriques.

Pourtant, il semble exister un lien entre un niveau faible d'EDS et la dépression (96). Les chercheurs ont proposé plusieurs modèles théoriques pour expliquer la relation entre niveau d'EDS et symptômes dépressifs. Les deux principaux qui se sont affrontés sont le *modèle de vulnérabilité* (97) et la *théorie de la cicatrice* (98). La théorie de la cicatrice propose qu'une faible EDS soit une conséquence de la dépression, un symptôme résiduel d'un épisode passé. Quant au modèle de vulnérabilité, il propose l'inverse, c'est-à-dire qu'une faible EDS est un facteur prédictif de futurs symptômes dépressifs. Parmi ces deux modèles, la littérature scientifique semble plutôt défendre un modèle bi-directionnel, mais dans lequel le modèle de la vulnérabilité serait prépondérant sur celui de la cicatrice (96,99,100). Plus précisément, une étude récente a établi que l'estime de soi "trait" serait un facteur de vulnérabilité à des symptômes dépressifs sur une période de 3 mois, tandis que l'estime de soi "état" serait plutôt une conséquence de la dépression (101).

6.2.1. Un facteur de vulnérabilité pour la dépression

Comme nous l'avons vu précédemment, l'estime de soi serait davantage un facteur de vulnérabilité à la dépression, plutôt qu'une conséquence (26). En particulier, il s'agit bien du niveau d'EDS qui est impliqué et non son instabilité en fonction du temps (102). En d'autres termes, une faible EDS prédit de manière prospective la dépression (96), et ce sur plusieurs années (103), quel que soit le sexe ou l'âge des individus (99). Cependant, en termes de statistique, la taille d'effet est relativement modeste ; ce qui tend à prouver qu'une faible estime de soi est un facteur de vulnérabilité plutôt qu'un facteur de risque de développer des symptômes dépressifs (104). En outre, il a été établi que l'effet de vulnérabilité émanait plutôt de l'estime de soi globale plutôt que de l'estime de soi spécifique d'un domaine (45). De plus, une étude a démontré qu'une faible EDS était associée au développement d'une forme récurrente de trouble dépressif et à une rémission incomplète (105).

6.2.2. Les mécanismes médiant l'effet de vulnérabilité

Plusieurs études se sont proposées de tirer au clair les mécanismes impliqués dans l'état de vulnérabilité à la dépression, dont un niveau bas d'EDS semble prédisposer. Selon certaines d'entre elles, cet effet vient du fait que les personnes ayant une faible EDS ont tendance à vouloir éviter les situations qu'elles jugent néfastes pour le soi. La conséquence de ces stratégies dysfonctionnelles d'évitement est la réduction des situations délétères d'une part, mais aussi et surtout, une diminution des opportunités gratifiantes. De ce fait, ces individus déséquilibrent la balance entre vécus positifs et vécus négatifs, menant ainsi à des symptômes dépressifs (104).

D'autres études suggèrent que l'effet vulnérant de l'EDS pour la dépression provient du fait que les individus avec une faible EDS ont tendance à interpréter les interactions sociales de manière plus négative et à se déprécier (106). Ce biais d'évaluation des relations sociales peut alors les amener à réagir de manière inappropriée, entraînant ainsi des problèmes dans les interactions sociales. En outre, ces perceptions négatives de l'environnement social sont à risque d'entraîner une prophétie auto-réalisatrice : l'individu, ne se sentant pas digne d'expérimenter des relations sociales positives, a donc tendance à atténuer ses affects positifs en situation, ce qui renvoie des impressions négatives à ses interlocuteurs, qui, à leur tour, lui font miroiter un sentiment de non désirabilité sociale, renforçant au final sa conviction première et ainsi de suite (104,107).

De plus, il semble qu'un niveau faible d'EDS puisse être un facteur de rumination. Etant donné que les ruminations sont décrites comme un facteur prédictif de dépression, nous pouvons en conclure que les ruminations sont un médiateur de l'effet prospectif de l'estime de soi sur la dépression (108).

6.2.3. Un facteur protecteur contre la dépression

Une étude longitudinale prospective d'une population adolescente sur une durée de 3 ans a montré que l'estime de soi protégeait contre le développement de problèmes d'attention et d'anxiété/dépression chez les adolescents traités pour des problèmes de santé mentale (77). Toutefois, l'étude évoque que cet effet protecteur pourrait en partie s'expliquer par l'influence de l'EDS sur l'adaptation au stress, qui est plutôt liée à l'auto-efficacité. En effet, des études ont décrit un effet tampon de l'EDS contre le stress, permettant notamment à l'individu de mettre en place des stratégies d'adaptation fonctionnelles (87).

Dans la même lignée, une étude s'intéressant à l'impact de l'estime de soi sur les affects dépressifs en contexte de confinement lors de la pandémie Covid-19, a trouvé qu'un bon niveau d'EDS avait agi comme un tampon en ce qui concerne les idées morbides autour du Covid-19, la souffrance de l'isolement social et l'anxiété (109).

Pour conclure, nous avons vu dans cette partie que l'EDS "trait" est un facteur prédictif du développement de troubles dépressifs, conformément à l'hypothèse de la vulnérabilité. De plus, l'EDS a aussi été décrit comme un facteur protecteur contre la dépression, notamment par le biais de son action sur l'anxiété et les stratégies d'adaptation qui en découlent.

6.3. Estime de soi et trouble bipolaire

Du fait du faible nombre d'études observationnelles portant sur l'estime de soi et le trouble bipolaire (110), les résultats disponibles dans la littérature scientifique sont disparates.

6.3.1. Estime de soi : un facteur de vulnérabilité ?

Tantôt, il est décrit que le niveau d'EDS des personnes atteintes de trouble bipolaire en rémission ne diffère pas de celui des individus contrôles (111). Tantôt, il s'agit de l'instabilité de l'EDS qui est pointé comme facteur de vulnérabilité (38,112) ; en effet, il semble que le sentiment de dévalorisation pendant les phases dépressives, alternant avec celui de grandeur durant les phases maniaques, puisse constituer une EDS instable, jouant un rôle clé dans le pronostic du trouble bipolaire (113). En 2010, une méta-analyse a trouvé que le niveau d'EDS des individus atteints de trouble bipolaire en rémission était inférieur à celui de la population générale, mais supérieur à celui des personnes atteintes de trouble dépressif en rémission (114).

En 1988, Neale reformule les conjectures psychanalytiques dégagées par ses prédécesseurs afin de présenter l'hypothèse de la *défense maniaque* (115). Selon lui, une EDS instable associée à des prétentions de réussite irréalisables serait un facteur prédisposant au trouble bipolaire. Il ajoute que les idées de grandeur seraient précipitées par une menace à l'estime de soi et conduirait tour à tour à l'élévation de l'humeur et aux autres symptômes de la lignée maniaque.

Avec cette théorie, Neale a ouvert la porte à de nombreuses recherches se focalisant sur l'estime de soi dans le trouble bipolaire de type I. Par exemple, Johnson et col. ont constaté que le niveau d'EDS jouait un rôle prédictif dans la sévérité des symptômes des phases dépressives, mais pas de ceux des phases maniaques (116). Dans la même lignée, une étude a constaté qu'une faible EDS était prédictif de l'apparition de phases dépressives dans le trouble bipolaire de type I (117). De plus, on retrouve une association entre suicidalité (idées suicidaires et/ou tentatives de suicide) et faible estime de soi uniquement chez les patients bipolaires en rémission (111).

En outre, pouvons-nous citer une étude ayant évalué l'EDS implicite de participants diagnostiqués trouble bipolaire de type I en utilisant l'IAT (cf partie 5.2.3). Elle a trouvé que l'EDS implicite des participants en phase maniaque était significativement plus élevée que celle de ceux en rémission ou appartenant au groupe contrôle. En revanche, cela n'a pas été le cas pour l'EDS explicite ; ce qui tendrait à prouver que l'EDS implicite anormalement élevé chez ces participants soit davantage de type "état", plutôt que "trait" (comme cela était le cas chez leurs homologues diagnostiqués dépressifs par exemple) (118).

En fin de compte, il semble que l'estime de soi faible soit un facteur de vulnérabilité au développement d'un trouble bipolaire chez les individus à risque ; autant qu'un facteur pronostique de la sévérité des phases dépressives des personnes diagnostiquées bipolaires.

6.3.2. Les causes d'un faible niveau d'estime de soi dans le trouble bipolaire

Selon une méta-analyse datant de 2010, il y aurait trois explications possibles au faible niveau d'estime de soi observé chez les personnes atteintes de trouble bipolaire (114).

La première raison pourrait venir des traumatismes subis pendant l'enfance qui justifient l'existence d'un faible niveau d'estime de soi lors de l'apparition du trouble

pendant l'adolescence. L'EDS est donc perçu comme un facteur prédisposant à l'apparition du trouble bipolaire, selon cette théorie.

La deuxième explication repose sur l'hypothèse de la cicatrice (idem que celle expliquée plus haut), selon laquelle une estime de soi défaillante serait une conséquence du trouble bipolaire installé. Par exemple, il a été prouvé que les personnes diagnostiquées bipolaires sont sujettes à des déficits cognitifs, à des difficultés socioprofessionnelles et à des troubles de la formation de l'identité (119).

La troisième explication des résultats de cette méta-analyse est basée sur une théorie de vulnérabilité biopsychosociale qui considère que le trouble bipolaire résulterait d'une dysrégulation du système d'activation comportementale. En effet, ce système serait impliqué dans la gestion des réponses comportementales et cognitives déclenchées par les stimuli environnementaux d'opportunité et de perte de récompense. Ainsi, on comprend qu'une activation faible de ce système conduit à des symptômes dépressifs ; tandis qu'une activation élevée conduit à des symptômes maniaques ou hypomaniaques. En conclusion, on peut dire que les fluctuations de l'EDS s'observant dans l'histoire naturelle du trouble bipolaire pourraient s'expliquer en partie par une activation fluctuante défaillante de ce système neurologique (120).

6.4. Estime de soi et troubles psychotiques

Le lien qui peut exister entre faible niveau d'EDS et troubles psychotiques est étudié depuis longtemps. En population générale, des études ont montré qu'il existait une association entre faible EDS et développement de symptômes psychotiques (121), que l'intensité des manifestations paranoïaques augmentait chez les personnes ayant une faible EDS et qu'au contraire, l'intensité des symptômes positifs étaient liée à une haute EDS momentanée (122).

Il n'est pas clair si l'EDS est un facteur de risque de développement de troubles psychotiques, une conséquence, ou bien si elle est impliquée dans le maintien de la maladie. Si des études suggèrent qu'un niveau faible d'EDS est présent au premier épisode psychotique (123), certaines considèrent qu'une faible EDS serait un produit d'expériences psychotiques (124) ; voire, pour d'autres, un facteur de risque et de maintien de la psychose (125). Nous allons donc développer chacun de ces aspects.

6.4.1. La place de l'estime de soi dans la phase prodromique

Selon la théorie du "Double hit" (126), nous savons que l'émergence des troubles schizophréniques résulte à la fois d'une vulnérabilité génétique (premier hit) et de facteurs environnementaux (deuxième hit). D'une part, le premier "hit" est constitué par une vulnérabilité multigénique occasionnant des troubles du neurodéveloppement ou de la maturation neuronale. D'autre part, le deuxième "hit", qui est une conséquence du premier, désigne la manière dont les facteurs environnementaux vont moduler l'expression de cette vulnérabilité génétique et ainsi, conduire à l'apparition de la maladie. Autrement dit, il semble exister une phase prodromique aux troubles schizophréniques dans laquelle des facteurs tels

que l'estime de soi peuvent jouer un rôle considérable. C'est dans la même lignée, que Yung popularise le concept "d'ultra haut risque de transition psychotique" (UHR) (127), à la fin des années 1990, qui permet de caractériser les individus "à risque" et, dans une certaine mesure, de prévenir l'émergence de troubles psychotiques. En 2005, Yung met en place un instrument de dépistage des états prodromiques appelé Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) qui, non seulement, permet de dépister les "profils UHR" mais aussi de les catégoriser parmi : un groupe de vulnérabilité, un groupe de symptômes psychotiques atténués et un groupe de symptômes psychotiques fugaces appelés "BLIPS" (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms) (128). De plus, il semblerait que les participants ne cotant pas sur la CAARMS puissent présenter des troubles de personnalités de type schizotypique ou schizoïde (129).

Grâce à cette classification, il a été possible de montrer que les personnes diagnostiquées UHR présentent un concept négatif du soi accru, assorti de croyances négatives à l'égard de soi et des autres (130), qui persiste dans le temps (131). Ces aspects étant liés à l'EDS, nous pouvons postuler que, par extension, les personnes UHR pourraient posséder un niveau faible d'EDS. Concernant les troubles de personnalité schizotypiques, nous pouvons citer les résultats de deux études : la première a démontré qu'une dimension positive de ce trouble de personnalité est négativement associée à l'EDS (132) et la seconde a rapporté que l'estime de soi était négativement associée à la schizotypie et à des symptômes prodromiques positifs (133). De plus, étant donné la prévalence des traumatismes dans l'enfance et des difficultés d'adaptabilité sociale chez les personnes UHR, il est probable que ces aspects puissent avoir un impact négatif sur le développement de leur EDS (134).

En outre, il a été prouvé qu'au plus le niveau d'EDS est élevé, au moins les symptômes négatifs sont prévalents (135).

Au total, à la lumière des éléments précédents, nous pouvons conclure qu'une faible EDS constitue à la fois un facteur de risque et de protection face au développement de troubles psychotiques (136).

6.4.2. La place de l'estime de soi chez les personnes atteintes de troubles psychotiques

Chez les individus souffrant de troubles psychotiques établis, le niveau d'EDS a été associé au maintien et à la gravité des symptômes psychotiques (137) et une faible EDS est statistiquement plus présente dans cette population (138). Dans un essai contrôlé randomisé mené par Hall et Tarrier (2003), il a été constaté qu'en améliorant l'estime de soi chez les patients atteints de troubles psychotiques, leurs symptômes positifs et négatifs diminuent de manière significative (139). Il a donc été proposé que l'EDS faible puisse être une conséquence des expériences psychotiques. En revanche, d'autres données suggèrent l'inverse : à savoir que les niveaux d'EDS sont au contraire plus élevés chez les personnes atteintes de psychose que chez les participants témoins (140).

Une explication possible de ces résultats incohérents serait que l'EDS est en réalité instable chez les personnes atteintes de psychose, et qu'elle fluctue donc au cours

du temps (122). Pour cette raison, plutôt que d'évaluer le niveau d'EDS, il a donc été suggéré qu'une mesure de son instabilité pourrait être plus pertinente (par le biais d'ECM par exemple, cf partie 5.2.5). Cette instabilité a particulièrement été étudiée dans les délires de thème paranoïaque. En effet, Bentall et ses collègues ont postulé que la fonction des expériences paranoïaques était de protéger les individus contre les pensées et les sentiments négatifs à leur égard (141). Par ailleurs, Chambon et ses collègues (2011) ont proposé que les individus atteints de troubles psychotiques auraient plus de difficultés à évaluer les intentions sociales de leurs interlocuteurs (142). Ainsi, conformément à la théorie du sociomètre précédemment exposée (partie 4.2.4), ces individus seraient moins en capacité de s'alerter eux-mêmes de la possibilité d'un rejet ou d'une exclusion sociale. Ces interactions sociales défaillantes semblent renforcer l'instabilité de l'EDS.

En ce qui concerne les symptômes négatifs de la schizophrénie, Palmier-Claus, Dunn, Drake, Lewis (2011) ont soutenu qu'il y avait une corrélation entre leur apparition et la fluctuation de l'EDS, notamment dans les premiers stades de la psychose (143). En outre, il nous faut également considérer la faible EDS comme un effet iatrogène des médicaments psychotropes. En effet, il est établi que l'un des effets indésirables des antipsychotiques est l'émoussement des affects et par conséquent, l'aplanissement de l'EDS (144).

Pour conclure, il semble donc que l'instabilité de l'EDS soit un facteur d'entretien des troubles psychotiques installés, tant du point de vue des symptômes positifs que négatifs. Par ailleurs, des études ont avancé que l'instabilité et les niveaux d'EDS sont associés à la stigmatisation liée à la maladie de manière transversale (145) et prospective (146). Nous explorerons donc le lien entre stigmatisation et estime de soi dans une prochaine partie.

6.5. Quels sont les moyens d'améliorer l'estime de soi ?

6.5.1. Psychothérapies

Dans un premier temps, les protocoles psychothérapeutiques visant à améliorer l'EDS se sont focalisés sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), développée par Beck en 1967 (147). Selon une méta-analyse de 2023, ces psychothérapies, qui s'attaquent aux croyances fondamentales négatives sous-jacentes des individus, ont été jugées les plus efficaces pour augmenter l'EDS, par rapport aux autres formes de psychothérapies (148). En outre, les résultats de cette étude indiquent que la TCC a montré une efficacité modérée sur l'amélioration de l'EDS et une efficacité élevée sur la réduction de la sévérité des symptômes dépressifs résistants au traitement, pour une durée d'au moins six mois.

Plus tard, la troisième vague des TCC, appelée TCCE (thérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle) popularise des techniques émotionnelles de prise en charge en psychothérapie. Parmi elles, certaines se focalisent sur la pleine-conscience (*mindfulness*), popularisée en Europe par Kabat-Zinn (149). Selon ce dernier, la pleine-conscience est un état d'esprit inspiré

de la méditation bouddhiste et qui permet de « faire attention d'une manière particulière, délibérément, au moment présent et sans jugements de valeur ». Le mindfulness permet notamment un changement cognitif grâce à l'introspection, la confrontation à ses émotions, l'acceptation, la maîtrise de soi et la relaxation (150). Enfin, Segal et al développent une thérapie cognitive basée sur la pleine-conscience (MBCT) qui articule la TCC selon Beck et la thérapie basée sur la pleine conscience de Kabat-Zinn (151). Contrairement à la TCC, la MBCT ne met guère l'accent sur la modification du contenu des pensées ; mais plutôt sur la modification de la conscience et de la relation avec les pensées. Les outils inspirés de la TCC classique sont plutôt de type "décentration", une technique qui facilite l'acceptation d'un problème en prenant du recul par rapport à lui.

Une étude récente a prouvé que la MBCT améliore le niveau d'EDS de personnes atteintes de schizophrénie. Cette amélioration est liée à l'action de la MBCT sur la résilience, non seulement des individus diagnostiqués schizophrènes, mais aussi sur celle de leurs aidants. De plus, la MBCT permet une réduction de la stigmatisation de ces personnes. Toutefois, le point faible de la MBCT traditionnelle est qu'elle implique des coûts élevés et la mobilisation de nombreux professionnels. Récemment, une nouvelle forme de MBCT a vu le jour : la MBCT mixte (M-MBCT) qui, en utilisant la visio, permet de proposer des séances "d'auto-assistance" en plus des thérapies de groupes en présentiel (152). Par ailleurs, une autre étude a mis en évidence un impact favorable de la pleine-conscience en ligne sur les individus en recherche d'emploi, aux décours de la pandémie Covid-19 (153).

Il existe d'autres types de psychothérapies ayant montré leur efficacité dans le traitement de l'EDS. Nous pouvons notamment citer le *Competitive Memory Training* (COMET) et les thérapies métacognitives (MCT).

Inspiré des thérapies narratives, le COMET (154) est une psychothérapie axée sur la récupération des souvenirs stockés dans la mémoire à long terme. Cette méthode postule que les événements et les concepts intégrés par les individus sont associés à des émotions ou cognitions positives ou négatives qui s'affrontent. Le principe de la prise en charge est de renforcer les souvenirs ou les interprétations qui soutiennent une meilleure EDS (c'est-à-dire positives, fonctionnelles et utiles à l'individu) au détriment de celles qui l'affaiblissent. Les moyens utilisés sont des images valorisantes, de la verbalisation spontanée, des expressions faciales et corporelles positives ou encore de la musique. Ce genre de psychothérapie a montré une efficacité dans le traitement des troubles du comportement alimentaire, des troubles de la personnalité et du trouble dépressif.

Les thérapies métacognitives (MCT) (155) sont issues des TCC, en ceci qu'elles amènent l'individu à identifier et réfléchir sur leurs biais cognitifs et à remplacer ces biais par des stratégies alternatives de fonctionnement. Tandis que la TCC s'intéresse plutôt à des distorsions cognitives de type *surgénéralisation* ou de *pensée en tout-ou-rien*, les MCT se focalisent davantage sur les biais de mémorisation, d'interprétation, sur les biais d'association émotionnelle ainsi que sur le traitement des ruminations et des obsessions. L'efficacité de ce type de psychothérapie est particulièrement documentée dans le trouble dépressif.

6.5.2. Médiation thérapeutique

1. Ecriture

Parmi les médiations fréquemment utilisées dans les services psychiatriques, nous pouvons tout d'abord citer l'écriture. Dans ce type d'atelier thérapeutique, on s'intéresse davantage au processus d'écriture qu'au produit fini. En effet, le processus d'écriture transforme l'individu passif en un participant actif, permet de réfléchir sur ses émotions et ses cognitions. Il existe trois types d'écriture :

- L'écriture transactionnelle : Utilisée pour communiquer des informations de manière claire et objective, elle est typique des contextes professionnels, académiques et scientifiques. Elle est factuelle, impersonnelle et vise à informer ou expliquer.
- L'écriture expressive : C'est une écriture personnelle qui explore des pensées, des sentiments et des expériences. Elle est subjective, utilise un langage familier, et permet à l'auteur de réfléchir sur ses expériences et d'exprimer ses émotions.
- L'écriture poétique : Elle vise à évoquer des émotions et des images à travers des techniques littéraires comme la métaphore et l'imagerie. C'est une forme d'expression artistique qui explore des thèmes profonds et universels avec un style plus stylisé et créatif.

Parmi ces trois types, c'est l'écriture expressive qui est la plus fréquemment mise en exergue. En effet, elle est décrite comme un excellent exercice mobilisant la composante *réflexive* du moi (cf partie 3.2 et 4.2.4). En matière d'exemples d'intervention sur l'estime de soi utilisant l'écriture, nous pouvons citer le programme WRITE (156) qui est une méthode d'écriture créative, narrative et poétique développée par Sneider (1993), dans laquelle les individus écrivent en groupe, en réponse à des objets ou des poèmes. Ensuite, il leur est demandé de lire leurs écrits à haute voix face à leur pairs. L'intérêt est que lorsqu'on lit à voix haute, on entend nos propres pensées et on est serait plus en capacité de faire valoir nos opinions, nos valeurs, nos priorités et nos préférences. Ce programme favorise ainsi la croissance personnelle et l'empowerment, en apprenant à se relier aux autres et à soi-même. En outre, pouvons-nous citer une autre étude qui a approfondi l'impact de l'écriture auto-biographique sur l'EDS, et a trouvé que cette forme d'écriture était associée à une plus forte augmentation de l'EDS que l'écriture expressive plus abstraite (157).

