

REGARDS CROISÉS SUR LA SANTÉ, LE RÉTABLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE : PSYCHOLOGIE POSITIVE, PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ
VIEWPOINTS ON HEALTH, RECOVERY AND WELL-BEING: POSITIVE PSYCHOLOGY, CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH PSYCHOLOGY

Colette Aguerre

Volume 38, numéro 1, 2017

LE BONHEUR 3.0
HAPPINESS 3.0

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040071ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1040071ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Aguerre, C. (2017). REGARDS CROISÉS SUR LA SANTÉ, LE RÉTABLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE : PSYCHOLOGIE POSITIVE, PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 83–102.
<https://doi.org/10.7202/1040071ar>

Résumé de l'article

Cet article vise à donner un aperçu de ce que la psychologie positive peut apporter à la psychopathologie et à la psychologie de la santé, en vue de mettre en lumière quelques-unes de leurs complémentarités. Nous montrerons dans un premier temps comment la psychologie positive a contribué à revisiter les questions de santé et de rétablissement, en soulignant l'importance de promouvoir une santé positive et un rétablissement complet. Nous illustrerons notre propos en relatant quelques résultats d'études portant sur la dépression et la douleur chronique. Puis nous soulignerons les bienfaits de dispositifs cliniques permettant de cultiver des émotions positives et un sentiment de bien-être, en essayant de cerner les processus de changement qu'ils mobilisent.

REGARDS CROISÉS SUR LA SANTÉ, LE RÉTABLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE : PSYCHOLOGIE POSITIVE, PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

VIEWPOINTS ON HEALTH, RECOVERY AND WELL-BEING: POSITIVE PSYCHOLOGY, CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH PSYCHOLOGY

Colette Aguerre¹

Université François Rabelais (Tours, France)

Mieux vaut faire soigner sa santé que sa maladie.
Proverbe français (recueil d'apophtegmes et axiomes, 1855)

De nos jours, la « psychologie clinique positive » s'insurge contre le pathocentrisme, voire l'idéologie de la maladie (socialement construite, selon Maddux, 2002, 2008), postures qui ont largement prévalu en psychologie au cours du siècle dernier, avant d'apparaître aujourd'hui comme étant cliniquement et scientifiquement infondées (comme nous allons tenter de l'expliquer ci-après). A l'instar des psychopathologues, les psychologues de la santé se sont longtemps essentiellement employés à clarifier les déterminants psycho-sociaux susceptibles de conditionner l'émergence d'un mauvais état de santé mental ou somatique (personnalité pré-morbide, croyances dysfonctionnelles, stratégies de coping inopérantes, etc.) et favorisant sa pérennisation. Certes, cette polarisation sur les problèmes de santé a contribué à l'accomplissement de progrès considérables sur le plan psychothérapeutique. Mais elle a aussi considérablement biaisé le regard porté sur la santé, en éludant les aspects positifs du fonctionnement psychologique des êtres humains en souffrance psychique, et en allant parfois jusqu'à les réduire à des catégories diagnostiques. Freud a par exemple invariablement désigné les personnes qu'il recevait en analyse en des termes peu propices au changement, du type : *kranke* (malade), *patient* (patient) ou *neurotiker* (névrosé), comme nous le fait remarquer Van Rillaer (2012). Ajoutons à cela que l'altruisme et l'humour ont longtemps été considérés comme des mécanismes de défense (notamment dans le DSM), plutôt que comme des qualités humaines susceptibles d'être salutairement mobilisées. Ces constats amènent de prime abord à s'interroger sur les notions de *normalité* et de *pathologique*. Ils invitent aussi aujourd'hui à adopter de nouvelles perspectives cliniques, en changeant radicalement de paradigme sur le plan psychothérapeutique (Jeste, Palmer, Rettew et Boardman, 2015; Maddux, 2002, 2008; Wood et Tarrier, 2010;).