2. Ateliers de restructuration cognitive

Nous pouvons également nous attarder sur des ateliers de restructuration cognitive qui sont fréquemment rencontrés dans les centres de réhabilitation psychosociale. Un article de 2009 a répertorié trois exemples qui s'appliquent à l'estime de soi (158).

Un premier exemple est un atelier de collage (*Pieces and parts* dans l'article), dans lequel les participants construisent un "idéal" masculin ou féminin, en collant des images découpées dans les magazines. Ainsi, ils questionnent les standards culturels de beauté et discutent de leur image corporelle personnelle par rapport à ces normes. Ce type d'atelier permet de comprendre comment les comparaisons avec des normes culturelles inaccessibles peuvent diminuer l'EDS, et comment les affirmations non basées sur l'apparence peuvent au contraire, le renforcer.

Un deuxième atelier cité dans l'article consiste en un jeu de rôle dans lequel chacun possède une feuille symbolisant son estime de soi. Au fur et à mesure, des

affirmations négatives sont énoncées et il est demandé aux participants de déchirer leur feuille proportionnellement à leur sentiment de dévalorisation. Puis, à l'inverse, il leur est demandé de reconstituer un nouvel EDS en recollant des morceaux à leur papier déchiré, proportionnés par rapport à la lecture de nouvelles affirmations, mais cette fois-ci positives. En résumé, cette activité aide à reconnaître l'impact des remarques des autres sur son EDS et explore l'utilisation de l'auto-affirmation et du discours positif pour contrer ces effets négatifs.

Un dernier exemple est un jeu de rôle dans lequel chaque participant, à tour de rôle, se présente devant un auditoire constitué par ses pairs. Il a pour objectif de verbaliser un commentaire positif sur quelque chose dont il est fier, ou bien sur l'un de ses accomplissements. Une fois le commentaire extériorisé, l'auditoire l'acclame et le félicite. Ainsi, cette activité se concentre sur la reconnaissance des petits succès quotidiens et encourage une appréciation mutuelle entre les pairs, renforçant ainsi leur EDS.

6.5.3. Art-thérapie

La place des arts créatifs dans la prise en charge des troubles mentaux est explorée depuis plus d'un demi-siècle. Cet intérêt grandissant s'explique par le fait que ces thérapies diffèrent des psychothérapies par l'utilisation de moyens d'expression non verbaux et utilisent les effets thérapeutiques de la créativité. En développant leurs talents artistiques, la thérapie par les arts créatifs permet aux participants d'améliorer leur EDS, leur stratégie d'adaptation, leur humeur, leurs capacités cognitives et sociales et de diminuer les symptômes de leur trouble psychiatrique. Par ailleurs, les ateliers d'arts créatifs contribuent à moduler le cadre hospitalier en un environnement plus confortable et libérateur ; permettant par exemple de renforcer la confiance et l'alliance thérapeutique (159).

Selon Jean Pierre KLEIN, « l'art-thérapie est un accompagnement de personnes en difficulté (psychologique, physique, sociale ou existentielle) à travers leurs productions artistiques : œuvres plastiques, sonores, théâtrales, littéraires, corporelles et dansées ». Ce travail ne se focalise pas réellement sur les œuvres produites, mais bien sur leur producteur, en lui permettant de « se recréer lui-même, se créer de nouveau, dans un parcours symbolique de création en création ». Ainsi, en art-thérapie, en travaillant sur l'œuvre, nous travaillons sur nous-mêmes (160).

Nous avons passé au crible plusieurs revues de littérature et d'études pilote explorant le lien qui peut exister entre art-thérapie et estime de soi.

Tout d'abord, nous aborderons les résultats d'une étude de 2019, qui a testé l'efficacité de l'art-thérapie sur la réduction de la dépression et l'amélioration de l'EDS des personnes âgées institutionnalisées, à Taïwan (161). Selon ces chercheurs, l'art thérapie influence l'EDS des personnes âgées à travers plusieurs modèles théoriques, à savoir le modèle du *Continuum de la thérapie expressive* (ETC) et celui des *Variables de dimensions des médias* (MDV), deux cadres théoriques conçus par Lüsebrink .

Le modèle des MDV explique comment les caractéristiques des médias artistiques peuvent influencer la réponse thérapeutique des patients à l'art-thérapie. Les dimensions citées par ce modèle sont :

1. La complexité correspondant au degré d'efforts requis dans le processus créatif
2. Le structuralisme ayant trait à la présence de règles régissant l'activité artistique
3. La nature du média, notamment les propriétés rigides ou fluides des matériaux utilisés.

Quant à L'ETC, il inventorie les dimensions psychologiques engagés dans le processus de création d'art expressifs ; à savoir :

1. Kinesthésie et sensation : l'expression à travers les mouvements corporels
2. Perceptions et émotions : la transformation des émotions en images, afin de les extérioriser
3. Cognition et symbolisme : l'interprétation des symboles émergeant des créations
4. Créativité : une stimulation des capacités créatrices de l'individu

Ainsi, selon ces modèles, les ateliers d'art créatif permettent d'explorer ses sentiments dans un cadre non verbal et favorise donc l'introspection, le développement des habiletés sociales et émotionnelles, ainsi que l'estime de soi. De plus, ces ateliers doivent être personnalisés aux besoins des patients et aux objectifs thérapeutiques. Par exemple, un atelier avec un cadre structuré et peu complexe favorisera le sentiment d'auto-efficacité des individus et donc, leur EDS.

Dans un deuxième temps, nous pouvons citer une revue de littérature mettant en lumière les bénéfices de l'art-thérapie chez des individus atteints de troubles de personnalité (162). L'article s'appuie sur le modèle des Schémas Précoces Inadaptés (SPI) de Young.

La théorie des schémas de J. E. Young postule que les SPI – qui sont des structures cognitives organisées, acquises tout au long de la vie, guidant les émotions, les pensées et les comportements – peuvent pousser des personnes atteintes de troubles de la personnalité, à développer des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles (60). Ces stratégies dysfonctionnelles, également appelées *modes maladaptatifs ou destructeurs*, sont mises en place par l'individu, lorsque l'un de ses schémas est activé par une situation. Ces modes regroupent entre autres le *mode enfant* (enfant vulnérable ou punitif), le *mode parent* (parent punitif), ou le *mode protecteur* (protecteur détaché). En thérapie des schémas, l'objectif thérapeutique est d'atteindre le mode *Adulte sain*, qui correspond à un état où la personne utilise ses capacités psychologiques pour se libérer des schémas destructeurs et satisfaire ses besoins fondamentaux de manière responsable et indépendante.

Le lien avec l'art-thérapie est qu'elle se positionne comme un moyen efficace pour atteindre l'objectif d'Adulte sain, car elle permet une exploration profonde des schémas implicites à travers des expériences non verbales. En permettant aux patients de "sentir" plutôt que de "penser" leurs expériences, elle offre un chemin pour déstabiliser les modes destructeurs et aux profits de l'Adulte sain. Selon l'auteur de l'article, l'atout majeur de l'art-thérapie réside dans sa nature *expérientielle*, c'est-à-dire sa capacité à offrir une exploration indirecte des conflits internes à travers des processus créatifs. Cela permet une intervention moins frontale que les approches purement verbales, favorisant ainsi une confrontation plus tolérable avec les SPI et les modes d'adaptation dysfonctionnels. Cela peut se

faire par le biais de jeux de rôle, de chaise vide, d'imagerie mentale ou de styles psychothérapeutiques de reparentage (162).

Ensuite, nous pouvons développer les résultats d'une étude pilote investiguant les effets d'un programme d'art thérapie sur l'EDS d'individus atteints de sclérose en plaque (163). Ils ont trouvé que les activités d'arts créatifs d'aquarelle, de collage, de perlage et de tricot permettaient d'augmenter l'EDS, l'espoir, les liens sociaux et le sentiment d'auto-efficacité des participants. Afin d'expliquer leurs résultats, nous pouvons convoquer les théories de l'auto-efficacité et de l'auto-détermination ; ainsi que celle de l'Espoir.

Snyder définit l'espoir comme une combinaison de la motivation pour atteindre des objectifs et la capacité à planifier des chemins pour atteindre ces objectifs (164). En utilisant ce modèle, les auteurs attestent que la participation des intéressés à des activités artistiques créatives renforce l'espoir en offrant des moyens concrets d'exprimer les émotions et de visualiser des possibilités futures.

Les théories de l'auto-efficacité et de l'auto-détermination sont assez proches. La première, conçue par Bandura en 1977, souligne que l'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance en ses capacités pour accomplir des tâches spécifiques, est renforcée lors des activités d'art créatif, en lien avec la réalisation d'un projet et l'obtention d'un produit fini (165). Quant à la théorie de l'auto-détermination, de Deci et Ryan en 2000, elle explique que l'engagement dans des activités créatives peut satisfaire des besoins fondamentaux de compétence, d'autonomie et de connexion sociale (166).

Ainsi, on conclut que l'art-thérapie favorise le développement et le maintien de l'EDS, puisque nous avons vu précédemment que les aspects d'auto-efficacité (confiance en soi) et d'espoir (vision de soi) étaient en réalité des formes spécifiques d'EDS (cf partie 3.3.1).

Enfin, une autre étude pilote s'intéressant à l'impact de la sculpture sur les capacités cognitives, physiques et psychologiques chez des personnes atteintes de démence, a montré une amélioration du bien-être psychologique, de la concentration, de l'EDS, de la santé physique et de l'autonomie des participants. Les modèles théoriques utilisés comme fondement à cette étude étaient la théorie du Flux de Csikszentmihalyi (1992) et celle de la mémoire corporelle (Fuchs, 2010).

La théorie du flux apporte une explication sur la manière dont la sculpture influence l'EDS. En effet, *l'état de flux* est décrit comme un état optimal de concentration et de satisfaction qui survient lorsqu'un individu est profondément engagé dans une activité (167).

Quant à la théorie de la mémoire corporelle, elle fait référence à la mémoire implicite. De manière cognitive, la mémoire à long terme peut être séparée en deux catégories : la mémoire procédurale (ou implicite) et la mémoire déclarative (ou explicite). La mémoire procédurale « engage des processus inconscients (implicites); c'est la mémoire du savoir-faire » alors que la mémoire déclarative « engage des processus d'accès conscient (explicites) à l'information » (168). Ainsi, la mémoire implicite ou procédurale stocke les séquences de mouvements apprises et les expériences sensorielles qui leurs sont associées. Fuchs écrit que « la biographie du patient reste présente dans sa perception visuelle, sonore, tactile, olfactive et dans la manipulation des objets » et que « la réactivation de la mémoire corporelle peut également constituer une porte d'entrée vers la mémoire explicite » (169). Ainsi, la manipulation d'objet (ou *object handling*) permet de renforcer l'EDS en permettant aux participants de renouer avec leurs compétences et expériences

passées et garantir ainsi un sentiment de continuité de leur identité, et ce, même en présence de déficits cognitifs.

Au total, il semble que la création artistique ou la simple manipulation d'objet, puisse influencer l'EDS par le biais de la mémoire procédurale et donc renforcer le sentiment identitaire et l'EDS des participants.

6.5.4. Impact des traitements médicamenteux

Bien que l'usage des ISRS ait été au cœur de bon nombres d'études quantitatives depuis leur introduction en 1980, on compte peu de recherches portant sur les expériences subjectives des utilisateurs et sur la signification qu'ils leur attribuent. Une étude s'est proposée d'investiguer l'effet des psychotropes classiquement prescrits pour traiter les épisodes dépressifs caractérisés. Parmi ces traitements figuraient majoritairement des antidépresseurs et des anxiolytiques ; mais 10% des participants possédaient également un antipsychotique. Durant un suivi de 8 semaines à compter de l'instauration des traitements, il a été observé une augmentation de l'EDS explicite et une diminution de l'EDS implicite. Ces résultats suggèrent que les antidépresseurs ont un impact positif sur l'EDS explicite, qui est globalement diminué dans la dépression. Cependant, la diminution de l'EDS implicite a été justifiée par les chercheurs comme un probable mécanisme de défense compensatoire (170). Par ailleurs, une autre étude s'est intéressée aux changements du concept de soi induit par les antidépresseurs de type ISRS, chez des femmes traitées depuis plusieurs années. Selon les auteurs, ces femmes passaient par quatre étapes dans leur parcours de soin : le *stade de détresse*, le *stade du conflit*, le *stade de l'amélioration* et celui du *sevrage de la molécule*. Schématiquement, avant l'introduction du traitement, elles font état d'un faible niveau d'EDS. Puis, à la prescription de l'ISRS, leur EDS est affecté négativement par le stigmatisme de la molécule et par une crise identitaire. Durant le troisième stade, elles expérimentent une amélioration clinique et une diminution du stigma, ce qui augmente leur EDS. Finalement, à la décision d'arrêt du traitement, leur EDS demeure mitigé, parfois encore vulnérable, en proie à une dépendance psychologique ou une appréhension de la rechute (171).

En ce qui concerne les traitements antipsychotiques et thymorégulateurs, nous n'avons pas trouvé d'articles pertinents à citer.

7. Estime de soi et rétablissement dans les maladies psychiatriques chroniques

Qu'est-ce qu'être en bonne santé ? Est-ce l'absence de symptômes ? Ou l'absence de souffrance ou de handicap ? La santé repose-t-elle sur des signes externes et objectifs ? Ou se pourrait-il qu'elle puisse être plus subjective et personnelle ? Le préambule de la Constitution de l'OMS en donne une définition : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement

en une absence de maladie ou d'infirmité » (172). Ainsi, cette définition semble reprendre l'ensemble des différentes facettes de la santé, d'un point de vue symptomatologique bien sûr mais aussi, d'un point de vue social et fonctionnel. Cette partie traitera du rétablissement en maladie mentale, de la notion de handicap psychique et de stigmatisation.

7.1. Le rétablissement en psychiatrie

En 1951, Henri Laborit introduit le premier antipsychotique au monde, la chlorpromazine, révolutionnant le traitement de la psychose. Parallèlement, les antidépresseurs tricycliques sont mis sur le marché dans les années 1950, leur chef de file est l'imipramine, dont les propriétés antidépressives ont été démontrée en 1957 par Roland KUHN. Cependant, les promesses initiales de ces nouvelles classes de médicament de guérir les maladies psychiatriques sont finalement vaines. Que l'on parle d'antipsychotiques typiques ou atypiques ou bien d'antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et/ou de la noradrénaline (ISRSNa) ou tétracycliques, les découvertes successives de nouvelles molécules n'ont pas permis d'obtenir une guérison complète des usagers. Il est vrai qu'une proportion importante de personnes atteintes d'une maladie mentale chronique continuent de présenter des symptômes positifs résiduels, des symptômes négatifs et cognitifs marqués – parfois d'origine iatrogène. En outre, ces personnes n'atteignent pas leur niveau de fonctionnement prémorbide, demeurent sans emploi et fonctionnent bien en deçà de leur potentiel antérieur (173). Il a donc fallu trouver d'autres moyens pour atténuer ces symptômes résistants ou bien même provoqués par les traitements pharmacologiques. C'est à ce niveau qu'intervient le rétablissement (par opposition à la guérison), la notion de handicap mental et la réhabilitation psychosociale.

7.1.1. Histoire du rétablissement en psychiatrie

Le concept de rétablissement en maladie mentale a longtemps été débattu. Avant l'avènement de la vision aliéniste au XVIIIème siècle, les maladies mentales étaient perçues comme l'œuvre d'une possession diabolique ou d'un châtement divin. Les traitements étaient rudimentaires (saignées, purges) et volontiers punitifs (coups, chaînes). Ce n'est qu'en 1810 que Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin proposent l'idée du *traitement moral*. Il s'agit véritablement d'un changement de paradigme puisque Pinel réforme le traitement de la maladie mentale tant d'un point de vue thérapeutique, humaniste et institutionnel. Il exprime que le traitement des maladies mentales doit avant tout être *moral* c'est-à-dire psychologique, avec un but final de réintégrer les individus malades dans la société. Pour lui, ces derniers sont atteints de pathologies psychiatriques, sont dignes de respect, ont le droit à la liberté et à la sécurité physique, au même titre que les autres citoyens. Il garantit cependant un pouvoir décisionnel institutionnel visant à "punir les aliénés" par des mesures d'isolement ou de contention notamment (174).

Bien que la vision des "aliénés" évolue au cours des siècles suivants, la maladie mentale n'en reste pas moins qu'une maladie incurable et sa prise en charge demeure asilaire. Il faut attendre une étude multicentrique et internationale datant de

1972, pilotée par l'OMS, pour remettre en cause l'incurabilité des maladies mentales et en particulier, de la schizophrénie (175).

Ce n'est que dans les années 1990-2000, aux Etats-Unis, que la définition contemporaine du rétablissement dans le domaine de la maladie mentale voit le jour. Le réseau mondial des usagers et survivants de la psychiatrie, formé à l'époque, revendique la nécessité d'un rétablissement personnalisé, qui prend en compte le fonctionnement individuel et la qualité de vie quotidienne ; en plus du rétablissement plus classique, au sens clinique. De plus, ils posent les bases d'un mouvement de restructuration des établissements de nombreux services publics dont les hôpitaux psychiatriques (les asiles), les établissements pour personnes handicapées et les complexes pénitentiaires (176).

7.1.2. Définition du rétablissement en psychiatrie

Dans une revue de littérature, Nicolas Franck évoque une double définition du rétablissement (177). D'une part, les usagers des services de psychiatrie le décrivent comme « la réalisation d'une vie utile et valorisée, plutôt que comme l'absence de symptômes » ; tandis que les psychiatres envisagent une vision plus "médicale" et considèrent le rétablissement comme la disparition des symptômes et le retour à l'état antérieur. Du point de vue des usagers, le rétablissement est défini comme suit : « un processus profondément personnel et unique de changement des attitudes, des valeurs, des sentiments, des objectifs, des compétences et/ou des rôles d'une personne. une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limitations causées par la maladie » (178).

On parle de trois types de rétablissement en santé mentale : le rétablissement *clinique*, *personnel* et *social* (179). Le rétablissement clinique, ou *rémission complète*, est considéré comme la disparition des symptômes d'une maladie mentale, permettant ainsi de retrouver le niveau de fonctionnement qui existait avant son apparition. Le rétablissement personnel désigne le processus personnel et unique vers une vie satisfaisante malgré les limitations causées par la maladie mentale. Enfin, le rétablissement social se conceptualise comme la réalisation de l'indépendance résidentielle et économique en combinaison avec une faible perturbation sociale, ce qui signifie le maintien et le développement des réseaux sociaux ainsi que des relations sociales individuelles.

7.1.3. Les différents modèles du rétablissement

Bien que les définitions du rétablissement soient claires et sans ambiguïté, il n'existe pas de consensus politique concernant l'organisation des soins en matière de rétablissement psychosocial (179). Cependant, plusieurs modèles théoriques ont émaillé la conception de la prise en soins du rétablissement. Nous allons donc développer le *Tidal Model*, le *recovery model*, le *modèle intégré du rétablissement* et le *modèle de rétablissement centré sur la reconnexion*.

Nous pouvons tout d'abord citer le *Tidal Model*, une approche développée dans les années 1990 par Phil Barker et qui s'oppose formellement à la conception neurobiologique de la pathologie psychiatrique. À travers ce modèle, la relation soignant-soigné n'est plus vue comme hiérarchique mais plutôt comme égale, autour

d'un projet de soin en co-construction. L'accent est mis sur la valorisation du vécu du patient qui est considéré comme l'expert dans ce domaine, sur *l'empowerment* qui désigne une méthode d'autonomisation de l'individu atteint de maladie psychiatrique lui permettant de redonner un sentiment de contrôle et de pouvoir sur leur vie personnelle et communautaire (180).

Au sein de l'individu, il est pertinent de développer le *recovery model* (ou modèle du rétablissement psychologique) qui a été popularisé par Andresen et ses collègues en 2003 (181). Ces chercheurs proposent une vision holistique du rétablissement de l'individu atteint de maladie psychiatrique, en ceci que le rétablissement ne se focalise pas sur les symptômes mais plutôt sur la personne. Autrement dit, le rétablissement n'implique pas nécessairement un retour au niveau de fonctionnement prémorbide et à la phase asymptomatique de la vie de la personne. Il ne suggère pas non plus une progression linéaire vers la guérison, mais une progression qui peut se faire par à-coups et qui, comme la vie, comporte de nombreux hauts et bas. Il s'agit donc bien de *naviguer* malgré l'existence de symptômes résiduels et/ou induits par les neuroleptiques, malgré une identité réduite à celle d'un "patient psychiatrique" et une étiquette sociale défavorable. Selon Andresen et collègues, le *recovery model* peut se résumer en plusieurs étapes (181) : le moratoire, la prise de conscience, la préparation, la reconstruction et enfin, la croissance. Nous allons passer brièvement ces stades en revue :

1. Le moratoire se caractérise par le déni, la confusion, le désespoir, le trouble de l'identité et le retrait motivé (réticence aux soins sur un mécanisme d'auto-protection).
2. La prise de conscience est définie comme une phase dans laquelle la motivation de l'individu prend racine. Il peut s'agir d'une motivation intrinsèque (provenant de lui-même), ou extrinsèque (provenant d'un professionnel ou d'un proche). Il conceptualise avec espoir la possibilité d'un rétablissement et d'une identité autre qu'une "personne malade".
3. La préparation consiste en un début de travail. L'individu fait le bilan de ses compétences, connaissances et faiblesses, puis se fixe des objectifs. Il se familiarise avec l'offre de soins, s'implique dans des groupes et se connecte avec ses pairs.
4. La reconstruction est le stade de travail le plus ardu. En effet, cette étape a pour but d'assumer la responsabilité qui incombe à la personne malade d'accéder aux soins, de garder le contrôle sur sa vie ; ceci dans le but de se forger une identité positive, propice à la poursuite des objectifs précédemment définis.
5. La croissance est la dernière étape. Il s'agit du dénouement du processus. La personne n'est pas libérée de ses symptômes mais elle a appris à gérer sa pathologie et a intégré sa responsabilité de devoir contrôler sa santé et, par extension, sa vie. Elle a également développé une bonne résilience interne et une image identitaire positive, détachée de la maladie.

Par rapport aux dimensions clés du rétablissement, le modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et ses collègues les synthétisent comme suit : il s'agit de l'espoir, de l'identité, du sens et de la responsabilité (181).

1. L'espoir est une attente par rapport à des relations ou objectifs futurs, jugés réalisables par la personne malade.
2. L'identité correspond aux caractéristiques qui font que la personne malade se sent unique et sait qui elle est.

3. Le sens englobe la compréhension de la pathologie, la signification qu'elle donne aux événements en lien, ainsi qu'une réévaluation de ses valeurs et de ses objectifs de vie
4. La responsabilité est l'engagement qu'une personne atteinte de trouble psychiatrique met dans sa vie et dans son rétablissement.