1. Adresse de correspondance : Université François Rabelais, Département de Psychologie, Laboratoire EA 2114 « PAV », 3 rue des Tanneurs, 37041 Tours Cedex 1, France. Tel : (33)6 205 4110 08. Courriel : aguerre@univ-tours.fr

Pour se forger une représentation moins tronquée de l'état de santé et du mode de fonctionnement psychopathologique ou psychosomatique des individus, la psychologie positive nous invite judicieusement à nous intéresser aux facteurs garants d'une gestion réussie de la pathologie (mentale ou physique), mais aussi d'un recouvrement (rapide et durable) de la santé (Aspinwall, Richard et Tedeschi, 2010; Miller, Sherman et Christensen, 2010). De ce fait, les cliniciens « modernes » (dont la pratique s'inspire des découvertes scientifiques du moment) ne se contentent plus de réparer des dégâts psychologiques : ils s'évertuent également à mettre en exergue les aspects fonctionnels des modes de fonctionnement psychologique des individus (Joseph et Wood, 2010), voire visent le développement et la mobilisation optimale de leurs qualités humaines (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). Cette nouvelle approche misant sur les ressources peut aussi séduire les psychologues de la santé, en les amenant par exemple à défocaliser de temps en temps leur attention des atteintes somatiques et des souffrances physiques de leurs patients, pour être mieux à même de répondre à leurs aspirations positives (en matière de bien-être, d'objectifs de vie épanouissants à atteindre, de valeurs guidant leur existence et lui conférant un sens, etc.).

Cet article vise à donner un aperçu de ce que la psychologie positive peut apporter à la psychopathologie et à la psychologie de la santé, en vue de mettre en lumière quelques-unes de leurs complémentarités. Pour ce faire, notre propos s'appuiera sur le survol de quelques résultats d'études cliniques menées sur la dépression, et de certaines recherches menées sur la douleur (physique) chronique. Il s'agit de problèmes de santé qui touchent bon nombre de personnes et auxquelles la psychologie positive peut de nos jours offrir des réponses novatrices en matière de préservation de la santé et de promotion du rétablissement.

REVISITER LES CONCEPTS DE « SANTÉ » ET DE « RÉTABLISSEMENT » : UNE DES AMBITIONS PREMIÈRES DE LA PSYCHOLOGIE POSITIVE

Le concept de *santé mentale positive*

L'Organisation mondiale de la santé a décrété en 1948 que la santé se caractérise par un état complet de bien-être, à la fois physique, mental et relationnel, qui ne requiert pas nécessairement l'absence de troubles ou de pathologies. Cette conception de la santé a le mérite de ne pas l'assimiler au silence des organes et de souligner son caractère protéiforme. Une dizaine d'années plus tard, Mary Jahoda (1958), propose le concept de *santé mentale positive* pour désigner un ensemble d'atouts permettant de maintenir un équilibre psychique, constamment malmené par les aléas existentiels. Cette santé mentale positive se présente selon elle comme étant le produit de trois ensembles de facteurs causaux

interdépendants : biologiques, psychologiques et contextuels. Elle peut être générée et entretenue par un sentiment de maîtrise de son environnement, une bonne intégration sociale, une quête d'autonomie et une volonté de se développer. Antonovsky (1979) soulignera par la suite le caractère salutogénique de la santé mentale positive, en stipulant qu'elle se caractérise par de bonnes capacités mentales et d'adaptation face au stress, et qu'elle s'exprime par des activités productives et des relations sociales enrichissantes.

Keyes et Lopez reconsidèrent en 2002 le concept de santé mentale, arguant qu'il n'est pas réductible selon eux à un haut niveau de bien-être, aussi complet soit-il. Ils partent plutôt du principe qu'un état de bien-être biopsychosocial est une condition nécessaire, mais non suffisante pour jouir d'une santé mentale optimale, questionnant de la sorte la définition proposée en 1948 par l'Organisation mondiale de la santé. L'absence de symptomatologie psychopathologique apparaît en effet à leurs yeux comme étant l'autre condition indispensable pour être considéré en pleine forme mentale. Ne pas définir cette dernière par la négative, c'est à dire par l'absence de psychopathologie, les amène à différencier sur le plan conceptuel deux entités: l'entité « *santé mentale positive* » caractérisable par un sentiment de bien-être (émotionnel, psychologique et social) plus ou moins développé, et l'entité « *santé mentale sur le plan de la pathologie* » caractérisable par des problèmes psychologiques, plus ou moins nombreux et sévères, voire totalement absents. Opérer une distinction entre ces deux entités, prône en faveur d'une conception élargie de la santé mentale (Keyes et Bouffard, 2005), dorénavant évaluable en prenant conjointement en considération deux indicateurs distincts, mais pas pour autant totalement sans rapport l'un avec l'autre : *l'état de bien-être*, d'une part, et *l'état de mal-être psychologique*, d'autre part. Une corrélation négative de -0,55 a en effet été établie entre ces deux facteurs, ce qui correspond seulement à une relation modérée entre ces deux phénomènes (Keyes, 2005). De ce fait, il paraît concevable de vivre une vie épanouissante quand bien même on souffre de troubles mentaux, ou de ne pas parvenir à ressentir un état de bien-être alors qu'on ne présente pas de symptômes psychopathologiques.