Plus tard, le modèle intégré du rétablissement, établi par Leamy et ses collègues en 2011, complète le recovery model en ajoutant la dimension de la *connexion*, qui est définie comme le fait de se sentir soutenu, d'entretenir des relations sociales positives et d'appartenir à une communauté. De plus, elle renomme la dimension "responsabilité" du précédent modèle en *empowerment* et étend sa signification au niveau civique. L'empowerment désigne une responsabilisation personnelle mais également la possibilité de jouir des mêmes droits et responsabilités que les autres citoyens (182).

Enfin, le *modèle du rétablissement centré sur la reconnexion*, comme décrit par Kartalova O'Doherty et ses collègues dans une revue de littérature de 2012, ajoute encore une dimension de *reconnexion* (183). Cette facette du rétablissement a une portée plus large que l'item de connexion du modèle intégré précédemment exposé. En effet, elle inclut la *reconnexion avec soi* (auto-acceptation, clémence envers soi), la *reconnexion avec l'humanité* (allant de l'histoire de l'humanité à l'expérimentation sociale avec les pairs) et enfin, la *reconnexion avec le temps* (acceptation du passé, proactivité dans le présent et projection positive dans l'avenir).

En résumé, en synthétisant les différents modèles, voici les différentes dimensions obtenues :

1. L'espoir
2. L'identité
3. Le sens de sa vie, de la pathologie
4. L'empowerment et la responsabilisation
5. La connexion
6. La reconnexion avec soi, avec l'humanité et avec le temps.

D'un point de vue clinique, ces six dimensions sont souvent synthétisées sous la forme de l'acronyme *CHIME* ; respectivement : la connexion sociale (*connectedness*), l'espoir et la projection optimiste dans l'avenir (*hope*), l'identité et le stigma (*identity*), le sens de la vie (*meaning in life*) et l'autonomisation (*empowerment*) (182).

Par ailleurs, il est possible de quantifier le rétablissement chez les individus atteints de maladie psychiatrique. Une revue systématique de littérature a inventorié près de 53 outils de mesure disponibles, parmi lesquels 8 ont été jugés adéquats à la pratique clinique (184). Ce travail de thèse n'a pas vocation à approfondir les moyens d'évaluation quantitative du rétablissement ; cependant, nous pouvons tout de même citer l'*Individual Recovery Outcomes Counter* (I.ROC ; Monger et col. 2013) ou le *Recovery Assessment Scale* (RAS ; Corrigan et col. 1999) ou encore le *Stages of Recovery Instrument* (Shanks et col. 2013). Quoi qu'il en soit, la pluralité des outils de mesure précédents témoigne du défaut de consensus de la définition et de la prise en charge du rétablissement en santé mentale.

En conclusion, le rétablissement en santé mentale permet aux personnes atteintes de troubles psychiques de retrouver un équilibre de vie en favorisant la participation sociale, la normalisation et l'intégration, fondamentaux dans le processus de réhabilitation. Il convient néanmoins de reconnaître que ce chemin demeure entravé par de nombreux obstacles ; en particulier, le handicap psychique, qui se présente comme l'une des principales limitations auxquelles ces personnes sont confrontées. Nous proposons d'analyser ce concept dans la prochaine partie.

7.2. Le handicap psychique

7.2.1. Définition du handicap psychique

Il a longtemps existé un flou juridique et clinique sur la définition exacte du handicap. En effet, le terme "handicap" a connu différentes significations au fil du temps (185). Traditionnellement, une personne était qualifiée de *handicapée* lorsqu'elle présentait une atteinte des *structures corporelles*, par exemple la perte d'une jambe. Cependant, cette définition posait un problème, car un déficit au niveau d'une structure corporelle n'implique pas nécessairement une limitation dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. Par exemple, de tels déficits peuvent être compensés, comme le démontrent les performances sportives des athlètes lors des jeux paralympiques qui ont récemment eu lieu dans notre pays.

Alors, le concept de handicap s'est rapproché d'une "limitation d'activité", c'est-à-dire l'incapacité à assurer des actions ou tâches qu'une personne est censée pouvoir ou devoir exécuter. Pour reprendre l'exemple de la jambe, il n'est donc plus question de reconnaître qu'un individu ne possède qu'une jambe, mais davantage s'il est capable de l'utiliser correctement au quotidien. C'est dans cette optique que l'OMS propose une Classification Internationale des Handicaps en 1980, qui permet la cotation linéaire d'un handicap sur un continuum allant de l'altération de structures corporelles jusqu'à la limitation d'activités.

Toutefois, là encore, la définition du concept de handicap n'est pas parfaite, car les limitations d'activités ne permettent pas, à elles seules, de déterminer si une personne était gênée dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes. Il s'avère donc que le handicap n'existe que lorsqu'une personne est incapable d'effectuer des activités *nécessaires* ; ce qui amène donc à contextualiser la définition du handicap et à préciser les capacités requises à la réalisation des dites activités. Selon ce point de vue, le handicap peut se définir comme une inadéquation entre la *capacité* et le *contexte*, de sorte qu'une personne ne puisse pas remplir les exigences imposées par son quotidien (185). De plus, cette inadéquation doit être reliée à un problème médical, c'est-à-dire à une déficience des structures ou des fonctions corporelles.

Enfin, après cette nouvelle notion de "restriction d'activités", la notion de "restriction de participation" est venue compléter la définition du handicap. Une restriction de participation résulte d'une incapacité « à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (186). Il s'agit finalement du concept de handicap décrit dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), publiée par l'OMS en 2001 et qui est toujours

utilisée de nos jours. Selon cette conception, le handicap et le fonctionnement résultent d'une interaction dynamique entre les composantes suivantes (187) :

- Les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus
- Les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent
- Les facteurs environnementaux qui influencent leur participation
- Les facteurs personnels

Bien que cette dernière définition du handicap ait aidé à la prise en charge plus équitable des personnes en situation de handicap, nous avons encore des difficultés à voir émerger un potentiel handicap psychique ; notamment par la composante organique et anatomique incluse dans la définition.

Concernant le handicap psychique, la question qui s'est posée fut la suivante : peut-on être handicapé psychiquement, sans parler de déficience intellectuelle ?

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte une réponse à ces questionnements. Elle stipule que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de l'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (188).

En résumé, au gré des définitions successives du handicap, il semble s'être dessiné un intérêt croissant pour le retentissement fonctionnel du handicap. Au lieu de se focaliser sur le déficit organique, une attention grandissante est donnée aux facteurs environnementaux et personnels qui sont impactés par la situation de handicap. Nous allons les détailler dans la prochaine partie.

7.2.2. Le retentissement fonctionnel du handicap psychique

L'appréhension globale du handicap psychique, ou plus spécifiquement l'impact fonctionnel des troubles psychiques chroniques, nécessite de considérer les facteurs subjectifs et personnels de l'individu ; mais également les interactions qu'il entretient avec son environnement.

1. Déterminants subjectifs et personnels

En ce qui concerne les facteurs subjectifs entravant le fonctionnement social des personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, nous pouvons naturellement citer l'impact des symptômes résiduels de ces pathologies dans la vie de la personne. À ce propos, McGurk et Meltzer dans une revue de littérature (189), ont soulevé le paradoxe selon lequel, la symptomatologie positive de la schizophrénie (idées délirantes et hallucinations psychosensorielles ou intrapsychiques) aurait un retentissement moindre comparé aux autres facettes du trouble schizophrénique. D'après ces chercheurs, les symptômes de désorganisation psychique, émotionnelle ou comportementale sont associés aux

conséquences les plus significatives dans le fonctionnement social et interpersonnel de l'individu. Concernant les symptômes négatifs (avolition, apathie, anhédonie, alogie, émoussement affectif...), ils sont associés à un retentissement majeur dans la désinsertion professionnelle.

En outre, nous pouvons évoquer les altérations des fonctions cognitives qui sont communes aux troubles de l'humeur et aux troubles psychotiques chroniques. En effet, ces déficits cognitifs, qui touchent les fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives, sont à risque de restreindre les activités quotidiennes et la participation aux habitudes de vie des intéressés. Les fonctions supérieures de métacognition et de théorie de l'esprit sont également impactées et provoquent une dégradation des compétences sociales à cause des erreurs d'attribution d'intention, qui favorisent à leur tour, l'apparition d'idées délirantes, de méfiance pathologique et de retrait social (188). Ces troubles cognitifs résiduels précédemment cités, constituent un facteur de risque de rechute et risquent d'entraîner un handicap psychique à part entière, s'ils ne sont pas pris en soin.

Nous pouvons aborder ici la notion *d'insight*, qui est traditionnellement définie comme suit : « l'insight, ou la conscience des troubles, est un concept multidimensionnel qui évoque la présence d'une conscience ou d'une capacité à porter des jugements sur une série d'expériences liées à la schizophrénie. Avoir de l'insight peut signifier avoir le sentiment que certaines pensées, sentiments et expériences sensorielles sont liés à la schizophrénie, que la schizophrénie a eu des conséquences indésirables et qu'il existe des traitements ou un soutien qui pourraient améliorer les symptômes » (190). La conscience des troubles est un objectif thérapeutique qui conditionne fréquemment la sortie définitive d'hospitalisation, car il est établi qu'un bon niveau d'insight est corrélé à une meilleure adhérence et observance thérapeutique. En effet, il a été prouvé qu'un bon insight est associé à une réduction de la durée moyenne de séjour, du taux de rechute et de celui de réadmission en hospitalisation (191) ; mais aussi à de meilleures capacités cognitives, notamment de théorie de l'esprit, sous-tendant de meilleures compétences sociales (192). En revanche, la notion d'insight n'est pas toujours associée à des résultats positifs en termes de rétablissement. Par exemple, l'acceptation des expériences associées à la schizophrénie risque de conduire à l'identification à un groupe social marginalisé et stigmatisé, réduisant les attentes personnelles en termes de réussite sociale et d'épanouissement personnel (192).

2. Déterminants sociaux et environnementaux

Au niveau du retentissement social de ces troubles, celui-ci peut être direct ou indirect. De manière directe, il peut se manifester par un isolement socio-affectif, un étayage amical et/ou familial faible, une inactivité professionnelle, une précarité socio-économique et une limitation des activités pourvoyeuses de plaisir. De manière indirecte, en revanche, les représentations négatives des troubles psychiatriques dans la société peuvent entraîner une stigmatisation des individus, qui ne fait que renforcer leur marginalisation voire leur exclusion sociale (188).

Nous pouvons nous attarder ici sur la notion de stigmatisme et d'auto-stigmatisation en psychiatrie.

De nombreuses définitions de la stigmatisation ont été données dans la littérature scientifique, cependant, elles étaient souvent floues ou imprécises. Dans cette

optique, Link et collègues ont proposé la leur, qui se veut plus synthétique (190). Ils ont repris la définition initiale fournie par E. Goffman en 1963 dans son livre Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity : « le stigmaté est un attribut profondément discréditant » ; et l'ont complétée comme suit : « qui existe lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypage, de séparation, de perte de statut et de discrimination se produisent ensemble, dans une situation de pouvoir qui leur permet de s'exprimer ». Ce qui souligne bien que le stigmaté est un attribut négatif qui est attribué à un groupe d'individus, par un autre groupe, lui-même détenteur d'un pouvoir politique et social supérieur.

Dans la même étude (190), Link et ses collègues ont identifié trois types de stigmatisation :

- La stigmatisation intériorisée, qui est la plus étudiée, qui se définit par une intériorisation subjective des expériences et des perceptions négatives des patients eux-mêmes, conduisant à la transformation de l'identité et à l'endossement des stéréotypes.
- La stigmatisation perçue est l'expérience subjective des patients d'être stigmatisés par d'autres organismes, qui est dû à l'adoption des traits discriminatoires profondément enracinés dans le processus de la maladie.
- La stigmatisation structurelle, moins étudiée, fait référence aux politiques et pratiques institutionnelles qui créent des inégalités et limitent les opportunités des personnes atteintes de maladie mentale.

Des études complémentaires ont montré que la stigmatisation intériorisée apparaissait relativement tôt dans l'histoire naturelle des pathologies psychiatriques (146) et qu'elle était plus élevée chez les individus de statut social économique faible ou ayant déclaré une pathologie psychiatrique à un âge jeune. De plus, la stigmatisation intériorisée est associée à une durée de rémission plus longue et la présence de symptômes résiduels (193).

Le problème majeur lorsqu'on parle de stigmatisation en santé mentale – et particulièrement en ce qui concerne la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de manière chronique – : c'est l'auto-stigmatisation. Nous avons vu précédemment qu'une forme de stigmatisation se développe précocement (stigmatisation intériorisée) et qu'une autre forme apparaît lorsque l'individu s'en rend compte (stigmatisation perçue). Toutefois, les personnes atteintes de pathologie mentale chronique sont particulièrement susceptibles de s'auto-stigmatiser, c'est-à-dire de percevoir à l'excès une stigmatisation sociale ou bien d'être plus enclins à intérioriser certains jugements négatifs de la société que de raison. Ainsi, ces personnes auront tendance à s'isoler, à avoir une faible EDS et à faire preuve d'un défaut d'accès aux soins par auto-exclusion (152). Ces aspects sont identifiés comme des facteurs de mauvais pronostic en termes de réhabilitation.

Quel peut être le lien entre handicap psychique et réhabilitation en psychiatrie ? Il s'avère que la réhabilitation n'a pas seulement vocation à prendre en charge le handicap psychique, en ceci qu'elle a pour rôle de prévenir l'installation durable de celui-ci, en prenant justement en charge les facteurs déterminants précédemment exposés (188).

7.3. La réhabilitation en psychiatrie

Le terme réhabilitation ou réadaptation est utilisé dans de nombreux domaines. Que l'on parle de réhabilitation en matière de santé, dans le domaine sportif, écologique, de réhabilitation urbaine, judiciaire, militaire ou encore religieuse ; la réadaptation évoque constamment : « une intervention après-coup, faisant suite à un préjudice (suspension, carences apparues après un traumatisme, dégradation, destitution, manquement. . .) ayant entraîné des dégâts. »

Dans le domaine de la santé, l'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement » (194). La réhabilitation est structurée en une phase d'évaluation initiale, suivie d'une phase de prise en charge thérapeutique et qui se termine par une réinsertion socioprofessionnelle (188).

Le terme *réhabilitation psychosociale* (RPS) implique une dimension psychologique et sociale de prise en charge. Par conséquent, nous allons développer deux axes majeurs de la RPS que sont la remédiation cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales (*social skills training* ou SST) ; complétés par d'autres types d'intervention également utilisés en réhabilitation. Cet inventaire a été effectué sur la base des résultats d'une revue de littérature de 2020, qui s'est proposée de répertorier les interventions et de les confronter aux recommandations actuelles, dans le cadre de la schizophrénie (195).

7.3.1. Entraînement aux habiletés sociales

Il ne peut y avoir de RPS sans entraînement aux habiletés sociales (SST). En effet, il existe un rationnel scientifique important justifiant la proposition de ce type de pratique aux personnes atteintes de schizophrénie, en ce sens que des habiletés sociales opérantes sont considérées comme des facteurs protecteurs, selon le modèle de la vulnérabilité au stress de la schizophrénie (196). Nous allons donc explorer cette facette fondamentale de la réhabilitation au travers d'une revue de littérature, réunissant les principales caractéristiques de la SST, dans la schizophrénie (197).

Selon ces auteurs, les habiletés sociales représentent les « comportements constitutifs qui, lorsqu'ils sont combinés en séquences appropriées et utilisés avec les autres de manière adéquate et dans des contextes appropriés, permettent à un individu de connaître le succès dans la vie quotidienne, reflet de la compétence sociale ». Ainsi, la SST se conçoit comme une méthode d'enseignement fondée sur des principes de la thérapie cognitive et comportementale (TCC), permettant aux individus d'exprimer leur émotions et de satisfaire leurs besoins relationnels, en société. Les techniques utilisées reposent principalement sur l'affirmation de soi et sur des techniques d'apprentissage classiques (conditionnement opérant ou apprentissage vicariant). Toutefois, certaines techniques plus spécifiques sont également utilisées telles que l'entraînement des capacités attentionnelles afin d'améliorer les compétences conversationnelles (198) ; ou encore la méthode de l'apprentissage sans erreur, qui est une méthode consistant à décomposer des tâches complexes en éléments simples et à les travailler de manière séquentielle (199).

Pour finir, il semble que l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales soit optimale lorsque ce dernier est potentialisé par des techniques de remédiation cognitives (200).

7.3.2. Remédiation cognitive

Selon une méta-analyse de 2021 (201), la remédiation cognitive dans la prise en charge des troubles schizophréniques a été définie par le Cognitive Remediation Experts Workshop en 2010 comme « une intervention d'entraînement comportemental visant à cibler les déficits cognitifs (attention, mémoire, fonction exécutive, cognition sociale ou métacognition), utilisant des principes scientifiques d'apprentissage, avec pour objectif ultime d'améliorer les résultats fonctionnels » (202). D'après cette étude, l'effet thérapeutique de la remédiation cognitive a été prouvé et a été mesuré comme faible à modéré sur les symptômes cognitifs et fonctionnels. En 2020, un consensus d'expert a statué sur les quatre points clés de la remédiation cognitive (203), à savoir :

- Intervention structurée qui inclut des exercices et des techniques spécifiques telles qu'une psychoéducation et une analyse fonctionnelle, la prescription d'exercices cognitifs de difficultés croissante au domicile, des outils de résolution de problème, un entraînement à la métacognition.
- Présence d'un thérapeute formé à l'approche de remédiation cognitive
- Pratique répétée : les exercices doivent être répétés régulièrement, avec un engagement complet de l'individu, sans distraction
- Transfert des compétences : la finalité des techniques enseignées est leur transposition à la vie quotidienne, afin d'améliorer le fonctionnement de l'individu.

Ce travail de remédiation cognitive fait souvent intervenir des techniques de psychothérapie cognitive, comportementale et émotionnelle (TCCE). Lecomte et Servant dans leur ouvrage Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches ont résumé l'approche TCCE dans les troubles psychotiques stabilisés (60). En plus des techniques plus traditionnelles de thérapies familiales, d'entraînement aux compétences sociales ou de remédiation cognitive ; la prise en charge des troubles psychotiques stabilisés consiste en la normalisation de l'expérience psychotique. Ce type de psychoéducation vise à lutter contre la stigmatisation sociétale, en rappelant à l'utilisateur que les expériences hallucinatoires sont relativement fréquentes en population générale et qu'elles peuvent être provoquées par de nombreux facteurs (privation de sommeil ou sensorielle, trouble de stress post-traumatique, anxiété, état de transe... Une des techniques utilisée est la *thérapie cognitive des hallucinations acoustico-verbales*. Selon ces auteurs, cette technique spécifique vise « plus à aider le patient à réagir de façon adaptée à ses voix (en espérant que cela améliore les relations sociales du patient et son rétablissement), que la disparition des symptômes ». Elle propose à la personne souffrant de troubles psychotiques stabilisés de nombreux outils tels que les techniques de pleine conscience, l'établissement de stratégies d'adaptation (coping card, distraction, prise de "si besoins"...), des expériences comportementales (exposition avec prévention de la réponse aux contenus des voix, par exemple), un agenda des voix, la participation à un *groupe d'entendeurs de voix* etc... Au vu de

ces éléments, nous sommes donc purement dans une démarche de réhabilitation psychosociale.

Nous mesurons ici comment un musée pourrait représenter un lieu idéal de transfert des compétences acquises lors des séances de remédiation cognitive (attention, analyse, relations sociales, reconnaissance des émotions, SST etc). Nous verrons d'ailleurs dans la prochaine partie la place qu'occupe l'art dans le parcours de réhabilitation.

7.3.3. Art-thérapie

L'art-thérapie comprend, entre autres, les arts visuels (dessin, peinture, cinéma...), le modelage, la musique, le théâtre ou encore l'écriture (cf partie 6.5.3). Selon une revue de littérature de 2019 (159), l'art visuel a été relié à une amélioration de l'EDS, de l'expression de soi, de la conscience de soi et de la détresse émotionnelle chez des individus atteints de troubles psychotiques. Dans cette même étude, le modelage à l'argile a montré un intérêt dans le trouble dépressif avec une réduction des symptômes dépressifs et une amélioration du fonctionnement de la vie quotidienne, au bout de trois semaines. En ce qui concerne la musicothérapie, qu'elle soit active (participation musicale) ou réceptive (écoute), elle a montré des effets bénéfiques dans la schizophrénie, la dépression et les troubles anxieux. Pour ce qui est de la danse, les études montrent une amélioration de la fonction cognitive, de la qualité de vie et des capacités physiques chez les patients atteints de schizophrénie. En outre, la thérapie par le théâtre a montré une efficacité dans la réduction des symptômes négatifs et dans l'expression des émotions chez les individus atteints de schizophrénie. Enfin, l'écriture créative permettrait de stimuler les fonctions cognitives, de réduire les symptômes dépressifs et post-traumatiques (159).

Afin de mieux comprendre en quoi une pratique comme l'art-thérapie peut améliorer les symptômes des maladies mentales, nous pouvons nous attarder sur le modèle *Corps-Esprit*. D'après ce modèle, le corps et l'esprit ne sont pas deux entités séparées, en effet, les pensées et les émotions sont intégrées aux expériences sensorielles et motrices, et inversement. Ainsi, selon le modèle Corps-Esprit, les maladies mentales sont décrites comme une déconnexion entre le corps et l'esprit, au gré des symptômes et des traumatismes vécus. L'art-thérapie est alors un bon moyen de reconnecter ces deux entités autrefois liées, par le biais d'expériences tactiles, afin de produire une imagerie émotionnelle, qui permet de relier les stimuli aux souvenirs émotionnels passés (204).

Il existe également des bases neurobiologiques à l'effet bénéfique de l'art-thérapie sur les symptômes des troubles mentaux. En effet, une étude de 2018 suggère que le gyrus temporal moyen droit joue un rôle clé dans le traitement des émotions et des informations sensorielles, et que l'intervention musicale pourrait améliorer sa connectivité fonctionnelle, notamment avec l'insula et le gyrus sensorimoteur. Entre autres hypothèses, l'étude a montré qu'il existait un lien direct entre la modulation de ces régions cérébrales et la régression des symptômes de la schizophrénie (205).

7.3.4. Education thérapeutique du patient (ETP) et psychoéducation

Il est communément admis que l'acquisition par le patient de connaissances et compétences en lien avec sa pathologie a des conséquences positives sur l'évolution de sa maladie, sur sa santé globale et sur sa qualité de vie. On comprend ici la place que peut occuper l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la psychoéducation. Nous allons revenir sur la définition de ces deux termes.

L'ETP a été défini par l'OMS en 1988 par : « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Puis, les pouvoirs publics s'impliquent dans la promotion de l'ETP. D'abord la Direction Générale de la Santé en 2001, puis la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, qui publie des documents visant à encadrer la pratique de l'ETP. En 2009, l'ETP est juridiquement définie en France dans le Code de Santé Publique (CSP) (art. L.1161-1 à L.1161-4). Ainsi, elle n'est plus seulement une bonne pratique, elle est reconnue comme une composante essentielle et indissociable du suivi clinique. Le CSP prévoit une proposition initiale d'ETP au moment du diagnostic, et ce, par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient. En cas de refus initial ou d'évolution de la maladie, cette proposition pourra être renouvelée.

En pratique, l'HAS a publié un guide méthodologique de l'ETP sous le titre de : *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge des maladies chroniques* ainsi que trois fiches pratiques afin de guider sa réalisation dans les structures de soins (206–209).

Globalement, sa réalisation consiste en un cycle de 4 étapes : le *diagnostic éducatif*, le *programme individualisé*, la *mise en œuvre* et l'*évaluation des progrès*. La première étape de diagnostic éducatif permet de jauger la connaissance du patient sur sa pathologie, d'identifier ses besoins et attentes et de formuler les objectifs d'apprentissage. Ceci fait, la deuxième étape vise à établir un programme individualisé en se basant sur le programme structuré d'ETP de sa pathologie s'il existe, en le négociant et en résumant ses objectifs. Ensuite, c'est la mise en œuvre selon le programme arrêté, avec la planification de séances individuelles comme collectives. La dernière étape permet de faire le point avec le patient sur ses progrès et d'évaluer les compétences acquises en vue de proposer un nouveau cycle d'ETP si nécessaire (210).

En ce qui concerne la psychoéducation, une revue de littérature de 2015, a proposé une définition. La psychoéducation est « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique, qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Il s'agit d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de

l'identité, une appropriation du pouvoir (empowerment : cf partie 7.1.3) et une modification des attitudes et des comportements » (211).

Cette revue retrace également son histoire. Le terme psychoéducation peut être rattaché au concept de "traitement moral" selon Pinel, qui encourage la prise en charge des aliénés par le dialogue et l'éducation, plutôt que par des mesures physiques ou chimiques coercitives. Il apparaît pour la première fois dans la littérature scientifique en 1970, pour désigner un programme psychoéducatif individualisé dans le cadre de la prise en charge de troubles des apprentissages en pédopsychiatrie. Ce n'est qu'en 1980 qu'il est utilisé dans son sens actuel et qui concerne un partage d'informations avec les familles des patients, autour d'une reconnaissance de la schizophrénie (211).

L'article précédemment cité traite également de l'efficacité de la psycho-éducation. Selon les auteurs, la psychoéducation est un traitement basé sur des preuves scientifiques. En plus de la schizophrénie, elle a prouvé son intérêt dans les troubles du comportement alimentaire, le trouble bipolaire, le trouble panique et le trouble de stress post-traumatique. Dès la fin des années 1980, la littérature scientifique a démontré les bénéfices de la psychoéducation, à savoir : une diminution des rechutes et des ré-hospitalisations, une augmentation de l'empowerment, la reconstruction de l'identité, la conscience des troubles et la possibilité d'échanger avec des pairs (211).

Toutefois, dans les années 2000, la psychoéducation a été critiquée car considérée comme "réductionniste" dans le sens où cette pratique était considérée comme une prise de pouvoir du médecin et/ou des industries pharmaceutiques pour transmettre une certaine vision de la maladie mentale dans la société. Ceci rejoint d'ailleurs le concept de stigma, qui sera développé plus loin. De manière plus moderne, on peut dire que la psychoéducation complète la notion d'information médicale délivrée de manière claire, loyale et adaptée ainsi qu'au concept de consentement libre et éclairé du patient (211).

Pour résumer, la psychoéducation a montré ses preuves dans la prise en charge au long cours des maladies psychiatriques chroniques. Bien qu'elle ne possède pas de cadre législatif, à l'instar de l'ETP, son intégration dans les programmes de soin est donc recommandée par la HAS.

7.3.5. Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Comme nous l'avons vu précédemment, un processus de désinstitutionnalisation de la psychiatrie a gagné le territoire français, à partir des années 1970. Cela a provoqué une réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques en vue d'une prise en charge ambulatoire des patients. Le développement des soins psychiatriques "extra muros" a été un enjeu important de santé publique notamment au début des années 2000. En effet, la conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale en 2005 témoignait de l'insuffisance des dispositifs de soins disponibles pour répondre à la demande (212). Progressivement, les pouvoirs publics ont permis un financement accru pour les équipes de terrain spécialisées en dehors des institutions, sous le nom d'EMPP. La circulaire du 23 novembre 2005 (213) a généralisé les EMPP sur le territoire français et en a donné les missions, à savoir :

- Aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire
- Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité

Cette circulaire précise également que les EMPP sont coordonnées par un médecin psychiatre.

Une revue de littérature récente ajoute que les EMPP sont motivés par une logique de dé-stigmatisation et de proximité avec la personne concernée et son environnement comme son entourage. De plus, elles sont considérées comme une alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie et elles jouent un rôle crucial dans la prévention des décompensations psychiatriques et de maintien de la stabilité chez les individus atteints de maladie psychiatrique chronique. Cette même revue a exposé l'efficacité prouvée des EMPP sur la durée d'hospitalisation ainsi que les taux d'admission ou de réadmission. Enfin, elle a également orienté les pistes de recherche vers d'autres indicateurs d'efficacité que sont l'impact clinique sur les symptômes, le fonctionnement des patients et leur qualité de vie (212).

Par conséquent, les équipes mobiles participent activement à la RPS en accompagnant l'utilisateur jusqu'à son lieu de vie, lui permettant ainsi de sortir hors des murs de l'hôpital en contribuant à sa normalisation aux yeux de la société.

7.3.6. La Pair-aidance

Dans le contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie précédemment évoqué, la pair-aidance a émergé comme une nécessité de rétablir le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'une pathologie chronique. Nous nous sommes appuyés sur une revue de littérature de 2018 (214), afin de retracer l'historique de la pair-aidance, d'en définir ses objectifs, de faire l'état des lieux des programmes de pair-aidance rémunérés en France ; pour enfin faire le lien avec la réhabilitation psychosociale.

Selon cet article, la pair-aidance est une pratique se définissant comme suit : « une personne souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux soutient le processus de rétablissement d'autres présentant des troubles équivalents [...] dans le cadre d'une relation de mentorat structurée ». Ses objectifs y sont définis ainsi :

- Renforcer l'empowerment et autonomisation de l'utilisateur
- Améliorer le fonctionnement social de l'utilisateur
- Favoriser une alliance thérapeutique plus empathique
- Réduire la stigmatisation et l'auto-stigmatisation
- Instiller de l'espoir
- Conseiller au quotidien

Nous mesurons d'ailleurs à quel point ces objectifs peuvent avoir une influence positive sur l'estime de soi.

Bien que ses origines remontent à la naissance de la psychiatrie moderne, la pair-aidance a connu une croissance lente en Europe. À partir des années 1980, au gré des mouvements d'usagers, notamment dans le cadre du sida ; une forme de pair-aidance informelle, non structurée et bénévole a vu le jour. Elle s'est propagée aux Etats-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada puis au Royaume-Uni ; avant d'arriver en France. Sur le territoire français, actuellement, de nombreux programmes et initiatives sont issus de ce mouvement, notamment le programme *Un chez-soi d'abord*, qui est un dispositif médicosocial qui permet à des personnes souffrant de troubles psychiques sévères d'accéder rapidement à un logement, sans obligations de soins, avec l'accompagnement de pair-aidants. Un autre exemple de programme est *Sauvegarde 56*, qui est un projet proposant des accompagnements de proximité, mené par des pairs aidants pour rompre l'isolement des personnes en souffrance psychique. Enfin, un programme national intitulé *Médiateurs de santé pairs* a vu le jour en 2015, qui permet aux pair-aidants d'accéder à une formation diplômante niveau Licence, qui leur permettra d'intégrer des équipes hospitalières ou de services sociaux, avec une rémunération équivalente à celles des autres professionnels .

L'efficacité thérapeutique de la pair-aidance a été démontrée par de nombreuses études comparatives randomisées, comme étant équivalente à celle des équipes professionnelles usuelles en matière d'amélioration clinique et de la qualité de vie (215). En outre, la pair-aidance a montré une capacité à faire diminuer le nombre de réadmissions et le temps de séjour en hôpital psychiatrique (215) et une plus grande possibilité d'atteindre des personnes inaccessibles à l'offre de soin (216).

Ainsi, la pratique de la pair-aidance lève le voile sur un nouveau modèle de rétablissement, dans lequel l'accent est mis sur l'espoir et sur un relai possible vers la vie communautaire, médiée par le pair-aidant. Et pourquoi pas au musée ?

8. Le cas particulier de la muséothérapie

8.1. Histoire de la muséothérapie

Tout commence en 1944, au Royaume-Uni, lorsque le peintre Adrian Hill fonde une pratique thérapeutique novatrice qui correspondra plus tard à l'art-thérapie. Pour la première fois, en cette période d'après-guerre, on considère que la contemplation et la production des arts pourraient favoriser le rétablissement des maladies et le maintien de l'état de bonne santé. Il y a, à cette époque, une véritable institutionnalisation de l'art-thérapie, avec une première expérimentation de la muséothérapie dans les années 1980-1990.

Cet engouement britannique vers les arts thérapeutiques peut s'expliquer notamment par le fait que la couverture santé au Royaume-Uni n'est pas aussi

importante que celle de leurs homologues européens et, de ce fait, par un besoin d'explorer d'autres champs thérapeutiques alternatifs à la médecine traditionnelle. Ensuite, ce mouvement gagne le Canada et les Etats-Unis qui intègrent à leur tour des œuvres d'art dans leurs établissements sanitaires. Ainsi, dans les années 1990, de nombreux champs de recherche alliant musées et santé se développent dans le monde anglo-saxon ; parmi elles, nous pouvons citer *Art in Health*, *Arts in Healthcare* et *Health in Museum*.

Ce dernier champ *Health in Museum* a été théorisé en 2013 dans l'ouvrage Museums, health and well-being par Chatterjee et Noble (217) et est le point de départ de la conceptualisation de la muséothérapie.

De 2007 à 2014, le musée d'Art Moderne de New York (MoMA) ouvre ses portes aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs aidants, dans le cadre du programme *Meet Me : The MoMa Alzheimer's Project*. Il s'agit du premier programme de ce type, qui est évalué et validé au niveau sanitaire et qui connaît un rayonnement mondial.

En s'inspirant du modèle américain, les musées et établissements de santé du monde entier s'allient pour promouvoir le bien-être d'individus atteints de diverses pathologies telles que les pathologies démentiennes dont la maladie d'Alzheimer (218–221), les douleurs chroniques (222), le trouble de stress psychotraumatique (223), l'infarctus du myocarde (224), les cancers et les pathologies mentales (225)... En France, en revanche, ce type de programme a peiné à voir le jour. Ce retard pourrait s'expliquer par une vision psychopathologique de l'art en France qui a dominé, sur la deuxième partie du XX^{ème} siècle. En effet, au lieu de considérer les bienfaits thérapeutiques que peut procurer l'art aux patients, les professionnels de santé ont plutôt mis l'accent sur la valeur artistique voire psychopathologique des œuvres réalisées par les patients eux-mêmes, qu'ils associent à l'art brut (226). À partir des années 2010, de nombreux établissements culturels français ont diffusé cette initiative nord-américaine. Nous pouvons citer de manière non exhaustive : le musée de la Musique de Paris et son programme "Au rythme du souvenir" inspiré de "Meet Me" du MoMA, ou bien le Palais des Beaux-Arts de Lille qui a accueilli des enfants autistes ; ou encore, à Bordeaux, le musée d'Art Contemporain et le musée d'Aquitaine qui ont utilisé leurs collections afin de venir en aide aux patients hospitalisés, notamment en addictologie (226).

8.2. Définition de la muséothérapie

Le terme "muséothérapie" a été formulé pour la première fois en 2016, par Nathalie Bondil, directrice du musée des Beaux-Arts de Montréal, lors de l'inauguration d'un nouveau pavillon.

Étymologiquement, il est composé de deux mots, à savoir musée et thérapie. *Musée* provient du latin *Museum*, lui-même dérivé du grec ancien *Mouseion*, en référence au temple des muses, qui est une académie savante formée par Ptolémée à Alexandrie. Pour une définition du mot musée, nous pouvons citer celle de l'International Council Of Museums (ICOM) de 2017 : « Le musée est une institution permanente sans but lucratif, au service de la société et de son développement, ouverte au public, qui acquiert, conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité et de son environnement à des fins d'études, d'éducation et de délectation » (227). Quant au mot *thérapie*, il dérive du grec

Therapeia signifiant « entretien, traitement », « soin du corps, soins médicaux, traitements », « préparation d'un remède ». Le dictionnaire en ligne Le Robert donne la définition suivante : « Ensemble de procédés concernant un traitement déterminé », « soin, cure ». Ainsi, la muséothérapie pourrait être conceptualisée comme un traitement prescrit avec un objectif médical précis, dans le but de réduire des symptômes en vue d'un rétablissement ou de favoriser le maintien de ce rétablissement et qui fait intervenir une collaboration avec une institution muséale. Une définition formelle de la muséothérapie a été proposée en 2020 par l'Office québécois de la langue française : il s'agit d'une « Méthode thérapeutique individuelle ou collective qui consiste en l'exploitation de l'environnement muséal à des fins de bien-être physique, psychologique et social ». S'ajoute à cette définition que : « plus concrètement, il peut s'agir de la contemplation des œuvres d'art, de la création artistique en atelier ou de visites guidées en compagnie de médiateurs culturels. »

8.3. L'espace muséal

Au cours des dernières décennies, on relève de plus en plus de preuves que l'environnement occupe une place importante dans le développement des maladies mentales. Leslie Labbé, dans son mémoire de recherche en muséologie (228), considère le musée comme un espace thérapeutique, un lieu de thérapie sociale et un lieu d'artefacts. Nous nous proposons de reprendre les thèmes principaux de sa pensée et de les étayer d'articles scientifiques pertinents.

8.3.1. Le musée, un espace thérapeutique

Selon Labbé, le musée peut être décrit comme un espace thérapeutique en ce sens qu'il permet de sortir de l'espace de soin et de son milieu de vie habituel. Il est ici question de l'importance de l'environnement et son impact sur l'évolution des maladies mentales. En ce qui concerne la schizophrénie, les dernières décennies ont été marquées par un changement de paradigme. En effet, Jim van Os et al, dans une revue de littérature datant de 1998, posent les bases d'une déconstruction de la vision classique que l'on se faisait de la maladie (229). Selon ces auteurs, le développement de la schizophrénie ne résulte pas uniquement d'une hérédité génétique, mais aussi d'une interaction complexe entre prédispositions génétiques et facteurs environnementaux, appelée *écogénétique*. Ils ont mis en évidence des interactions gène-environnement selon lesquelles certains individus génétiquement prédisposés sont plus sensibles à certains facteurs de stress environnementaux (psychotraumatismes, infections virales périnatales, complications obstétricales et exposition à des toxiques comme le cannabis). De plus, ils décrivent une corrélation entre gène et environnement qui suggère que les individus ayant une vulnérabilité génétique peuvent, non seulement, être plus sensibles aux facteurs environnementaux stressants, mais également plus susceptibles de s'y exposer. Au fur et à mesure de ses recherches, Jim van Os confirme son hypothèse écogénétique en identifiant, par exemple, la vie urbaine comme un facteur de risque environnemental de développer un trouble schizophrénique, comparé à la ruralité (230).

En tenant compte de ces études, il est permis de penser que l'environnement peut jouer un rôle tout aussi important dans le maintien et la rémission d'un trouble

schizophrénique, que dans son développement. Ainsi, à travers un prisme écogénétique : peut-on considérer le musée comme un lieu protecteur et facilitateur du rétablissement de la maladie psychiatrique chronique ? Nous allons tenter d'avancer des arguments allant dans ce sens.

En ce qui concerne la prescription muséale à destination des personnes âgées (PA) saines ou atteintes de vieillissement pathologique, le musée a été décrit comme un « espace sûr pour célébrer l'unicité et les différences », propice à l'épanouissement personnel, à la croissance spirituelle et artistique et à la préservation des liens sociaux (218). Dans la même étude, il est fait mention que le musée réunit les conditions nécessaires pour une *thérapie de réminiscence*, qui permet aux PA de remobiliser leurs souvenirs, de renforcer leur identité et le sens de leur vie. Le concept de *sens de la vie* est important en rétablissement car il est souvent altéré. Il a été défini comme suit par Reker et Wong en 1988 : il s'agit de « la conscience d'un ordre, d'une cohérence et d'un but dans son existence, la poursuite et la réalisation d'objectifs valables et un sentiment d'accomplissement qui l'accompagne ». En outre, pouvons-nous citer une étude qualitative de 2016, portant sur les effets de la visite des galeries d'art sur les personnes atteintes de démences et leurs aidants (231). Dans cet article, il est décrit que les PA ont ressenti un sentiment de normalité, d'égalité et d'appartenance à un groupe : ils avaient l'impression d'être un utilisateur ordinaire d'un lieu communautaire et étaient perçues comme telles par leurs aidants et le personnel du musée. En outre, ces personnes ont verbalisé avoir apprécié se tenir dans un endroit « spécial et apprécié » et « tellement différent » de leurs activités et lieux habituels de vie. Ces aspects sont connus sous le nom de *museum effect*, tel que conceptualisé par Smith en 2014.

Un autre point de vue que soulève Leslie Labbé dans son mémoire est celui de *salutogenèse* (228). Il s'agit d'une théorie élaborée en 1979 par Antonovsky, un sociologue israélo-américain, qui considère que l'état de santé d'une personne n'est pas dichotomique (soit malade, soit sain), mais plutôt inscrit sur un continuum oscillant entre la bonne santé et la maladie. Pour lui, l'état de santé d'une personne est constamment soumis à des *facteurs de stress* auxquels elle succombe ou non. Si celle-ci se soumet à ces facteurs, elle déplace son curseur dans une direction *pathogénique* (vers l'état de mauvaise santé) sur son continuum santé-maladie. A l'inverse, si elle les surmonte, alors elle évolue dans une direction *salutogénique*. Forts de ce nouveau paradigme, des architectes tels que Jan Golembiewski se mettent à penser une nouvelle architecture pour les structures de soins psychiatriques (232), dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Intelligibilité : « Il s'agit notamment de prêter attention à la texture et à la matérialité, de contrôler la taille des espaces et le nombre de patients et d'exprimer les caractéristiques de l'environnement d'une manière normale. »
- Capacité de contrôle : « la possibilité pour les patients d'exercer un contrôle sur l'environnement, des détails tels que l'ouverture des fenêtres et la mise à disposition d'AVQ [Activités de la vie quotidienne] et d'installations sportives. »
- Signification : « enrichir l'environnement par la complexité, l'ordre et des considérations esthétiques, tout en offrant de bons espaces aux visiteurs, aux objets personnels spéciaux et éventuellement aux animaux de compagnie »

Ainsi, Labbé fait le postulat que l'environnement muséal pourrait profiter aux visiteurs de par son architecture particulière, qui pourrait répondre à des processus

salutogéniques, propices à la restauration d'un état de santé plus sain. Elle extrapole sa pensée en avançant qu'il pourrait être intéressant d'appliquer ce type d'architecture à une exposition et de la « scénographier [...] de manière à ce qu'elle soit la plus salubre possible. » (228)

Dans un autre paragraphe, Labbé propose que l'espace du musée puisse plonger le visiteur dans un climat de contemplation. Contemplation des œuvres bien sûr, mais également de soi-même, telle une expérience introspective et méditative. Cette thèse est appuyée par des études qui attribuent aux musées un *environnement réparateur* (233). Selon Kaplan et ses collègues, les musées sont capables d'améliorer la santé mentale en créant "un sentiment de paix et de calme qui permet aux personnes de retrouver leur efficacité cognitive et émotionnelle". Kaplan ajoute que les lieux culturels ont la propriété de restaurer des capacités attentionnelles défaillantes, conformément à sa *théorie de la restauration attentionnelle* (*Attention restoration theory* ou ART) (234). L'environnement restaurateur combiné à l'ART permet de définir les propriétés suivantes, inhérentes aux musées :

- Fascination des visiteurs, en raison des trésors extraordinaires qu'ils renferment
- Éloignement, les musées permettent de prendre de la distance avec sa vie quotidienne.
- Sentiment de cohérence : selon lequel un individu a confiance que les stimuli de son environnement seront structurés, prévisibles et explicables. (Antonovsky, 1987, traduction libre)
- Compatibilité, qui se réfère à la manière dont l'environnement soutient les intentions et objectifs des visiteurs

Parmi ces quatre dimensions, la fascination constitue l'élément clé à un environnement réparateur, permettant une restauration des capacités attentionnelles; indispensables à un travail d'introspection (234).

Nous avons donc vu dans cette partie que les musées, en tant que lieux, influencent de manière non négligeable la santé mentale de leurs visiteurs ; autant par l'intermédiaire de leur atmosphère que par leur architecture.

8.3.2. Musée et réhabilitation psycho-sociale

Nous retrouvons de plus en plus de preuves, dans la littérature scientifique internationale, que les programmes culturels peuvent réduire les symptômes psychiques et physiques négatifs et qu'ils sont déterminants pour la survie, le bien-être et la qualité de vie. Pour observer cet effet, cependant, il est nécessaire que les visiteurs soient engagés dans le programme et qu'ils puissent y accéder régulièrement (225). De plus, on attribue aux musées, un rôle d'inclusion sociale et de réduction des pratiques d'exclusion sociale au sein des communautés, tant leur environnement permet de questionner et ré-évaluer les comportements, les attitudes et les croyances.

Labbé considère le musée comme une "bulle de société" (228). Elle défend l'idée que le musée soit à la fois inclus dans la société et à la fois différent des lieux quotidiens, comme s'il était un troisième lieu informel, à mi-chemin entre le monde intime de la personne et le monde extérieur. L'intemporelle beauté des œuvres et

l'espace protecteur du musée peut rappeler le visiteur à son vécu interne et personnel ; tandis que la présence forte des codes sociaux le confronteront certainement à ceux de la société, de manière plus large. En ce sens, le musée est perçu comme un *tiers-lieu* ou un *troisième lieu*, dans lequel il est possible de travailler sur les habiletés sociales, sans pour autant s'exposer à des lieux trop fréquentés ou soumis à des pressions sociales trop importantes. Nous allons tenter d'appuyer sa pensée à l'aide d'une recherche bibliographique.