Il est possible de différencier différents états de santé en combinant la dimension *santé mentale positive*, à la dimension *santé mentale sur le plan pathologique*, chacune d'entre elles étant plus ou moins bonne (Keyes, 2005; Keyes et Bouffard, 2005; Provencher et Keyes, 2010). En représentant ces deux continuums sous la forme d'axes orthogonaux (leur croisement correspond à un niveau modéré de symptômes et à un niveau moyen de « santé mentale positive »), il est possible de distinguer deux cas de figure extrêmes : une « santé mentale languissante » (*languishing*) qui se caractérise à la fois par une absence de bien-être et un mal-être psychologique maximal, et une « santé mentale florissante » (*flourishing*),

qui se traduit par l'absence de problèmes psychologiques assortie d'un sentiment de bien-être maximal (Keyes, 2010).

Le modèle de la santé de Keyes, composé d'un double continuum, a fait l'objet de plusieurs travaux démontrant sa pertinence clinique (Labelle, Alain, Bastin, Bouffard, Dubé et Lapierre, 2001; Winzer, Lindblad, Sorjonen et Lindberg, 2014). Récemment, Seow *et al.* (2016) ont constaté que les personnes dotées d'une bonne santé mentale positive (bien-être) arrivent à être satisfaites de leur existence quand bien même elles souffrent de troubles anxieux ou dépressifs, ce qui suggère qu'il s'agit de deux expériences compatibles.

Le concept de *rétablissement*

La conception *pathogénique* du rétablissement envisage la restauration de la santé uniquement sous l'angle de la pathologie. Ses critères de définition interrogent les notions de *guérison* et de *rémission*, dans la mesure où il importe de savoir s'il y a disparition totale des symptômes (principaux et/ou résiduels), et de déterminer au bout de combien de temps la personne est complètement rétablie. La conception *salutogénique* du rétablissement l'envisage plutôt sous l'angle de l'optimisation de la santé mentale « positive ». En prenant conjointement en ligne de compte ces deux conceptions du rétablissement, il est possible d'établir une typologie distinguant six catégories d'individus présentant des profils différents (Provencher et Keyes, 2010) :

1. ceux qui souffrent d'un trouble mental et présentent un état de bien-être languissant : leurs symptômes régissent totalement leur existence, voire ils se définissent exclusivement à travers leur pathologie;
2. ceux qui souffrent d'un trouble mental et présentent une santé positive modérée : il s'agit de personnes globalement peu en forme, qui ne veillent pas spécialement à avoir un mode de vie sain, et peuvent de la sorte expérimenter une aggravation et une chronicisation de leur mauvais état de santé;
3. ceux qui souffrent d'un trouble mental et présentent une santé positive florissante, c'est-à-dire qu'ils sont capables de cultiver leur bien-être, de rester autonomes, de travailler, de nouer et d'entretenir des relations sociales de qualité, en dépit de leur problèmes mentaux; ce sont des usagers de soins acteurs de leur existence;
4. ceux qui sont rétablis d'un trouble mental, mais présentent un état de bien-être languissant : il s'agit de personnes fortement exposées à la récurrence d'épisodes psychopathologiques, du fait que leur mode vie est peu épanouissant;
5. ceux qui sont rétablis d'un trouble mental et présentent un état de santé positif moyen : il s'agit de personnes qui peuvent paraître guéries, qui demeurent toujours un peu sujettes à des rechutes;

6. ceux qui sont complètement rétablis d'un trouble mental et présentent un état de santé florissant : il s'agit de personnes qui ne présentent plus du tout de problèmes de santé (sont en principe guéries) et savent prendre soin de leur santé mentale.