1. L'engagement artistique : une porte d'entrée dans les soins ?

Si l'on reprend les résultats de l'étude évaluant les effets d'une visite de galerie d'art auprès de PA atteintes de démence et de leurs aidants (231), nous trouvons que les lieux culturels peuvent stimuler l'intellect des intéressés par la transmission de nouvelles connaissances, ne serait-ce que sur un court instant. Cette étude met également en lumière un sentiment de compétence ressenti par les participants ; bien que cela puisse être interprété comme une perte d'anciennes capacités ou comme un élément discriminatoire par rapport aux autres membres du groupe. Ainsi, les participants seraient en capacité de changer leurs perspectives sur leur pathologie, pour peu qu'ils démontrent un engagement de qualité. En outre, l'article met l'accent sur le bien-être ressenti également par les aidants, décrivant un sentiment de répit et un changement de perspective concernant leur proche malade. Pour en revenir au concept d'engagement artistique, celui-ci peut être actif ou créatif (création d'œuvres d'art sous toutes ses formes) ou bien passif, autrement dit réceptif (observer, écouter ou regarder des œuvres d'art, sous toutes leurs formes) (235). Dans le cadre de la santé mentale, il semble que la participation artistique active soit plus efficace pour améliorer la santé mentale et le bien-être que la contemplation passive d'œuvres d'art (236), bien que l'engagement passif ait pu être associé à une amélioration de l'humeur ainsi que du stress et de ses biomarqueurs (235).

Nous pourrions décrire des similitudes entre les PA et les personnes atteintes de maladie psychiatrique chronique. D'une part, le processus de vieillissement pathologique et, d'autre part, l'installation d'un handicap psychique, semblent entraîner sensiblement les mêmes problématiques, à savoir la dépression, la frustration, la régression, la perte de l'intellect, de la mémoire, de la parole, du bien-être social et/ou des capacités physiques. De plus, l'isolement social chez ces deux catégories de population découle de l'absence de relations intimes, de pertes multiples de proches, d'une communication réduite, d'une perte de fonction, d'un handicap physique ou psychique et de la séparation avec la famille. De même, la vie en institution peut sembler restreindre leur indépendance et leur identité personnelle en raison du manque de contrôle sur les règles, les procédures et les règlements (218). Ainsi, nous pouvons raisonnablement penser que les mêmes protocoles entraîneraient les mêmes conséquences chez ces deux types de population.

2. Un lieu de lutte contre l'exclusion et la stigmatisation

Dès la création du ministère des Affaires culturelles par André Malraux en 1959, on retrouve l'idée de lieux patrimoniaux accessibles à tous et de démocratisation de la culture auprès du peuple français (237). Bien que les musées puissent être parfois perçus comme des lieux intimidants ou réservés d'accès à des personnes cultivées

(238), ceux-ci prônent volontiers l'inclusion sociale, la réduction de l'isolement et la normalisation de chacune des personnes qui les visitent.

D'une part, les musées seraient moins stigmatisants que les établissements de soins en ceci qu'ils ne diagnostiquent ni ne traitent des problèmes de santé physique ou mentale. Même si les musées peuvent avoir une approche intersectorielle entre l'art et la santé ; leurs usagers seraient moins confrontés à une stigmatisation intériorisée que si ces derniers avaient consulté des professionnels de santé. D'autre part, de nombreux musées proposent des tarifs gratuits ou réduits pour un certain type de population, tels que les enfants, étudiants, les PA ou personnes en situation particulière. Cette pratique tend à favoriser l'accès aux lieux culturels et à encourager leur fréquentation régulière ; deux éléments indispensables pour l'engagement artistique (225).

En plus d'être accessibles, les musées fournissent un environnement inclusif, où il y règne une diversité de culture et de niveau social ; ainsi qu'une pluralité d'opinions (194,196,199,201,207,209). En ce sens, ils constituent un lieu renforçateur du capital de récupération relationnel, social et culturel (236).

L'espace muséal est également un endroit d'engagement social, un espace de coexistence, stimulant les interactions sociales entre spectateurs. Il lutte pour la cohésion sociale en opérant des changements de perception sur certains sujets de société, en remettant en question les stéréotypes et la pensée dominante (225).

Du point de vue personnel, l'exposition muséale permet de valoriser ses compétences et ses expériences (219,220,222). Elle renforce l'empathie et encourage l'expression personnelle à travers l'art (218).

Par ailleurs, nous pouvons citer le rôle préventif et éducatif des musées. En effet, ils jouent un rôle éducatif crucial en sensibilisant le public à des problèmes de santé tels que les pathologies mentales (218,233) ou démentielles (219–221), en réduisant la stigmatisation associée et en favorisant l'empathie, ce qui contribue à une meilleure inclusion des personnes concernées dans la société.

Enfin, les articles passés en revue tendent à décrire l'espace muséal comme un potentiel partenaire de santé publique. En effet, les personnes concernées peuvent bénéficier de soins équitables dans ce lieu (236) tout en conservant leur anonymat, puisqu'ils ne sont pas définis en tant que malades. De plus, la pratique muséale permet un suivi à long terme via la possibilité de réinscription aux programmes artistiques d'une semaine à l'autre (239).

Au total, ces arguments semblent pointer la possibilité d'une prescription médicale d'activité muséale, comme un traitement non médicamenteux, dans la prise en charge d'affections psychiatriques ou neurodégénératives.

8.3.3. L'objet muséal et les oeuvres d'art

À l'origine, les musées ont été conçus pour abriter des objets, ce n'est que plus tard qu'ils ont été ouverts au public. C'est pourquoi, l'objet de musée constitue véritablement la pierre angulaire du musée, de par son statut, sa valeur et sa matérialité (228). Selon Leslie Labbé, les objets revêtent des propriétés matérielles exceptionnelles dans le sens où ils possèdent une valeur intrinsèque inestimable doublée d'un statut d'objet de musée. Ce sont des symboles de culture, d'histoire et d'identité (228).

1. La matérialité de l'objet de musée à travers la pratique de l'*object handling*

La matérialité de l'objet passe également par sa manipulation ou *object handling* (cf partie 6.5.3). Il s'agit d'une intervention liée aux arts et au patrimoine, utilisant la manipulation d'objets de musée pour promouvoir le bien-être, stimuler la motivation et les capacités cognitives, d'aider à la gestion des émotions, d'éveiller la curiosité et la créativité, ou encore de convoquer souvenirs et significations personnels. La manipulation d'objet a particulièrement été explorée chez les personnes atteintes de pathologies démentielles (240–243). Dans ce contexte, la manipulation d'objets mobilise plusieurs facultés sensorielles et de communication, notamment la vue, le toucher et la parole. Par ce biais, la pratique de l'*object handling* permet un *encodage multiple* de l'information via une représentation verbale, visuelle et tactile de l'objet (240). En outre, de nombreuses recherches suggèrent que le toucher est "*le sens ultime*", tant il revêt une importance fondamentale dans le développement de l'individu au cours de sa vie et également parce que c'est le dernier sens à s'éteindre dans les âges avancés de la vie, en comparaison à la vue et à l'ouïe (241). Il est également précisé que la pratique de l'*object handling* montre une meilleure efficacité sur le bien-être que la simple contemplation d'objets, comme le montre, par exemple, une étude quantifiant l'effet de la manipulation d'objets sur le bien-être de femmes atteintes de cancer (243).

Au-delà de leur matérialité, ces objets sont en capacité de tisser des liens uniques avec les personnes qui les contemplent. À travers ce lien avec les artefacts de musée, le visiteur va pouvoir y reconnaître des morceaux de son identité, ressentir des émotions à leur contact, entrer en résonance avec eux et même être absorbé. Cette connexion particulière, décrite comme *lien intrinsèque* convertit l'objet de musée en un symbole de soi-même, de ses relations et de sa propre existence (228).

Au total, le lien que fait le visiteur avec la matérialité de l'objet peut être considéré comme une expérience de pleine-conscience active, dans laquelle la personne est invitée à l'introspection, tout en interagissant avec son environnement.

2. Le lien intrinsèque de l'artefact de musée à travers l'expérience esthétique

La littérature scientifique récente suggère que le fait qu'un objet soit présenté comme une œuvre d'art favorise un traitement dit "esthétique" de l'information. Ce mode de traitement aura pour effet de focaliser l'attention du visiteur, de manière sélective, sur l'objet concerné ; au détriment des autres objets environnant, des événements ou alors de ses préoccupations habituelles (235). Selon le modèle VIENNE (244), il est décrit que le spectateur, au cours du processus esthétique, rencontre plusieurs réactions successives, passant par la confusion initiale, par l'évaluation émotionnelle primaire, puis par des sentiments de satisfaction et de plénitude, jusqu'à parvenir finalement à l'état de flux, comme précédemment décrit (cf partie 6.5.3). En outre, l'expérience esthétique s'accompagne d'un état affectif associé, qui a, par exemple, était décrit comme oscillant entre deux polarités, que sont l'éveil et le plaisir. Ces qualificatifs représentent quatre états différents : stimulé (état d'éveil élevé et agréable), agacé (état d'éveil élevé et désagréable), décontracté (état d'éveil faible et agréable) et fatigué (état d'éveil faible et désagréable) (245).

3. Bases neurologiques de l'observation d'une oeuvre d'art

Plusieurs études se sont penchées sur les circuits neuronaux impliqués dans l'observation active et passive d'une œuvre d'art (235) ; ainsi que dans l'expérience esthétique d'un objet dans un contexte normal et anormal d'observation (246).

La première étude date de 2024 et utilise une imagerie spectroscopique dans le proche infrarouge (fNIRS). La fNIRS est une technique d'imagerie cérébrale non invasive, mesurant l'activité cérébrale en détectant les changements de concentration de l'oxygène dans les vaisseaux des aires cérébrales. Lorsqu'une région cérébrale s'active, elle va consommer de l'oxygène et produire des métabolites dans le sang que sont l'oxyhémoglobine et la désoxyhémoglobine. Ces métabolites sont analysés par un spectroscope et leurs quantités sont corrélées à la consommation d'oxygène des zones mesurées. Ainsi, il est possible de suivre l'activité cérébrale lors de la réalisation d'une activité.

L'étude consiste à demander aux participants équipés d'un dispositif fNIRS, de faire une analyse visuelle précise d'une peinture et d'en proposer une interprétation personnelle. Cette précédente tâche est ensuite comparée à une tâche de visualisation passive de la même peinture.

Les résultats montrent que l'activité cérébrale des participants diffère entre les deux types d'activités. Dans la tâche d'engagement actif (analyse, description et interprétation de la peinture), une activation plus forte du cortex préfrontal est repérée (notamment le cortex préfrontal ventrolatéral gauche (PFrvl)), par rapport à la tâche d'engagement passif (visualisation simple).

Cela signifie que l'engagement actif avec une œuvre d'art stimule des circuits neuronaux associés à la réflexion et l'analyse approfondie (soutenus par le cortex PFrvl), avec une activation des réseaux fronto-lobiques qui permettent une évaluation émotionnelle de l'œuvre. En revanche, l'engagement passif avec une œuvre montre une activation franche du cortex occipital, impliqué dans le traitement visuel de base et une réduction d'activité du cortex PFrvl.

Cette étude tend à prouver que l'engagement artistique actif permet une analyse réfléchie d'un objet de musée, avec une prise de distance par rapport au traitement visuel de base. Ce pont neuronal entre perception, réflexion et émotion offre des perspectives intéressantes en matière de RPS.

La deuxième étude date de 2008 (246) et utilise l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) afin de mesurer l'activité neuronale de participants à qui on présente des images inspirées de l'artiste surréaliste René Magritte. Il leur est demandé de leur faire une évaluation esthétique. Les images en question représentent soit des objets placés dans des contextes habituels, dits normaux (un livre sur une étagère par exemple), soit dans des contextes inattendus, anormaux (un livre dans une piscine).

Les résultats ont montré qu'indépendamment du contexte, le cortex orbitofrontal médial (OFm) et latéral droit (OFI) s'activaient. Or, le cortex orbitofrontal est impliqué dans le processus de décision. Respectivement, le cortex OFm est impliqué dans le jugement esthétique positif, tandis que le cortex OFI, est recruté dans le jugement esthétique négatif. Lorsqu'il s'agit d'images d'objets en contexte normal, on relevait une activation forte de régions impliquées dans la reconnaissance et à la mémoire contextuelle (gyrus parahippocampique et cortex occipital latéral). En revanche, les contextes anormaux sollicitent des régions liées à l'attention (jonction temporo-pariétale), au traitement des conflits (cortex préfrontal dorsolatéral) et à l'incongruence (cortex cingulaire antérieur).

Cette étude relève d'importantes perspectives sur la perception de la normalité, sur la discrimination des différences et sur le jugement social ; pouvant aboutir à la stigmatisation et l'exclusion sociale d'un individu.

4. Neurologie de l'art empathique

Il nous semble important d'évoquer les substrats neuronaux sous-jacents à l'empathie à travers l'art. S'agissant d'un thème très étudié en art-thérapie, nous nous sommes basés sur une revue de littérature prônant une forme de connexion universelle neuronale à travers l'art (247).

Nous ne pouvons évoquer l'empathie sans parler des "neurones empathiques", ou "neurones miroirs".

Le terme "neurone miroir" a été proposé pour la première fois par Gallese et ses collègues en 1996 (248) alors qu'ils tentaient de décrire l'activité neuronale des régions cérébrales impliquées dans le contrôle des mouvements dirigés des mains et de la bouche, chez des singes. Dans leur étude, il était demandé aux singes d'effectuer des gestes simples prédéfinis, comme saisir des objets par exemple. Or, ces chercheurs remarquent qu'un groupe de neurones, situé dans l'aire F5 des lobes frontaux des primates, s'active non seulement lorsque les singes exécutent l'action demandée, mais également lorsqu'ils sont spectateurs de la même action, réalisées par des congénères et par l'examineur. De plus, Gallese et ses collègues, dans des travaux ultérieurs (249), découvrent une connexion entre cette zone F5 et le lobe pariétal postérieur, impliqué dans le traitement des informations sensorielles (aires associatives). Cette trouvaille montre comment un stimulus visuel active non seulement les aires associatives, mais également le cortex moteur primaire. Autrement dit, être témoin d'une action déclenche une représentation motrice des mêmes régions cérébrales que celles de l'auteur de l'action, comme si le spectateur réalisait lui-même l'action.

Chez l'homme, des réseaux neuronaux analogues à ceux des primates ont été identifiés (250). En comparaison, ils sont plus étendus puisqu'on les retrouve dans le gyrus frontal inférieur, dans le cortex prémoteur ventral et dans le lobe pariétal inférieur. De plus, ils répondent à une gamme plus large de stimuli et perçoivent des signaux plus subtils, tels que l'anticipation d'un mouvement par exemple.

Dans l'analyse du processus empathique, il est intéressant de noter la fonction de l'insula – lobe cérébral niché au fond du sillon latéral – et du cortex cingulaire antérieur. Par exemple, l'insula, le cortex cingulaire antérieur et les ganglions de la base interviennent dans l'expérience d'aversion et dans sa reconnaissance chez autrui (251). Cette propriété pourrait notamment être impliquée dans l'expérience esthétique (cf partie 8.3.3.2). Entre autres choses, il est également décrit une empathie tactile, sous-tendue par l'activation du lobule paracentral (252). Ce type d'empathie pourrait être impliquée dans la manipulation d'objets ou l'utilisation d'outils en séance d'art-thérapie.

Ainsi, selon les informations collectées par cette revue de littérature (247), nous pouvons dire que l'expérience de première personne n'est pas différente de l'expérience à la troisième personne, étant donné qu'il existe une mise en miroir de ces expériences. Cet état fonctionnel partagé est appelé "simulation incarnée" et est à la base de bon nombres d'interventions d'art-thérapie, notamment le processus de "troisième main". Il s'agit d'un processus dans lequel l'art-thérapeute, en tant que

soutien empathique, facilite l'expression créative du patient, de manière indirecte, sans intervenir physiquement sur ses créations, favorisant ainsi une compréhension et une résonance émotionnelle mutuelle, sous-tendue par la mise en miroir artistique (253).

Dans cette partie, nous avons vu que les musées, en tant qu'espaces thérapeutiques et inclusifs, jouent un rôle crucial dans le rétablissement de pathologies chroniques, en favorisant les interactions sociales, en offrant un environnement protecteur et réparateur ; et en facilitant des expériences introspectives par leur architecture et leurs artefacts.

Nous verrons dans une prochaine partie en quoi l'estime de soi est un prérequis au rétablissement dans les pathologies mentales chroniques et en quoi il est un bon indicateur de la progression de l'usager dans le processus de réhabilitation. Puis, nous clarifierons la place que pourrait prendre la muséothérapie dans un tel processus.

9. Discussion

9.1. La muséothérapie au service du rétablissement. Tout un art ?

L'objectif de ce travail de thèse était de réfléchir sur l'implication de l'estime de soi (EDS) dans le rétablissement et la réhabilitation des maladies psychiatriques chroniques et d'explorer en particulier la pratique de la muséothérapie. Nous allons à présent synthétiser les données mises en avant dans cette thèse afin de répondre à cette problématique.

Dans un premier temps, nous allons synthétiser les arguments en faveur d'une relation entre estime de soi et rétablissement psychiatrique.

En premier lieu, le rétablissement psychiatrique paraît s'inscrire dans un conflit historique entre les usagers et les professionnels de santé : les uns revendiquant le rétablissement personnel et social, tandis que les autres préfèrent parler de rétablissement clinique. Nous pouvons faire le parallèle avec les difficultés de définition et de conceptualisation de l'estime de soi au cours du temps. Le concept de soi est sujet à débat lui aussi, oscillant entre philosophie et sciences médicales, et apparaissant tantôt dans les classifications internationales, tantôt en disparaissant. Nous pouvons nous interroger : dans quelle mesure le concept de soi a influencé le développement de la psychiatrie en France, de sa naissance pré-aliéniste à sa maturation de désinstitutionnalisation ?

De plus, nous pouvons faire un lien entre les symptômes résiduels de troubles psychiatriques stabilisés et ceux d'un niveau faible d'estime de soi. En effet,

l'inhibition rencontrée dans la faible EDS pourrait faire penser à une forme atténuée de symptômes d'apathie ou d'aboulie. De même, l'auto-dépréciation et l'image de soi instable, d'un côté, peut rappeler les cognitions congruentes à l'humeur, observées du côté des troubles dépressifs chroniques. D'autres parallèles peuvent être faits, comme celui entre les difficultés de prise de décision et l'apragmatisme ; ou bien entre difficultés face à l'échec et le découragement, l'abattement. Finalement, il pourrait exister un continuum entre estime de soi faible et les symptômes des pathologies psychiatriques stabilisées.

Ensuite, les moyens thérapeutiques visant à prendre en charge l'estime de soi et le handicap psychique sont sensiblement les mêmes : travail sur les habiletés sociales et remédiation cognitive, art-thérapie, éducation thérapeutique, dispositifs d'hospitalisation de jour permettant une pair-aidance et un suivi rapproché. Il est ainsi permis de penser que l'estime de soi et les symptômes résistants au traitement puissent être pris en charge conjointement. On observe même parfois une amélioration spontanée de l'estime de soi au fil des programmes de réhabilitation proposés, permettant de faire l'économie d'un travail spécifique sur l'EDS.

Nous avons vu qu'une estime de soi faible provoque des troubles des interactions avec les pairs, en lien avec des modèles de vulnérabilité biopsychosociale et des prophéties autoréalisatrices favorisant l'exclusion sociale. Nous remarquons ici la similitude entre ces phénomènes et la stigmatisation observée dans le handicap psychique. À travers une vision de réhabilitation psychosociale, il serait possible de penser des programmes de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales, basés sur les théories du sociomètre (le baromètre d'inclusion sociale), du hiéromètre (la boussole de statut social) et de la gestion de la terreur (mobilisation du symbolique, de systèmes de croyance afin de vaincre les angoisses existentielles). L'intérêt de ces programmes est qu'ils pourraient intervenir relativement tôt dans la prise en charge des personnes concernées et ainsi, participer à la prévention de l'installation d'un handicap psychique.

Enfin, les connaissances de neuroimagerie et de biologie fournissent une lecture intéressante et novatrice de l'estime de soi, par rapport au handicap psychique. Si la conception de soi peut occasionner des modifications neuroanatomiques et biologiques, alors il est possible que le handicap psychique soit sous-tendu par des lésions structurelles visibles ; et donc qu'il pourrait être considéré comme tel.

Pour faire la transition avec la partie suivante, nous mettons en lumière le lien existant entre les théories de vulnérabilité au stress, documentées dans la plupart des troubles psychiatriques évoqués dans cette étude, et la régulation du stress via l'axe HPA et la sécrétion de cortisol. En effet, le niveau d'estime de soi exerçant un effet tampon sur le stress, nous supposons qu'une intervention comme l'exposition à l'art pourrait moduler la sécrétion de cortisol, par le biais de l'amélioration de l'estime de soi. Nous avons trouvé des études dont les résultats vont dans ce sens (254).

Il nous faut résumer, à présent, les relations entre estime de soi et exposition muséale. Les bienfaits de la muséothérapie sont multiples et il est certain qu'elle entretient un lien causal direct avec une amélioration de l'EDS. Cependant, la

thérapie muséale peut impacter indirectement l'EDS à travers ses nombreuses propriétés.

Tout d'abord, la muséothérapie peut renforcer la confiance en soi en perturbant les schémas cognitifs négatifs associés à une faible estime de soi, tels que décrits dans le modèle cognitif de la mauvaise estime de soi de Fennell. Dans ce contexte, l'exposition muséale peut jouer un rôle important en offrant un cadre où ces schémas peuvent être remis en question. En effet, l'environnement muséal offre un cadre inclusif et valorisant, où les individus peuvent se voir sous un jour différent, grâce aux retours positifs qu'ils reçoivent ; qu'il s'agisse d'expériences artistiques enrichissantes ou de reconnaissance par les pairs en tant que personnes capables, sans être réduites à leur diagnostic. Ces expériences positives contrecarrent les pensées négatives, ce qui aide à briser le cycle de faible estime de soi, et favorise la reconstruction d'une confiance en soi plus solide et durable.

Ensuite, du point de vue de la vision de soi, les musées permettent une meilleure introspection et favorisent l'insight. En étant confrontées à des objets et œuvres qui racontent des histoires ou véhiculent des significations profondes, les personnes peuvent mieux se comprendre elles-mêmes, en articulant leur identité et leur vécu autour de ces objets culturels. Cette médiation par l'art et l'histoire crée un espace d'expression, favorisant ainsi l'affirmation de soi et de son unicité. Le musée devient un lieu où l'individu peut redécouvrir et affirmer son authenticité, tout en acceptant ses différences. L'insight ainsi développé peut aider les personnes à mieux appréhender leur propre condition et à accepter leurs caractéristiques uniques, contribuant ainsi à une estime de soi plus stable et positive.