Lamers, Westerhof, Glas et Bohlmeijer (2015) se sont demandé si l'amélioration de l'état de santé sur le plan pathologique, à la suite d'une psychothérapie, suivait exactement la même courbe évolutive que le niveau de bien-être. Cette recherche longitudinale menée sur neuf mois, auprès de 1932 patients néerlandais, montre que lorsque leur symptomatologie psychopathologique décroît, leur santé mentale positive s'améliore de concert, et vice versa. Ce résultat suggère qu'il est judicieux de jouer conjointement sur ces deux tableaux sur le plan clinique (à savoir : traiter les symptômes et cultiver le bien-être), en vue de tendre vers un rétablissement complet.

Pour autant, il semble qu'il vaille mieux se préoccuper de sa santé, que de se centrer sur ses symptômes en vue d'accroître sa longévité (Seligman, 2008), ceci quelles que soient les causes de morbidité et de mortalité auxquelles nous sommes potentiellement exposés (Keyes et Simoes, 2102). Autrement dit, le modèle de Keyes semble tout aussi applicable à la santé mentale qu'à la santé somatique, à condition toutefois de le remanier un peu (la prévention des pathologies somatiques ne nécessitant pas nécessairement tout à fait la même hygiène de vie que celle réduisant le risque de développer des pathologies mentales).

La promotion de la santé positive peut aussi se décliner sous la forme d'une prévention primaire visant à empêcher l'apparition initiale d'un trouble (Organisation mondiale de la santé, 2001). Dans ce cas de figure, le bien-être (émotionnel, psychologique et social) est considéré comme un facteur de protection important, tout aussi bien envers l'apparition de désordres mentaux qu'envers le développement de troubles somatiques (comme cela sera illustré ci-après). Il a en effet été établi par plusieurs études que l'absence de bien-être est un facteur de risque sur le plan psychopathologique, qui accroît notamment la vulnérabilité à la dépression (Ryff et Singer, 1996; Wood et Joseph, 2010), mais aussi à divers autres troubles mentaux (Jeste *et al.*, 2015; Keyes, 2002). Précisons que pour Keyes (2002), le sentiment de bien-être repose tout autant sur un ressenti plaisant (joie, bonheur, satisfaction existentielle, etc.), que sur le fait d'être en mesure de bien fonctionner dans la vie de tous les jours (*eudaimonie*), aussi bien sur le plan psychologique (en s'acceptant par exemple avec bienveillance, en arrivant à exercer un contrôle a minima sur ce qui nous arrive, en ayant le sentiment que sa vie a un sens, etc.), que sur le plan relationnel (en se sentant notamment socialement intégré et humainement considéré). L'expérience du bien-être qu'il promeut est donc à la fois *hédonique* (axée sur le plaisir) et *eudémonique* (tournée vers des considérations davantage existentielles).

Une autre manière d'aborder la question du rétablissement est d'examiner de près l'ensemble des transformations positives qui l'établissent. Selon Provencher (2002), parvenir au rétablissement complet nécessite de transcender l'expérience négative de la maladie (entraînant des symptômes, des limitations fonctionnelles, des handicaps), en cherchant à améliorer son bien-être et sa qualité de vie. Cela suppose non seulement de revisiter son rapport à la santé et à la maladie, mais aussi de redéfinir la relation à soi-même, aux autres, à la société et à l'existence en général. Aspirer au rétablissement oblige également à s'interroger sur le sens donné à son existence, voire à endosser de nouveaux rôles sociaux pour rendre sa vie plus signifiante. Selon cette perspective, le rétablissement optimal repose sur quatre piliers : la redéfinition et l'expansion de soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir (*empowerment*) et la relation aux autres. L'Organisation mondiale de la santé appuie en partie cette conception du rétablissement en définissant la santé mentale positive comme un état de bien-être qui permet à l'individu de révéler ses propres capacités, de faire face à des situations stressantes de la vie quotidienne, de s'adonner à des activités productives sources d'épanouissement, et d'apporter sa contribution personnelle à la communauté (World Health Organisation, 2004). Présentée telle quelle, la santé mentale positive ne présente pas que des bienfaits individuels : elle facilite aussi la vie en société. Il s'agit donc là d'une conception de la santé positive qui recadre la question du rétablissement en la contextualisant.

En bref, les interventions promouvant l'expérience du rétablissement accordent une place centrale aux ressources et aux aspirations existentielles de l'individu concerné. Elles s'intéressent aussi de près aux relations qu'il entretient avec lui-même et avec les autres, en vue de l'aider à recourir de manière optimale aux atouts dont il dispose pour exploiter au mieux les possibilités existentielles qui s'offrent à lui. Ce type d'intervention favorise ainsi une réhabilitation identitaire des personnes malades, tout en pourfendant leur stigmatisation et leur marginalisation. Elle tient compte de leurs besoins en matière de santé et se soucie de leur bien-être, mais s'inscrit aussi dans une logique de soins globale, guidée par les principes directeurs de politiques sanitaires administrées à grande échelle. Ceci nous rappelle que la psychologie positive ambitionne tout aussi bien d'améliorer la vie des individus que d'augmenter le bien-être sociétal (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000).

CONTRIBUTIONS APPORTÉES PAR LA PSYCHOLOGIE POSITIVE À LA PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE ET À LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

Quelques données se rapportant aux personnes dépressives

Tout d'abord, force est de constater que les moyens pharmacologiques ne permettent généralement pas d'éliminer tous les

symptômes dépressifs (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti et Belluardo, 1998). En effet, la majorité des personnes dépressives présentent des symptômes résiduels (anxiété, irritabilité, problèmes interpersonnels) à la suite d'un traitement médicamenteux améliorant en grande partie leur humeur. La présence de ces symptômes résiduels signe l'existence d'un rétablissement incomplet, et favorise grandement les rechutes (Fava, Ruini et Belaise, 2007). Les thérapies cognitivo-comportementales réussissent à atténuer plus durablement les symptômes dépressifs, facilitant par cette méthode le recouvrement de la santé. Pour autant, elles ne parviennent pas non plus à résoudre complètement le problème des rechutes qui, malencontreusement, surviennent fréquemment à plus ou moins long terme (Paykel *et al.*, 1999), bien que l'approche de pleine conscience (technique méditative promouvant l'attention portée au moment présent) aide à les éviter (Segal, Teasdale et Williams, 2006).

Aussi, des interventions cliniques positives viennent dorénavant enrichir l'arsenal thérapeutique dont les cliniciens disposent pour traiter de manière optimale et pérenne les états dépressifs (Csillik, Aguerre et Bay, 2012). Rappelons que ces derniers se caractérisent notamment sur le plan symptomatique par un déficit d'émotions positives (se traduisant par une humeur morose), le désinvestissement de certaines activités (parfois teinté d'anhédonie), et le sentiment que son existence manque cruellement de sens (pouvant parfois même conduire à se demander si la vie vaut vraiment la peine d'être vécue). Pour Seligman, Rashid et Park (2006), il ne s'agit pas là uniquement de simples manifestations cliniques, évocatrices d'une détresse psychologique et pouvant faire l'objet d'un diagnostic psychopathologique : il s'agit aussi de causes princeps et de facteurs de pérennisation des états dépressifs.

Partant de là, Seligman et ses collaborateurs (Seligman, Rashid et Park, 2006; Seligman, Steen, Park et Peterson, 2005) proposent aux personnes dépressives de miser sur trois stratégies, sources potentielles de changement, dans le cadre de leur programme de *psychothérapie positive* (comprenant 14 séances) : 1) les aider à accroître leur quota d'émotions positives par l'entremise d'activités plaisantes; 2) les encourager à s'engager pleinement dans certaines activités sources potentielles d'épanouissement psychologique; 3) les inviter à rendre leur vie plus signifiante. Très concrètement, les personnes dépressives peuvent aspirer à rendre leur existence plus plaisante en savourant des expériences positives (via des exercices de *savoring*, requérant notamment de prendre conscience du moment présent), en apprenant éventuellement à se contenter de peu (pour, par exemple, contrecarrer les travers d'une inclination au perfectionnisme), en s'évertuant à refocaliser délibérément leur attention vers des informations positives (via, par exemple, l'exercice quotidien des « *trois bonnes choses* »), en se remémorant des moments heureux et en multipliant les occasions d'exprimer leur reconnaissance envers des personnes (via par exemple la