Par ailleurs, les musées ont un impact sur l'amour de soi, notamment par l'éveil émotionnel et empathique qu'ils procurent. L'observation d'œuvres d'art stimule les neurones miroirs. En voyant des émotions et des expériences humaines représentées artistiquement, les visiteurs peuvent ressentir des émotions similaires, créant une connexion empathique avec les artistes et les sujets des œuvres. Ce processus encourage la compréhension mutuelle et la reconnaissance de l'humanité partagée, ce qui contribue à une forme d'apprentissage social. Cet apprentissage, à travers l'art, permet aux personnes d'appréhender les émotions d'autrui, tout en renforçant leur propre relation à elles-mêmes. De plus, la contextualisation historique, culturelle et mémorielle que les œuvres exposées apportent permet aux individus de mieux se situer dans une continuité humaine, historique et sociale. Cet ancrage favorise un sentiment de connexion profonde avec soi et avec les autres, aidant à développer une relation plus bienveillante et apaisée envers soi-même. En outre, la muséothérapie permet de dépasser la simple estime pour soi, pour toucher à l'amour de soi inconditionnel, modulé par la reconnaissance de l'humanité partagée, que l'art et la culture véhiculent.

Enfin, la décentration de soi offerte par les musées permet une forme de soulagement émotionnel. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques sont souvent submergées par des pensées ou des émotions négatives. L'expérience muséale, par son atmosphère apaisante et son cadre réparateur, permet une forme de déconnexion, comparable à celle recherchée lors de pratiques méditatives ou de pleine conscience. Cette capacité à prendre du recul par rapport à soi-même ouvre un espace pour la réflexion, la sérénité, et contribue à alléger le

fardeau émotionnel souvent vécu par ces personnes. De plus, les musées, en tant qu'espaces publics, offrent des opportunités de sociabilisation en milieu sécurisé. Les visiteurs peuvent y créer des liens avec d'autres, partager leurs expériences artistiques, et ce dans un cadre qui favorise les interactions sociales saines, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance sociale, élément clé pour l'estime de soi.

Pour conclure, il nous semble clair que le musée est capable de faire éclore un regain d'estime de soi chez l'individu le traversant. Quant à l'implication du musée dans la réhabilitation psychosociale des usagers, nous dirons que les musées luttent activement contre la forme de stigmatisation la plus ténue, contre laquelle nous sommes parfois désarmés, qui est la stigmatisation structurelle, véhiculée par les institutions. En effet, le musée et les pratiques liées à l'art représentent un terreau fertile pour la reconstruction du nouveau soi de la personne malade, vers une personne citoyenne et compétente.

Le lien entre estime de soi, rétablissement en santé mentale et muséothérapie étant établi, il est important qu'un protocole de prescription muséale puisse être développé en France, afin de faire rayonner les bienfaits de cette fabuleuse pratique. D'autant plus que la création d'un lieu de valeur ne nécessite pas forcément de mobiliser des ressources financières élevées ! Il peut consister en un espace réservé dans une maison de soin ou un service hospitalier, un musée miniature, dans lequel des lieux culturels locaux peuvent y implanter des artefacts de prêt, en rotation (231).

9.2. Les forces et les limites méthodologiques de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la première revue de littérature étudiant le lien entre estime de soi, rétablissement et muséothérapie, ce qui est indéniablement un point fort de notre étude. En effet, l'estime de soi est un thème de recherche à la fois vaste et pointu, dont la nature est mouvante et l'interprétation historiquement et culturellement subjective.

De plus, le grand nombre d'articles sur lesquels s'appuie cet écrit témoigne d'un sujet d'étude riche, qui est à l'interface entre la neurobiologie, la psychothérapie, la psychiatrie et le monde de l'art.

En outre, le style narratif de rédaction permet une exploration plus aisée des modèles conceptuels, de mettre en avant certaines pratiques émergentes, ou encore d'explorer les controverses.

Du point de vue des limites méthodologiques de cette étude, celle-ci prend la forme d'une revue narrative de la littérature scientifique. Contrairement à une revue systématique, la sélection des articles est non exhaustive et donc sujette à un biais de sélection. Le grand nombre d'articles et la pluralité des mots-clés, en lien avec un sujet de recherche pointu, est à risque de nuire à la cohérence interne de l'étude, notamment du point de vue d'une surcharge et d'une redondance de l'information. Nous déclarons également qu'une partie non négligeable des articles sélectionnés contenait des études quantitatives rétrospectives, des revues de littératures

narratives voire des études qualitatives ; de faible niveau de preuve selon les critères de la HAS. Nous pouvons ajouter que les dates de parution des articles sélectionnés sont hétérogènes, allant de 1902 pour la référence la plus ancienne, à 2024 pour la plus récente ; ce qui peut occasionner un biais d'obsolescence des données. De plus, la méthodologie d'analyse et de collecte des résultats n'est pas standardisée, ce qui soumet ce travail à un biais d'interprétation, qui le rend subjectif.

Par ailleurs, certaines données ne sont pas issues d'articles scientifiques, mais de de travaux de muséologie ou d'art-thérapie, de sites gouvernementaux, de textes de loi ou de livres de vulgarisation scientifiques. Ainsi, certaines informations véhiculées par cette thèse doivent être prises avec précaution et fournissent une matière de réflexion, plutôt qu'une preuve fiable, de haut niveau de preuve.

Enfin, il existe peu de sources et de recommandations scientifiques concernant la pratique de la muséothérapie dans le champ de la santé mentale. Nous avons vu qu'elle s'était particulièrement développée comme traitement non pharmacologique des pathologies neurodégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi, la majeure partie des potentialités thérapeutiques de la muséothérapie est considérée par le prisme de pathologies non psychiatriques.

9.3. Perspective de recherche

En France, dans le champ de la santé mentale, on observe un intérêt grandissant pour la muséothérapie. En 2022, un projet inédit de partenariat entre le musée Montpellier Contemporain (MO.CO) et le Département d'Urgences et Post Urgences Psychiatriques du Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier, intitulé *l'Art sur ordonnance* a vu le jour (255). Sous la direction du Pr P. Courtet, le programme consiste en une sensibilisation à l'art et un engagement artistique, au travers de l'intervention d'artistes, dans un écosystème privilégié qui est celui d'un musée. Ce projet donnera lieu à la publication d'une étude observationnelle évaluant l'impact de l'intervention artistique sur le bien-être mental, la qualité de vie et les symptômes anxiodépressifs des usagers.

Pour en revenir à notre étude, au vu du faible niveau de preuve de cette étude, il serait intéressant d'effectuer une revue systématique de littérature sur le lien entre estime de soi et rétablissement et/ou sur la relation entre estime de soi et muséothérapie. De même, il pourrait être intéressant d'explorer les effets neurobiologiques de l'exposition muséale, par la neuroimagerie fonctionnelle ou encore par le dosage salivaire du cortisol.

Pour reprendre la pensée de Leslie Labbé sur la salutogénèse et sur l'hypothèse qu'une scénographie d'un espace muséal ou d'une galerie d'art puisse avoir des vertus thérapeutiques ; il pourrait être intéressant d'explorer les effets thérapeutiques d'une exposition à un tel environnement.

Enfin, nous rappelons que ce travail de thèse d'exercice a aussi pour objectif de poser le rationnel scientifique préalable à la réalisation d'une future étude

interventionnelle comparative non randomisée, étudiant l'effet thérapeutique d'une prescription muséale sur des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés. L'objectif de l'étude est de démontrer que la pratique du programme de Louvre-thérapie (exposition muséale et art-thérapie) permet d'améliorer l'estime de soi des personnes concernées.

10. Conclusion

La muséothérapie émerge comme une approche innovante et méconnue dans le cadre de la réhabilitation psychique et sociale. Elle offre un voyage au cœur de l'art et dessine un chemin vers le rétablissement, où l'individu se découvre capable de briller à nouveau.

Notre étude visait à mettre en lumière les bénéfices potentiels de la muséothérapie, en explorant comment elle peut enrichir les parcours de soin. En rendant l'art accessible et en intégrant des approches adaptées, nous espérons ouvrir de nouvelles voies pour la réhabilitation psychosociale, notamment par le biais de prescription de pratique muséale.

Bibliographie

1. André C, Lelord F. L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Odile Jacob. 1998.
2. Robson PJ. Self-esteem--a psychiatric view. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 1988;153:6-15.
3. James W. Précis de psychologie. 1909.
4. Cooley CH. Human Nature and the Social Order. C. Scribner's Sons; 1902. 440 p.
5. Mead GH. L'esprit, le soi et la société. Presses universitaires de France; 2006. 434 p.
6. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image [Internet]. Princeton University Press; 1965 [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>
7. Crocker J, Wolfe CT. Contingencies of self-worth. *Psychol Rev.* juill 2001;108(3):593-623.
8. Ryan RM, Brown KW. Why We Don't Need Self-Esteem: On Fundamental Needs, Contingent Love, and Mindfulness: Comment. *Psychol Inq.* 2003;14(1):71-6.
9. Kernis MH. Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *J Pers.* 2005;73(6):1569-605.
10. Hofmann W, Gawronski B, Gschwendner T, Le H, Schmitt M. A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Pers Soc Psychol Bull.* oct 2005;31(10):1369-85.
11. BOSSON JK, BROWN RP, ZEIGLER-HILL V, SWANN WB. Self-Enhancement Tendencies Among People With High Explicit Self-Esteem: The Moderating Role of Implicit Self-Esteem. *Self Identity.* 1 juill 2003;2(3):169-87.
12. Schröder-Abé M, Rudolph A, Wiesner A, Schütz A. Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. *Int J Psychol.* 2007;42(3):174-83.
13. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychol Bull.* 2004;130(3):435-68.
14. Nezlek JB. A multilevel framework for understanding relationships among traits, states, situations and behaviours. *Eur J Personal.* oct 2007;21(6):789-810.
15. Anxiety and behavior. Oxford, England: Academic Press; 1966. (Spielberger CD, ed. Anxiety and behavior).
16. Fleeson W, Jayawickreme E. Whole Trait Theory. *J Res Personal.* 1 juin 2015;56:82-92.
17. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Robins RW. Stability of self-esteem across the life span. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(1):205-20.
18. Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* avr 2010;98(4):645-58.
19. Robins R, Trzesniewski K. Self-Esteem Development Across the Lifespan. 1 juin 2005;14:158-62.
20. Kinnunen ML, Feldt T, Kinnunen U, Pulkkinen L. Self-esteem: An antecedent or a consequence of social support and psychosomatic symptoms? Cross-lagged associations in adulthood. *J Res Personal.* 1 avr 2008;42(2):333-47.
21. De Ruiter NMP, Van Geert PLC, Kunnen ES. Explaining the "How" of Self-Esteem Development: The Self-Organizing Self-Esteem Model. *Rev Gen Psychol.* mars 2017;21(1):49-68.
22. Orth U, Maes J, Schmitt M. Self-esteem development across the life span: a longitudinal study with a large sample from Germany. *Dev Psychol.* févr 2015;51(2):248-59.
23. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across the life span. *Psychol Aging.* 2002;17(3):423-34.
24. Orth U, Erol RY, Luciano EC. Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* oct 2018;144(10):1045-80.

25. Von Soest T, Wichstrøm L, Kvaalem IL. The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *J Pers Soc Psychol.* avr 2016;110(4):592-608.
26. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol.* juin 2012;102(6):1271-88.
27. Zuckerman M, Li C, Hall JA. When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *J Res Personal.* oct 2016;64:34-51.
28. Twenge JM, Crocker J. Race and self-esteem: Meta-analyses comparing Whites, Blacks, Hispanics, Asians, and American Indians and comment on Gray-Little and Hafdahl (2000). *Psychol Bull.* mai 2002;128(3):371-408.
29. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across the life span. *Psychol Aging.* 2002;17(3):423-34.
30. Twenge JM, Campbell WK. Self-Esteem and Socioeconomic Status: A Meta-Analytic Review. *Personal Soc Psychol Rev.* 2002;6(1):59-71.
31. Crocker J, Cornwell B, Major B. The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(1):60-70.
32. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychol Rev.* 1989;96(4):608-30.
33. Yeung KT, Martin JL. The Looking Glass Self: An Empirical Test and Elaboration. *Soc Forces.* 1 mars 2003;81(3):843-79.
34. Leary MR, Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In: *Advances in Experimental Social Psychology* [Internet]. Elsevier; 2000 [cité 5 août 2024]. p. 1-62. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065260100800039>
35. Reitz AK, Motti-Stefanidi F, Asendorpf JB. Me, us, and them: Testing sociometer theory in a socially diverse real-life context. *J Pers Soc Psychol.* juin 2016;110(6):908-20.
36. Leary MR, Tambor ES, Terdal SK, Downs DL. Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(3):518-30.
37. Gruenenfelder-Steiger AE, Harris MA, Fend HA. Subjective and objective peer approval evaluations and self-esteem development: A test of reciprocal, prospective, and long-term effects. *Dev Psychol.* oct 2016;52(10):1563-77.
38. Andrews B, Brown WG. Stability and change in low self-esteem: the role of psychosocial factors. *Psychol Med.* 1995;(25):23-31.
39. Luciano EC, Orth U. Transitions in romantic relationships and development of self-esteem. *J Pers Soc Psychol.* févr 2017;112(2):307-28.
40. Reitze DC, Mutran EJ. Self and Health: Factors That Encourage Self-Esteem and Functional Health. *J Gerontol Soc Sci.* 2006;61B(1):S44-51.
41. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med.* sept 2004;59(5):1109-16.
42. Davison TE, McCabe MP. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. *Sex Roles J Res.* 2005;52(7-8):463-75.
43. Baker L, Gringart E. Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing Soc.* août 2009;29(6):977-95.
44. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc.* mai 2003;4(1):1-44.
45. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014;23(5):381-7.
46. Murray SL, Rose P, Bellavia GM, Holmes JG, Kusche AG. When rejection stings: how self-esteem constrains relationship-enhancement processes. *J Pers Soc Psychol.* sept 2002;83(3):556-73.
47. Rouault M, Will GJ, Fleming SM, Dolan RJ. Low self-esteem and the formation of

- global self-performance estimates in emerging adulthood. *Transl Psychiatry*. 11 juill 2022;12(1):1-10.
48. Low self esteem: A cognitive perspective. [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://awspntest.apa.org/record/1998-04665-001>
 49. Chavez RS, Heatherton TF. Multimodal frontostriatal connectivity underlies individual differences in self-esteem. *Soc Cogn Affect Neurosci*. mars 2015;10(3):364-70.
 50. Spencer RL, Deak T. A users guide to HPA axis research. *Physiol Behav*. 1 sept 2017;178:43-65.
 51. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr Gen Appl*. 1966;80(1):1-28.
 52. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull*. mai 2004;130(3):355-91.
 53. Eisenberger NI, Lieberman MD. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn Sci*. juill 2004;8(7):294-300.
 54. Sommovigo V, Tavolucci S, Filosa L, Rosa V, Carnevali L, Ottaviani C, et al. Daily cortisol variations are predicted proximally by self-efficacy beliefs at work and indirectly by perceived self-regulatory abilities in managing negative emotions. *Int J Psychophysiol*. 1 nov 2023;193:112244.
 55. Pruessner JC, Baldwin MW, Dedovic K, Renwick R, Mahani NK, Lord C, et al. Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood. *NeuroImage*. déc 2005;28(4):815-26.
 56. Alessandri G, Filosa L, Perinelli E, Carnevali L, Ottaviani C, Ferrante C, et al. The association of self-esteem variability with diurnal cortisol patterns in a sample of adult workers. *Biol Psychol*. janv 2023;176:108470.
 57. Ford MB, Collins NL. Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *J Pers Soc Psychol*. mars 2010;98(3):405-19.
 58. Pruessner JC, Lord C, Meaney M, Lupien S. Effects of self-esteem on age-related changes in cognition and the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Ann N Y Acad Sci*. déc 2004;1032:186-90.
 59. Alessandri G, Caprara GV, De Pascalis V. Relations among EEG-alpha asymmetry and positivity personality trait. *Brain Cogn*. juill 2015;97:10-21.
 60. Lecomte C, Servant D. Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches. 2020. (Elsevier Masson).
 61. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2011. xix, 391 p. (Cognitive behavior therapy: Basics and beyond, 2nd ed).
 62. Raimy VC. Self reference in counseling interviews. *J Consult Psychol*. 1948;12(3):153-63.
 63. Buhrmester MD, Blanton H, Swann WB. Implicit self-esteem: nature, measurement, and a new way forward. *J Pers Soc Psychol*. févr 2011;100(2):365-85.
 64. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method. *J Nerv Ment Dis*. 1987;175(9):526-36.
 65. Espinosa R, Valiente C, Varese F, Bentall R. Can We Ameliorate Psychotic Symptoms by Improving Implicit Self-Esteem? A Proof-of-Concept Experience Sampling Study of an Evaluative Classical Conditioning Intervention. *J Nerv Ment Dis*. 1 août 2018;206:1.
 66. Rosenberg M. *Conceiving The Self*. Basic Books; 1979. 344 p.
 67. Schmitt DP, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. oct 2005;89(4):623-42.
 68. Orth U, Robins RW, Meier LL, Conger RD. Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *J Pers Soc Psychol*. janv 2016;110(1):133-49.
 69. Lane GG, White AE, Henson RK. Expanding reliability generalization methods with

- KR-21 estimates: An RG study of the Coopersmith Self-Esteem Inventory. *Educ Psychol Meas.* 2002;62(4):685-711.
70. Lane GG, White AE, Henson RK. Expanding reliability generalization methods with KR-21 estimates: An RG study of the Coopersmith Self-Esteem Inventory. *Educ Psychol Meas.* 2002;62(4):685-711.
 71. Potard C, Amoura C, Kubiszewski V, Le Samedy M, Moltrecht B, Courtois R. Psychometric properties of the French version of the short form of the Coopersmith Self-Esteem Inventory among adolescents and young adults. *Eval Health Prof.* juin 2015;38(2):265-79.
 72. Potard C. Self-Esteem Inventory (Coopersmith). In 2017. p. 1-3.
 73. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol Rev.* 1995;102(1):4-27.
 74. Nuttin JM. Narcissism beyond Gestalt and awareness: The name letter effect. *Eur J Soc Psychol.* 1985;15(3):353-61.
 75. Henning ER, Turk CL, Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG. Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2007;24(5):342-9.
 76. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M. Sensitivity of self-beliefs in obsessive compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2008;25(10):874-84.
 77. Henriksen IO, Ranøyen I, Indredavik MS, Stenseng F. The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* déc 2017;11(1):68.
 78. Winter D, Steeb L, Herbert C, Sedikides C, Schmahl C, Bohus M, et al. Lower self-positivity and its association with self-esteem in women with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* oct 2018;109:84-93.
 79. Lynum LI, Wilberg T, Karterud S. Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scand J Psychol.* oct 2008;49(5):469-77.
 80. Valiente C, Cantero D, Vázquez C, Sanchez Á, Provencio M, Espinosa R. Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *J Abnorm Psychol.* août 2011;120(3):691-9.
 81. Vater A, Ritter K, Schröder-Abé M, Schütz A, Lammers CH, Bosson JK, et al. When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2013;44(1):37-47.
 82. Elton D, Stanley GV, Burrows GD. Self-esteem and chronic pain. *J Psychosom Res.* 1 janv 1978;22(1):25-30.
 83. Kesting ML, Bredenkohl M, Klenke J, Westermann S, Lincoln TM. The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2013;44(1):122-8.
 84. Richardson CG, Kwon JY, Ratner PA. Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique.* 8 nov 2012;104(1):e60-63.
 85. Charalampous KD, Ford BK, Skinner TJ. Self-esteem in alcoholics and nonalcoholics. *J Stud Alcohol.* 1976;37(7):990-4.
 86. Tam CC, Benotsch EG, Li X. Self-Esteem and Non-Medical Use of Prescription Drugs among College Students: Coping as a Mediator. *Subst Use Misuse.* 2020;55(8):1309-19.
 87. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *J Youth Adolesc.* 1999;28(3):343-63.
 88. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM de. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cienc Saude Coletiva.* nov 2018;23(11):3767-77.
 89. Franck E, De Raedt R, Dereu M, Van den Abbeele D. Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2007;38(1):75-85.
 90. Choi Y, Choi SH, Yun JY, Lim JA, Kwon Y, Lee HY, et al. The relationship between

- levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine (Baltimore)*. oct 2019;98(42):e17518.
91. Mahadevan N, Gregg AP, Sedikides C, de Waal-Andrews WG. Winners, Losers, Insiders, and Outsiders: Comparing Hierometer and Sociometer Theories of Self-Regard. *Front Psychol* [Internet]. 30 mars 2016 [cité 25 août 2024];7. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2016.00334/full>
 92. Smith JM. Evolution and the Theory of Games. In: Smith JM, éditeur. *Did Darwin Get It Right? Essays on Games, Sex and Evolution* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1988 [cité 31 août 2024]. p. 202-15. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7862-4_22
 93. Magee JC, Galinsky AD. Social hierarchy: The self-reinforcing nature of power and status. *Acad Manag Ann*. 2008;2(1):351-98.
 94. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4e éd. Washington (DC); 1994.
 95. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 p. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed*).
 96. Orth U, Robins RW, Roberts BW. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J Pers Soc Psychol*. sept 2008;95(3):695-708.
 97. Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects. *J R Coll Gen Pract*. oct 1969;18(87):249.
 98. Lewinsohn PM, Steinmetz JL, Larson DW, Franklin J. Depression-Related Cognitions: Antecedent or Consequence?
 99. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol*. août 2009;118(3):472-8.
 100. Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(10):990-6.
 101. Braun L, Göllner R, Rieger S, Trautwein U, Spengler M. How state and trait versions of self-esteem and depressive symptoms affect their interplay: A longitudinal experimental investigation. *J Pers Soc Psychol*. janv 2021;120(1):206-25.
 102. Sowislo JF, Orth U, Meier LL. What constitutes vulnerable self-esteem? Comparing the prospective effects of low, unstable, and contingent self-esteem on depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. nov 2014;123(4):737-53.
 103. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Dev Psychol*. mars 2006;42(2):381-90.
 104. Masselink M, Van Roekel E, Oldehinkel AJ. Self-esteem in Early Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors. *J Youth Adolesc*. mai 2018;47(5):932-46.
 105. Ezquiaga E, García A, Pallarés T, Bravo MF. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *J Affect Disord*. 1999;52(1-3):209-16.
 106. Strachman A, Gable SL. What You Want (and do Not Want) Affects What You See (and do Not See): Avoidance Social Goals and Social Events. *Pers Soc Psychol Bull*. 2006;32(11):1446-58.
 107. Wood JV, Heimpel SA, Manwell LA, Whittington EJ. This mood is familiar and I don't deserve to feel better anyway: Mechanisms underlying self-esteem differences in motivation to repair sad moods. *J Pers Soc Psychol*. 2009;96(2):363-80.
 108. Kuster F, Orth U, Meier LL. Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: a five-wave longitudinal study. *Pers Soc Psychol Bull*. juin 2012;38(6):747-59.
 109. Rossi A, Panzeri A, Pietrabissa G, Manzoni GM, Castelnuovo G, Mannarini S. The