rédaction et la lecture d'une lettre de gratitude), voire en s'employant à pardonner (à certaines personnes qui leur ont causé du tort, voire à eux-mêmes). L'action de s'engager pleinement dans des activités suppose quant à elle de cultiver préférentiellement des expériences dites *optimales* (accaparant momentanément l'attention, attestant d'une attitude proactive, constituant des défis amenant à se surpasser, et générant subséquemment un état de *flow*), de s'évertuer à mettre en action ses forces psychologiques (de manière innovante, plus diversifiée, plus systématique, etc.), tout en veillant à respecter ses valeurs existentielles (en les affichant plus ouvertement, voire en les prônant). Quant à la quête d'un sens à sa vie, cela présume essentiellement de faire en sorte qu'elle soit plus positivement et résolument tournée vers les autres (Seligman *et al.*, 2006).

Selon Rashid et Osterman (2009), pour (re)devenir acteur de son existence, il importe d'introduire positivement une réflexion sur cette question en s'imaginant à quoi notre vie pourrait bien ressembler si nos principales qualités humaines nous permettaient de surmonter de manière efficiente certains problèmes auxquels nous sommes confrontés (comme, par exemple, des difficultés psychologiques), de relever avec succès certains défis qui nous stimulent (sources potentielles de bien-être et d'épanouissement psychologique), ou si nos forces psychologiques étaient judicieusement mises au service d'actions ou de causes justes (transcendant notre individualité et conférant un sens à notre vie). Cet exercice narratif (dénommé « *Positive introduction* ») est propice à faire naître une motivation envers le changement chez les individus dépressifs en les invitant à décrire les cinq principales forces qui les caractérisent le plus sur le plan psychologique (« *signature strengths* »). Il convient également qu'ils repèrent les forces qu'ils surexploitent ou celles qu'ils utilisent de manière trop exclusive, mais aussi les forces qu'ils ne possèdent pas ou qu'ils sous-utilisent (Rashid, 2008, 2009, 2013, 2015). En effet, comme le soulignent sciemment Peterson et Seligman (2006), la symptomatologie psychopathologique peut se spécifier par un usage excessif de certaines de nos forces psychologiques ou par leur absence. A titre d'exemple, la capacité à apprécier la beauté peut être défaillante chez une personne dépressive, ce qui peut se traduire cliniquement par de l'anhédonie². Un excès de générosité peut quant à lui conduire à négliger ses propres besoins fondamentaux (ce qui peut favoriser l'émergence d'un état dépressif), en répondant toujours favorablement et prioritairement à ceux des autres (ce qui peut de surcroît s'avérer particulièrement intrusif pour eux).

Fava et ses collaborateurs ont plutôt promu l'adoption d'un mode de vie propice au bien-être psychologique pour diminuer les symptômes résiduels de la dépression (comme l'anxiété ou l'irritabilité), pour

2. Ce terme désigne l'incapacité à éprouver du plaisir.

pareillement tendre vers un rétablissement complet et durable (Fava *et al.*, 1998; Fava et Ruini, 2003; Fava, Ruini et Mangelli, 2001). Pour ce faire, Fava et Ruini ont imaginé en 2003 une intervention de groupe, dénommée *thérapie du bien-être (well-being therapy)*. Sur le plan des indications thérapeutiques, ce dispositif clinique peut être proposé à des patients qui répondent mal aux traitements pharmacologiques (anti-dépresseurs par exemple), voire à la place d'un traitement psychologique. Elle peut aussi se présenter comme un précieux complément à un travail cognitivo-comportemental centré sur la diminution des symptômes dépressifs. Enfin, la thérapie du bien-être peut être préconisée à titre préventif pour limiter le risque de rechutes dépressives, tout particulièrement lorsque quelques symptômes résiduels subsistent après un traitement (médicamenteux ou autre), par exemple lorsque l'humeur demeure encore un peu maussade ou lorsque subsiste un fond anxieux.

Sur le plan de son contenu, la thérapie du bien-être de Fava et Ruini est basée sur le modèle multidimensionnel de Carol Ryff (1989) distinguant six composantes du bien-être psychologique, susceptibles d'être cultivées : l'autonomie, la croissance personnelle, la maîtrise de l'environnement, le sens de la vie, les relations positives et l'acceptation de soi. Il s'agit plus précisément d'un programme semi-standardisé recourant à des techniques cognitivo-comportementales classiques, comme la mise en lien de situations précises avec des pensées et des émotions particulières. La différence fondamentale avec une thérapie cognitivo-comportementale standard de la dépression (visant le démantèlement de raisonnements mentaux dépressogènes réactivés en situation de stress) réside dans le fait que l'analyse fonctionnelle (sur laquelle repose le protocole de soin de la thérapie de bien-être) est centrée sur des considérations eudémoniques.