- Anxiety-Buffer Hypothesis in the Time of COVID-19: When Self-Esteem Protects From the Impact of Loneliness and Fear on Anxiety and Depression. *Front Psychol.* 2020;11:2177.
110. Scott J, Pope M. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychol Med.* août 2003;33(6):1081-8.
 111. Daskalopoulou EG, Dikeos DG, Papadimitriou GN, Souery D, Blairy S, Massat I, et al. Self-esteem, social adjustment and suicidality in affective disorders. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* sept 2002;17(5):265-71.
 112. Knowles R, Tai S, Jones SH, Highfield J, Morriss R, Bentall RP. Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disord.* août 2007;9(5):490-5.
 113. Pavlickova H, Turnbull O, Bentall RP. Cognitive vulnerability to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(4):386-401.
 114. Nilsson KK, Jørgensen CR, Craig TKJ, Straarup KN, Licht RW. Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis. *Bipolar Disord.* sept 2010;12(6):585-92.
 115. Neale JM. Defensive functions of manic episodes. In: *Delusional beliefs.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1988. p. 138-56. (Wiley series on personality processes).
 116. Johnson SL, Meyer B, Winett C, Small J. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *J Affect Disord.* 1 avr 2000;58(1):79-86.
 117. Atuk E, Richardson T. Relationship between dysfunctional beliefs, self-esteem, extreme appraisals, and symptoms of mania and depression over time in bipolar disorder. *Psychol Psychother.* avr 2021;94 Suppl 2:212-22.
 118. Park JY, Ryu V, Ha RY, Lee SJ, Choi WJ, Ha K, et al. Assessment of implicit self-esteem in bipolar manic and euthymic patients using the implicit association test. *Compr Psychiatry.* avr 2014;55(3):557-64.
 119. Inder ML, Crowe MT, Moor S, Luty SE, Carter JD, Joyce PR. « I actually don't know who I am »: the impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry.* 2008;71(2):123-33.
 120. Urošević S, Abramson LY, Harmon-Jones E, Alloy LB. Dysregulation of the Behavioral Approach System (BAS) in Bipolar Spectrum Disorders: Review of Theory and Evidence. *Clin Psychol Rev.* oct 2008;28(7):1188-205.
 121. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence--Conditional on Genetic Risk. *Schizophr Bull.* 1 nov 2005;31:795-9.
 122. Thewissen V, Bentall RP, Lecomte T, van Os J, Myin-Germeys I. Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(1):143-53.
 123. Ciufolini S, Morgan C, Morgan K, Fearon P, Boydell J, Hutchinson G, et al. Self esteem and self agency in first episode psychosis: Ethnic variation and relationship with clinical presentation. *Psychiatry Res.* 31 mars 2015;227.
 124. Gureje O, Harvey C, Herrman H. Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: Profile and relationship to quality of life. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38(5):334-8.
 125. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol.* nov 2002;41(Pt 4):331-47.
 126. Bayer TA, Falkai P, Maier W. Genetic and non-genetic vulnerability factors in schizophrenia: the basis of the « two hit hypothesis ». *J Psychiatr Res.* 1999;33(6):543-8.
 127. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):283-303.
 128. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39(11-12):964-71.
 129. Demjaha A, Valmaggia L, Stahl D, Byrne M, McGuire P. Disorganization/cognitive and negative symptom dimensions in the at-risk mental state predict subsequent

- transition to psychosis. *Schizophr Bull.* mars 2012;38(2):351-9.
130. Cowan HR, McAdams DP, Mittal VA. Core beliefs in healthy youth and youth at ultra high-risk for psychosis: Dimensionality and links to depression, anxiety, and attenuated psychotic symptoms. *Dev Psychopathol.* févr 2019;31(1):379-92.
 131. Stowkowy J, Liu L, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, McGlashan TH, et al. Early traumatic experiences, perceived discrimination and conversion to psychosis in those at clinical high risk for psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* avr 2016;51(4):497-503.
 132. Barrantes-Vidal N, Chun CA, Myin-Germeys I, Kwapil TR. Psychometric schizotypy predicts psychotic-like, paranoid, and negative symptoms in daily life. *J Abnorm Psychol.* nov 2013;122(4):1077-87.
 133. Cicero DC, Martin EA, Becker TM, Docherty AR, Kerns JG. Correspondence between psychometric and clinical high risk for psychosis in an undergraduate population. *Psychol Assess.* 2014;26(3):901-15.
 134. Bemrose HV, Akande IO, Cullen AE. Self-esteem in individuals at ultra-high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry.* août 2021;15(4):775-86.
 135. Jongeneel A, Pot-Kolder R, Counotte J, van der Gaag M, Veling W. Self-esteem moderates affective and psychotic responses to social stress in psychosis: A virtual reality study. *Schizophr Res.* déc 2018;202:80-5.
 136. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol.* nov 2002;41(Pt 4):331-47.
 137. Kesting ML, Bredenpohl M, Klenke J, Westermann S, Lincoln TM. The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2013;44(1):122-8.
 138. Lecomte T, Leclerc C, Wykes T. Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychol Psychother.* 14 juill 2017;91.
 139. Hall PL, TARRIER N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther.* mars 2003;41(3):317-32.
 140. Palmier-Claus JE, Dunn G, Morrison AP, Lewis SW. The role of metacognitive beliefs in stress sensitisation, self-esteem variability, and the generation of paranoia. *Cognit Neuropsychiatry.* nov 2011;16(6):530-46.
 141. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev.* nov 2001;21(8):1143-92.
 142. Chambon V, Pacherie E, Barbalat G, Jacquet P, Franck N, Farrer C. Mentalizing under influence: abnormal dependence on prior expectations in patients with schizophrenia. *Brain.* 1 déc 2011;134(12):3728-41.
 143. Palmier-Claus J, Dunn G, Drake R, Lewis S. The negative and positive self: a longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals with first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* mai 2011;5(2):150-5.
 144. Daemen M, van Amelsvoort T, Group Investigators null, Reininghaus U. Self-esteem and psychosis in daily life: An experience sampling study. *J Psychopathol Clin Sci.* févr 2022;131(2):182-97.
 145. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* déc 2009;115(2-3):363-9.
 146. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv Wash DC.* déc 2001;52(12):1621-6.
 147. King R. Cognitive therapy of depression. Aaon Beck, John Rush, Brian Shaw, Gary Emery. New York: Guilford, 1979. *Aust N Z J Psychiatry.* avr 2002;36(2):272-5.
 148. Bhattacharya S, Kennedy M, Miguel C, Tröger A, Hofmann SG, Cuijpers P. Effect of

- psychotherapy for adult depression on self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 mars 2023;325:572-81.
149. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* juill 1992;149(7):936-43.
 150. Lecomte C, Servant D. Fiche 9 Schémas cognitifs (selon Beck). In: *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches.* 2020. p. 29-41. (Elsevier Masson).
 151. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York, NY, US: Guilford Press; 2002. xiv, 351 p. (Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse).
 152. Dai J, Sun D, Li B, Zhang Y, Wen M, Wang H, et al. Mixed-Mode Mindfulness-based cognitive therapy for psychological resilience, Self Esteem and Stigma of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 4 mars 2024;24(1):179.
 153. S.a R, C.s S, Ganesh P, Vasu HV. Job Search during COVID-19: How Online Mindfulness Intervention helped to Reduce Stress and Enhance the Self-esteem of the Job Seeker [Internet]. *F1000Research*; 2022 [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://f1000research.com/articles/11-955>
 154. Korrelboom K, Maarsingh M, Huijbrechts I. Competitive Memory Training (comet) for Treating Low Self-Esteem in Patients with Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(2):102-10.
 155. Jelinek L, Hauschildt M, Wittekind CE, Schneider BC, Kriston L, Moritz S. Efficacy of Metacognitive Training for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 27 mai 2016;85(4):231-4.
 156. Chandler GE. A creative writing program to enhance self-esteem and self-efficacy in adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc.* 1999;12(2):70-8.
 157. Steiner KL, Pillemer DB, Thomsen DK. Writing about life story chapters increases self-esteem: Three experimental studies. *J Pers.* oct 2019;87(5):962-80.
 158. Hamilton D, Oswald S. Distract Me from My Dreaded Self: Strategies to Enhance Self-Esteem. *J Sch Health.* 1998;68(7):301-3.
 159. Chiang M, Reid-Varley WB, Fan X. Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Res.* mai 2019;275:129-36.
 160. Klein JP. *L'art-thérapie.* Presses universitaires de France; 2008. 128 p.
 161. Ching-Teng Y, Ya-Ping Y, Yu-Chia C. Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Soc Work Health Care.* mars 2019;58(3):324-38.
 162. Haeyen S. Strengthening the Healthy Adult Self in Art Therapy: Using Schema Therapy as a Positive Psychological Intervention for People Diagnosed With Personality Disorders. *Front Psychol.* 22 mars 2019;10:644.
 163. Fraser C, Keating M. The effect of a creative art program on self-esteem, hope, perceived social support, and self-efficacy in individuals with multiple sclerosis: a pilot study. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses.* déc 2014;46(6):330-6.
 164. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq.* 2002;13(4):249-75.
 165. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
 166. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78.
 167. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience.* In 1990.
 168. *Neurologie* [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/librairie/elsevier-masson/referentiels-des-colleges/9782294743863/neurologie/>
 169. Fuchs T. Das Leibgedächtnis in der Demenz. 2010;11-3.

170. Wegener I, Geiser F, Alfter S, Mierke J, Imbierowicz K, Kleiman A, et al. Changes of explicitly and implicitly measured self-esteem in the treatment of major depression: evidence for implicit self-esteem compensation. *Compr Psychiatry*. avr 2015;58:57-67.
171. Knudsen P, Hansen EH, Traulsen JM, Eskildsen K. Changes in Self-Concept While Using SSRI Antidepressants. *Qual Health Res*. 1 sept 2002;12(7):932-44.
172. Constitution [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
173. Jacob KS. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(2):117-9.
174. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned. John Wiley & Sons; 2011. 355 p.
175. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1972;27(6):739-46.
176. Davidson L, Rowe M, DiLeo P, Bellamy C, Delphin-Rittmon M. Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. *Alcohol Res Curr Rev*. 22 juill 2021;41(1):09.
177. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:100.
178. Anthony W. Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1 avr 1993;16.
179. Nielsen JM, Buus N, Berring LL. Mental Health Recovery in Social Psychiatric Policies: A Reflexive Thematic Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 9 juin 2023;20(12):6094.
180. Kusdemir S, Oudshoorn A, Ndayisenga JP. A critical analysis of the Tidal Model of Mental Health Recovery. *Arch Psychiatr Nurs*. févr 2022;36:34-40.
181. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):586-94.
182. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2011;199(6):445-52.
183. Kartalova-O'Doherty Y, Stevenson C, Higgins A. Reconnecting with life: a grounded theory study of mental health recovery in Ireland. *J Ment Health Abingdon Engl*. avr 2012;21(2):135-43.
184. Penas P, Iraurgi I, Moreno MC, Uriarte JJ. How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*. janv 2019;47(1):23-32.
185. Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Behav Sci Law*. mars 2017;35(2):124-34.
186. handicap R international sur le P de production du. RIPPH. [cité 15 sept 2024]. Concepts-clés. Disponible sur: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
187. Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/international/parteneriats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>
188. Goyet V, Duboc C, Voisin G, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatr*. 1 janv 2013;78(1):3-19.
189. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res*. 27 oct 2000;45(3):175-84.
190. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 1 août 2001;27(Volume 27, 2001):363-85.
191. Leo RJ, Jassal K, Bakhai YD. Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Prim Psychiatry*. 1 juin 2005;12:33-9.
192. Lysaker P, Yanos P, Roe D. The role of insight in the process of recovery from

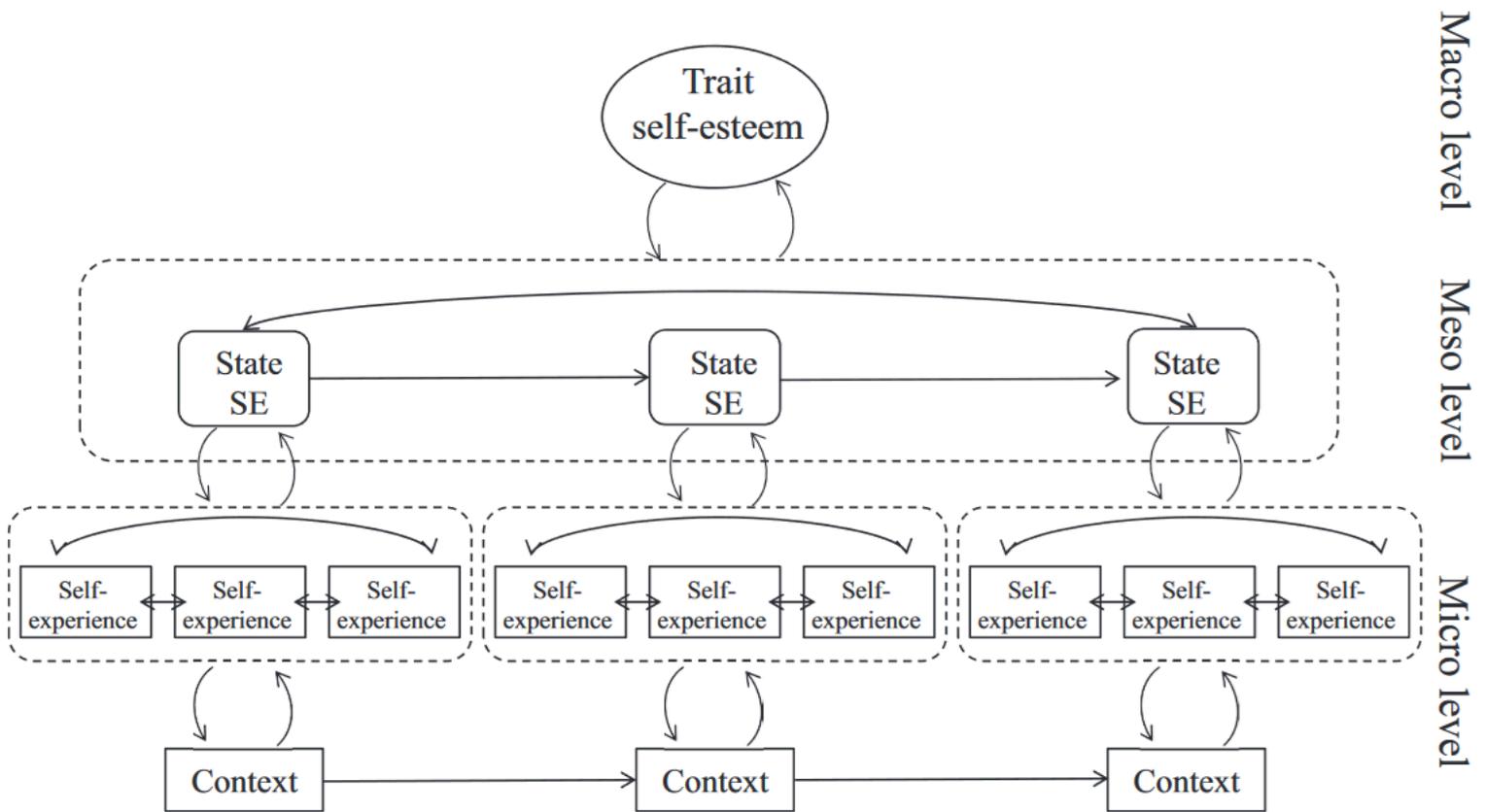
- schizophrenia: A review of three views. *Psychosis*. 1 août 2009;1:113-21.
193. Pal A, Saxena V, Avinash P. Stigma in Bipolar Affective Disorder: A Systematic Quantitative Literature Review of Indian Studies. *Indian J Psychol Med*. mai 2021;43(3):187-94.
 194. Réadaptation [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
 195. Ventriglio A, Ricci F, Magnifico G, Chumakov E, Torales J, Watson C, et al. Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2020;66(8):735-47.
 196. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1977;86(2):103-26.
 197. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull*. oct 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S12-23.
 198. Silverstein SM, Pierce DL, Saytes M, Hems L, Schenkel L, Streaker N. Behavioral treatment of attentional dysfunction in chronic, treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Q*. 1998;69(2):95-105.
 199. Kern RS, Liberman RP, Kopelowicz A, Mintz J, Green MF. Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. nov 2002;159(11):1921-6.
 200. Spaulding WD, Fleming SK, Reed D, Sullivan M, Storzbach D, Lam M. Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999;25(2):275-89.
 201. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, et al. Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2021;78(8):848-58.
 202. Dickinson D, Tenhula W, Morris S, Brown C, Peer J, Spencer K, et al. A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. févr 2010;167(2):170-80.
 203. Bowie CR, Bell MD, Fiszdon JM, Johannesen JK, Lindenmayer JP, McGurk SR, et al. Cognitive remediation for schizophrenia: An expert working group white paper on core techniques. *Schizophr Res*. janv 2020;215:49-53.
 204. Czamanski-Cohen J, Weihs KL. The Bodymind Model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *Arts Psychother*. sept 2016;51:63-71.
 205. Yang M, He H, Duan M, Chen X, Chang X, Lai Y, et al. The Effects of Music Intervention on Functional Connectivity Strength of the Brain in Schizophrenia. *Neural Plast*. 2018;2018:2821832.
 206. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 sept 2024]. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
 207. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité*. mars 2009;4(1):39-43.
 208. [etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf](#) [Internet]. [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf
 209. [etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf](#) [Internet]. [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
 210. Taillardat-Beneteau C. [Patient therapeutic education. Points of reference and prospects]. *Ann Pharm Fr*. 2008;66(5-6):309-12.

211. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2015;173(1):79-84.
212. Adrien V, Diot T. Criteria for evaluating the effectiveness of psychiatric home care-mobile team: A systematic review of the literature. *J Clin Nurs.* 29 avr 2024;
213. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005.
214. Villani M, Kovess-Masféty V. [Peer support programs in mental health in France: Status report and challenges]. *L'Encephale.* nov 2018;44(5):457-64.
215. Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, van Ginneken N, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2014;49(11):1691-702.
216. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* juin 2012;11(2):123-8.
217. Chatterjee H, Noble G. Museums, health and well-being. *Mus Health Well-Being.* 1 janv 2013;1-146.
218. Bennington R, Backos A, Harrison J, Etherington Reader A, Carolan R. Art therapy in art museums: Promoting social connectedness and psychological well-being of older adults. *Arts Psychother.* juill 2016;49:34-43.
219. Letrondo PA, Ashley SA, Flinn A, Burton A, Kador T, Mukadam N. Systematic review of arts and culture-based interventions for people living with dementia and their caregivers. *Ageing Res Rev.* janv 2023;83:101793.
220. Schall A, Tesky VA, Adams AK, Pantel J. Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dement Lond Engl.* août 2018;17(6):728-43.
221. Zeilig H, Dickens L, Camic PM. The psychological and social impacts of museum-based programmes for people with a mild-to-moderate dementia: a systematic review. *Int J Ageing Later Life.* 12 août 2022;16(2):33-72.
222. Koebner IJ, Fishman SM, Paterniti D, Sommer D, Witt CM, Ward D, et al. The Art of Analgesia: A Pilot Study of Art Museum Tours to Decrease Pain and Social Disconnection Among Individuals with Chronic Pain. *Pain Med Malden Mass.* 1 avr 2019;20(4):681-91.
223. Stern EM. Art is Patient: A Museum-Based Experience to Teach Trauma-Sensitive Engagement in Health Care. *J Med Humanit.* déc 2023;44(4):481-501.
224. Sittarame F, Estrada-Muñoz M, Hausmann I, Thevoz X, Buhayer A, Mach F, et al. [A He(art) museum for an existential rebirth after a myocardial infarction]. *Rev Med Suisse.* 25 mai 2022;18(783):1065-9.
225. Camic PM, Chatterjee HJ. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspect Public Health.* janv 2013;133(1):66-71.
226. Nauleau M. Musée + Art-thérapie = Muséothérapie ? *Lett L'OCIM Mus Patrim Cult Sci Tech.* 1 janv 2018;(175):16-21.
227. International Council of Museums [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Définition du musée. Disponible sur:
<https://icom.museum/fr/ressources/normes-et-lignes-directrices/definition-du-musee/>
228. Labbé L. La muséothérapie. Analyse des potentiels thérapeutiques du musée [Internet]. 2021 [cité 16 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.calameo.com/read/0057770602ca344bce4cf>
229. van Os J, Marcelis M. The ecogenetics of schizophrenia: a review. *Schizophr Res.* 27 juill 1998;32(2):127-35.
230. van Os J, Pedersen CB, Mortensen PB. Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *Am J Psychiatry.* déc 2004;161(12):2312-4.
231. Camic PM, Baker EL, Tischler V. Theorizing How Art Gallery Interventions Impact People With Dementia and Their Caregivers. *The Gerontologist.* déc 2016;56(6):1033-41.
232. Golembiewski J. Start making sense Applying a salutogenic model to architectural

- design for psychiatric care. *Facilities*. 1 mars 2010;28:100-17.
233. Wei Z, Zhong C. Museums and art therapy: A bibliometric analysis of the potential of museum art therapy. *Front Psychol*. 2022;13:1041950.
 234. Kaplan S, Bardwell LV, Slakter DB. The museum as a restorative environment. *Environ Behav*. 1993;25(6):725-42.
 235. Dupuy EG, Vincent T, Lecchino C, Boisvert A, Trépanier L, Nadeau S, et al. Prefrontal engagement predicts the effect of museum visit on psychological well-being: an fNIRS exploration. *Front Psychiatry*. 2024;15:1263351.
 236. Goodman-Casanova JM, Guzman-Parra J, Duran-Jimenez FJ, Garcia-Gallardo M, Cuesta-Lozano D, Mayoral-Cleries F. Effectiveness of museum-based participatory arts in mental health recovery. *Int J Ment Health Nurs*. oct 2023;32(5):1416-28.
 237. Décret n°59-889 du 24 juillet 1959 PORTANT ORGANISATION DU MINISTERE CHARGE DES AFFAIRES CULTURELLES (M. MALRAUX). 59-889 juill 24, 1959.
 238. Todd C, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM, Chatterjee HJ. Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works. *Health Place*. nov 2017;48:47-55.
 239. Sumner RC, Crone DM, Hughes S, James DVB. Arts on prescription: observed changes in anxiety, depression, and well-being across referral cycles. *Public Health*. mars 2021;192:49-55.
 240. Camic PM, Dickens L, Zeilig H, Strohmaier S. Subjective wellbeing in people living with dementia: exploring processes of multiple object handling sessions in a museum setting. *Wellcome Open Res*. 2021;6:96.
 241. D'Andrea F, Denning T, Tischler V. Object Handling for People With Dementia: A Scoping Review and the Development of Intervention Guidance. *Innov Aging*. 2022;6(5):igac043.
 242. Camic PM, Hulbert S, Kimmel J. Museum object handling: A health-promoting community-based activity for dementia care. *J Health Psychol*. mai 2019;24(6):787-98.
 243. Thomson LJM, Chatterjee HJ. Well-Being With Objects: Evaluating a Museum Object-Handling Intervention for Older Adults in Health Care Settings. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc*. mars 2016;35(3):349-62.
 244. Pelowski M, Markey PS, Forster M, Gerger G, Leder H. Move me, astonish me... delight my eyes and brain: The Vienna Integrated Model of top-down and bottom-up processes in Art Perception (VIMAP) and corresponding affective, evaluative, and neurophysiological correlates. *Phys Life Rev*. juill 2017;21:80-125.
 245. Eidelman J, Gottesdiener H, Le Marec J. Visiter les musées : Expérience, appropriation, participation. *Cult Mus Muséologie Rech Sur Cult*. 1 juin 2013;(Hors-série):73-113.
 246. Kirk U. The neural basis of object-context relationships on aesthetic judgment. *PLoS One*. 2008;3(11):e3754.
 247. Piechowski-Jozwiak B, Boller F, Bogousslavsky J. Universal Connection through Art: Role of Mirror Neurons in Art Production and Reception. *Behav Sci Basel Switz*. 5 mai 2017;7(2):29.
 248. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain J Neurol*. avr 1996;119 (Pt 2):593-609.
 249. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., and Rizzolatti, G. (2002b) Action representation and the inferior parietal lobule. In Prinz, W., and Hommel, B. (Eds.) *Common Mechanisms in Perception and Action: Attention and Performance*, Vol. XIX. Oxford: Oxford University Press, pp. 334-355. In 2002. p. 334-55.
 250. Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nat Rev Neurosci*. sept 2001;2(9):661-70.
 251. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*. 30 oct 2003;40(3):655-64.
 252. Keysers C, Wicker B, Gazzola V, Anton JL, Fogassi L, Gallese V. A touching sight:

- SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron*. 22 avr 2004;42(2):335-46.
253. Franklin M. Affect Regulation, Mirror Neurons, and the Third Hand: Formulating Mindful Empathic Art Interventions. *Art Ther*. 1 janv 2010;27(4):160-7.
254. Kaimal G, Ray K, Muniz J. Reduction of Cortisol Levels and Participants' Responses Following Art Making. *Art Ther*. 2 avr 2016;33(2):74-80.
255. Bourgeois L. « L'art est une garantie de santé mentale ». 2022;

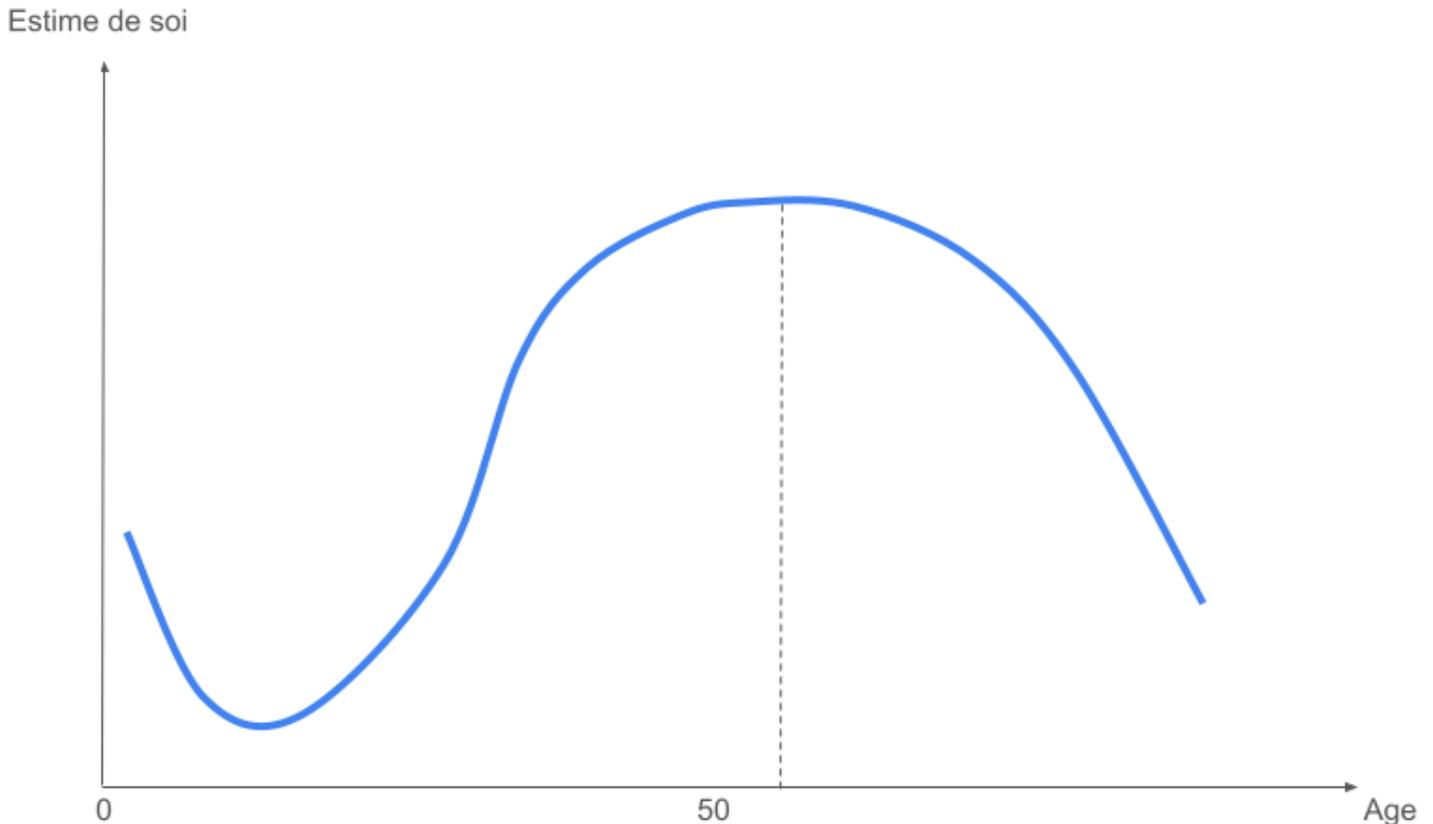
Annexe 1



Le modèle d'auto-organisation de l'estime de soi. Les trois niveaux imbriqués de développement de l'estime de soi : l'estime de soi des traits au niveau macro du développement, l'estime de soi de l'état (SE) au niveau méso du développement et les expériences positives ou négatives de soi au niveau micro du développement sont connectés de manière bidirectionnelle les uns aux autres et au contexte immédiat. Les lignes verticales illustrent l'auto-organisation entre les niveaux emboîtés, et les lignes horizontales indiquent le développement itératif au sein des niveaux

Figure extraite de l'article : de Ruiters, N. M. P., van Geert, P. L. C., & Kunnen, E. S. (2017). Explaining the "how" of self-esteem development: The self-organizing self-esteem model. *Review of General Psychology*, 21(1), 49-68.

Annexe 2



Courbe de l'évolution de l'estime de soi, en fonction de l'âge, au cours de la vie.

Adaptée de :

Robins R, Trzesniewski K. Self-Esteem Development Across the Lifespan. 1 juin 2005;14:158-62.

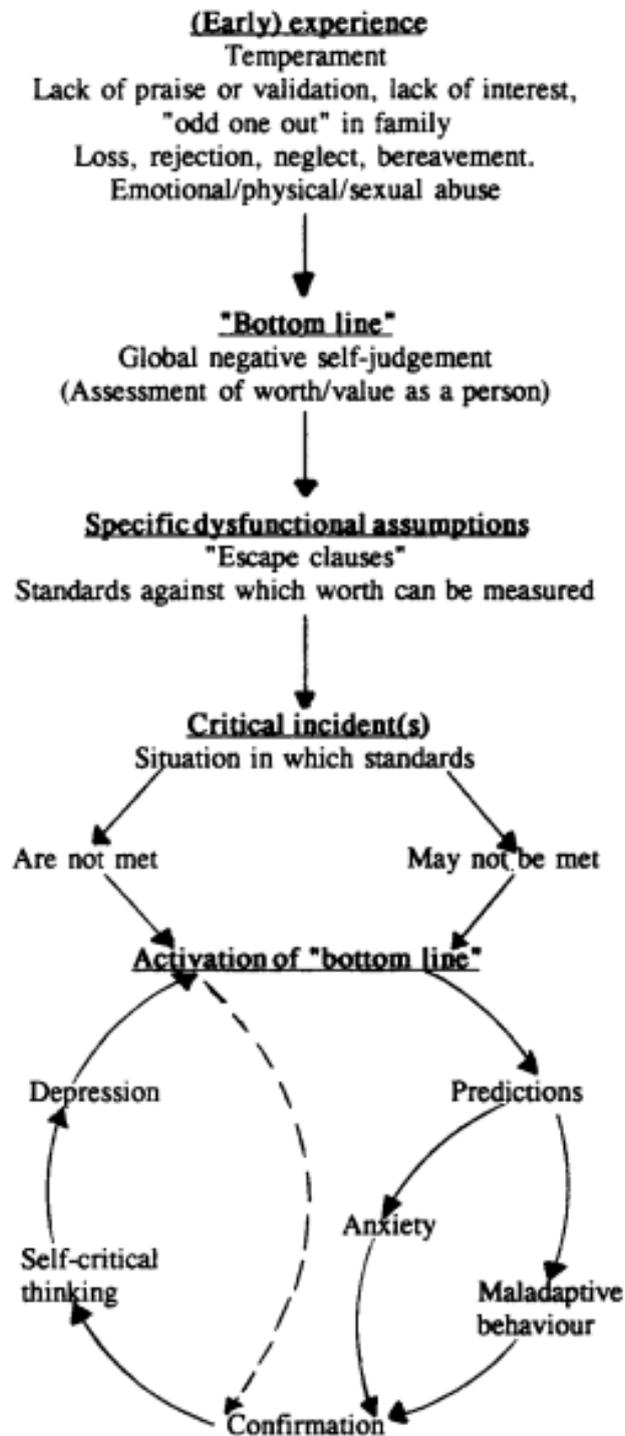
Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. J Pers Soc Psychol. juin 2012;102(6):1271-88.

Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. J Pers Soc Psychol. avr 2010;98(4):645-58.

Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. Curr Dir Psychol Sci. 2014;23(5):381-7.

Orth U, Erol RY, Luciano EC. Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Bull. oct 2018;144(10):1045-80.

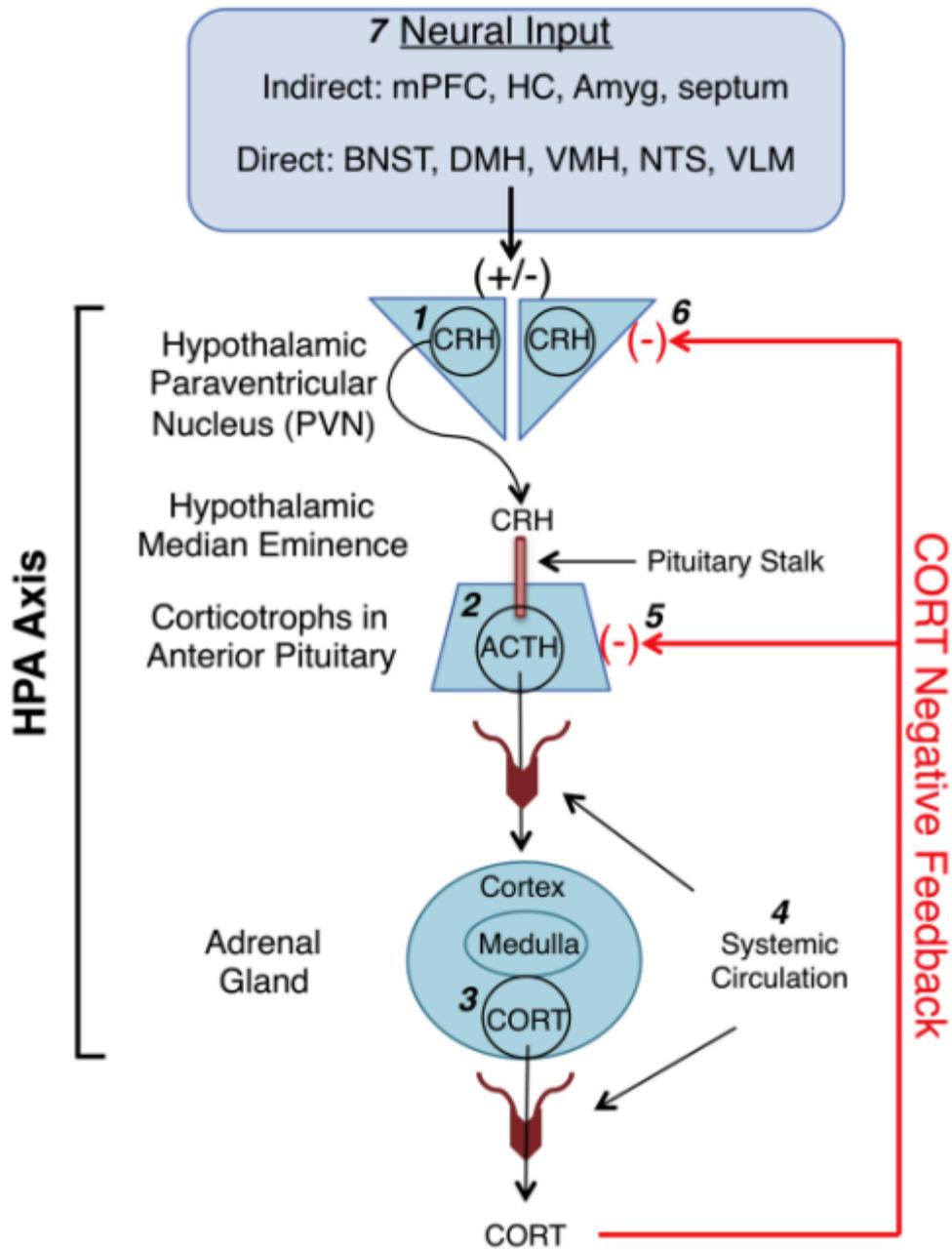
Annexe 3



Le modèle de Fennell, un modèle cognitif de la faible estime de soi

Extrait de l'article : Fennell, Melanie J. V. (1997). *Low Self-Esteem: A Cognitive Perspective. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1–.

Annexe 4



Vision schématique de l'axe HPA

Extrait de l'article : Spencer RL, Deak T. A users guide to HPA axis research. *Physiol Behav.* 2017 Sep 1;178:43-65. doi: 10.1016/j.physbeh.2016.11.014. Epub 2016 Nov 18. PMID: 27871862; PMCID: PMC5451309.

Annexe 5

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

| Tout à fait en désaccord | Plutôt en désaccord | Plutôt en accord | Tout à fait en accord |
|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre | | | 1-2-3-4 |
| 2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. | | | 1-2-3-4 |
| 3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté | | | 1-2-3-4 |
| 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens | | | 1-2-3-4 |
| 5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. | | | 1-2-3-4 |
| 6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. | | | 1-2-3-4 |
| 7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. | | | 1-2-3-4 |
| 8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même | | | 1-2-3-4 |
| 9. Parfois je me sens vraiment inutile. | | | 1-2-3-4 |
| 10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. | | | 1-2-3-4 |

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

*

* *

Annexe 6

The Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI) - An Adult Version

This scale is designed for an assessment of individual's global self-esteem.

Read each of the following statements; check the "like me" column if it describes how you usually feel and the "unlike me" column if it does not describe how you usually feel.

| Like me | Unlike me | |
|---------|-----------|---|
| _____ | _____ | 1. I spend a lot of time daydreaming. |
| _____ | _____ | 2. I'm pretty sure of myself. |
| _____ | _____ | 3. I often wish I were someone else. |
| _____ | _____ | 4. I'm easy to like. |
| _____ | _____ | 5. My family and I have a lot of fun together. |
| _____ | _____ | 6. I never worry about anything. |
| _____ | _____ | 7. I find it very hard to talk in front of a group. |
| _____ | _____ | 8. I wish I were younger. |
| _____ | _____ | 9. There are lots of things about myself I'd change if I could. |
| _____ | _____ | 10. I can make up my mind without too much trouble. |
| _____ | _____ | 11. I'm a lot of fun to be with. |
| _____ | _____ | 12. I get upset easily at home. |
| _____ | _____ | 13. I always do the right thing. |
| _____ | _____ | 14. I'm proud of my work. |
| _____ | _____ | 15. Someone always has to tell me what to do. |
| _____ | _____ | 16. It takes me a long time to get used to anything new. |
| _____ | _____ | 17. I'm often sorry for the things I do. |
| _____ | _____ | 18. I'm popular with people my own age. |
| _____ | _____ | 19. My family usually considers my feelings. |
| _____ | _____ | 20. I'm never happy. |
| _____ | _____ | 21. I'm doing the best work that I can. |
| _____ | _____ | 22. I give in very easily. |
| _____ | _____ | 23. I can usually take care of myself. |
| _____ | _____ | 24. I'm pretty happy. |
| _____ | _____ | 25. I would rather associate with people younger than me. |
| _____ | _____ | 26. My family expects too much of me. |
| _____ | _____ | 27. I like everyone I know. |
| _____ | _____ | 28. I like to be called on when I am in a group. |
| _____ | _____ | 29. I understand myself. |
| _____ | _____ | 30. It's pretty tough to be me. |
| _____ | _____ | 31. Things are all mixed up in my life. |
| _____ | _____ | 32. People usually follow my ideas. |
| _____ | _____ | 33. No one pays much attention to me at home. |
| _____ | _____ | 34. I never get scolded. |
| _____ | _____ | 35. I'm not doing as well at work as I'd like to. |
| _____ | _____ | 36. I can make up my mind and stick to it. |
| _____ | _____ | 37. I really don't like being a man/woman. |
| _____ | _____ | 38. I have a low opinion of myself. |
| _____ | _____ | 39. I don't like to be with other people. |
| _____ | _____ | 40. There are many times when I'd like to leave home. |
| _____ | _____ | 41. I'm never shy. |
| _____ | _____ | 42. I often feel upset. |
| _____ | _____ | 43. I often feel ashamed of myself. |
| _____ | _____ | 44. I'm not as nice-looking as most people. |
| _____ | _____ | 45. If I have something to say, I usually say it. |
| _____ | _____ | 46. People pick on me very often. |
| _____ | _____ | 47. My family understands me. |

| | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 48. I always tell the truth. |
| _____ | _____ | 49. My employer or supervisor makes me feel I'm not good enough. |
| _____ | _____ | 50. I don't care what happens to me. |
| _____ | _____ | 51. I'm a failure. |
| _____ | _____ | 52. I get upset easily when I am scolded. |
| _____ | _____ | 53. Most people are better liked than I am. |
| _____ | _____ | 54. I usually feel as if my family is pushing me. |
| _____ | _____ | 55. I always know what to say to people. |
| _____ | _____ | 56. I often get discouraged. |
| _____ | _____ | 57. Things usually don't bother me. |
| _____ | _____ | 58. I can't be depended on. |

Scoring

The test has a built in "lie scale" to help determine if you are trying too hard to appear to have high self-esteem.

If you answered "like me" to three or more of the following items, retake the test with an eye toward being more realistic in your responses: 1, 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48.

To calculate your score, add up the number of times your responses match those given below.

To determine how your level of self-esteem compares to that of others, find the value closest to your score in the table.

Like me: Items 2, 4, 5, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 23, 24, 28, 29, 32, 36, 45, 47, 55, 57

Unlike me: Items 3, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58

Men Women

| | | |
|----|----|-----------------------------|
| 33 | 32 | Significantly below average |
| 36 | 35 | Somewhat below average |
| 40 | 39 | Average |
| 44 | 43 | Somewhat above average |
| 47 | 46 | Significantly above average |

Source:

Ryden, M. B. 1978. An adult version of the Coopersmith Self-Esteem Inventory: Test-retest reliability and social desirability. *Psychological Reports* 43:1189-1190. Copyright © 1978 Muriel Ryden. (Dr. Ryden's scale is a modified version of a scale developed by Dr. Stanley Coopersmith to measure self-esteem in children. Dr. Ryden's version is designed to be used with adults.)

AUTEUR(E) : Nom : BLONDIN

Prénom : Guillaume

Date de soutenance : 09 octobre 2024

Titre de la thèse : L'estime de soi en tant que pré-requis au rétablissement d'une maladie psychiatrique chronique. Le cas particulier de la muséothérapie.

Thèse - Médecine - Lille Années 2023 - 2024

Cadre de classement : psychiatrie

DES + FST/option : psychiatrie

Mots-clés : estime de soi, rétablissement, maladie mentale chronique, réhabilitation psychosociale, stigmatisation, handicap psychique, art, art-thérapie, musée, muséothérapie

Résumé : L'estime de soi n'a pas toujours été au centre des préoccupations de santé publique. En effet, ses définitions, ses modèles descriptifs et ses outils de mesure sont multiples. Les connaissances actuelles identifient l'estime de soi à la fois comme un facteur de vulnérabilité, de maintien et de rechute de troubles psychiatriques stabilisés. Les récents progrès en neuroimagerie fonctionnelle montrent que le concept de soi peut se traduire par des modifications structurelles durables, ce qui pourrait impliquer une relation entre estime de soi et handicap psychique. Dans cette optique, le dispositif de réhabilitation psychosociale semble être de première importance, dans ce qu'il a notamment de lutte contre la pérennisation du handicap psychique et contre ses conséquences en termes de stigmatisation. Il est donc primordial de connaître les moyens existant pour sauvegarder l'estime de soi, et de promouvoir les méthodes émergentes, comme celle de l'exposition muséale. L'objectif de cette étude est donc de proposer une réflexion sur l'implication de l'estime de soi dans le rétablissement des maladies mentales et d'évaluer la pratique de la muséothérapie dans sa capacité à renforcer l'estime de soi et à atténuer les conséquences du handicap psychique et social des personnes concernées. L'intervention muséale est une pratique thérapeutique identifiée il y a environ soixante-quinze ans au Royaume-Uni, mais le concept contemporain de muséothérapie n'a été établi qu'en 2016, au Québec. La muséothérapie consiste à exposer des usagers de services de soins psychiatriques, à un environnement muséal et aux œuvres d'art qu'il renferme, à des fins de bien-être physique, social et psychique. Cette pratique novatrice peut consister en une contemplation d'œuvres, en des visites guidées par un médiateur culturel, en une manipulation d'objets, ou encore en la création artistique en atelier avec un art-thérapeute. Les vertus thérapeutiques de l'exposition muséale sont légion et impliquent notamment l'espace muséal en lui-même, le lien intrinsèque avec l'artefact de musée et une thérapie sociale. L'exposition muséale peut faire l'objet d'une prescription médicale, moyennant un partenariat avec un établissement patrimonial de proximité. Dans la continuité de ce travail, la publication d'une future étude interventionnelle est prévue, qui évaluera l'effet thérapeutique d'une prescription muséale au Louvre Lens, sur des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Alexandre BOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert JEANSON