Au cours des huit séances qui composent ce programme, diverses stratégies sont enseignées pour rehausser le niveau de certaines facettes du bien-être psychologique qui paraissent insuffisamment représentées chez un individu donné. Or, lorsqu'on invite des personnes présentant une forte détresse émotionnelle à s'intéresser de près à leurs expériences de bien-être, elles sont malencontreusement bien souvent sujettes à développer des pensées négatives, voire des sentiments de culpabilité, sources d'un mal-être psychologique (Fava, 2016; Fava et Ruini, 2013). Ce processus contreproductif est lié à la réactivation de schémas cognitifs dysfonctionnels qui tendent automatiquement à interrompre l'expérience de bien-être (imaginée ou expérimentée). C'est pourquoi la thérapie du bien-être nécessite (notamment) un travail de restructuration cognitive de ces pensées négatives en vue de faciliter l'usage de stratégies de bien-être que les personnes dépressives n'acceptent pas toujours spontanément d'adopter. A contrario, il peut arriver que certaines sphères du bien-être soient surinvesties par la personne dépressive, au détriment

d'autres. Le travail va ici plutôt consister à relâcher certains efforts déployés pour cultiver une forme de bien-être (par exemple vouloir assurer son bien-être en maîtrisant coûte que coûte son environnement), en vue de se mettre en quête d'autres formes de bien-être (reposant par exemple sur l'établissement de relations sociales épanouissantes ou la recherche d'un sens à sa vie).

Quelques données se rapportant aux personnes souffrant de douleurs chroniques

Avant d'aborder le cas de figure particulier des douleurs chroniques, notons tout d'abord que certains outils d'évaluation classiquement adoptés par les psychologues de la santé peuvent inopinément contribuer à véhiculer une représentation plutôt négative de la manière dont les personnes se représentent et font face à certaines conditions somatiques chroniques (Aspinwall *et al.*, 2010). A titre d'exemples, bon nombre de travaux ont été menés sur les personnalités dites « pré-morbides » (type C prédisposant au cancer, types A et D prédisposant aux maladies cardiovasculaires, etc.), l'anxiété envers la santé (pouvant prendre une allure hypocondriaque), certaines manières dysfonctionnelles de gérer la maladie somatique (dramatisation, optimisme irréaliste, kinésiophobie, abus d'antalgiques, repli sur soi, etc.) et le sentiment d'impuissance qu'elle peut parfois générer. Il est donc important de rétablir un équilibre en s'intéressant davantage aux traits de personnalité salutogènes, aux croyances fonctionnelles, aux stratégies de coping efficaces, au soutien social étayant, mais aussi au bien-être et à la qualité de vie (nonobstant le fait que ce concept ait initialement été promu par des études menées auprès de personnes atteintes d'un cancer). En effet, un nombre grandissant de travaux tend à montrer que la santé mentale positive serait un important facteur de résilience sur le plan de la santé physique. Elle favoriserait notamment la survie et le rétablissement à la suite d'une pathologie somatique sévère, en réduisant par exemple la probabilité de développer des problèmes cardio-vasculaires, ou en diminuant de manière significative le taux de cortisol sanguin (résultats d'études rapportés par Trompetter, Kleine et Bohlmeijer, 2016).

Sur le plan interventionnel, la psychologie positive peut aussi apporter une contribution intéressante à la psychologie de la santé (Taylor et Sherman, 2004). En effet, le travail clinique porte encore essentiellement de nos jours sur le repérage de coping dysfonctionnels adoptés par les personnes atteintes de pathologies somatiques chroniques, en vue de les inciter à utiliser d'autres stratégies, plus adaptées aux défis adaptatifs auxquels elles doivent faire face. A titre d'illustration, le fait d'échafauder mentalement des scénarios négatifs a été clairement identifié comme un facteur alimentant à la fois la détresse émotionnelle et les douleurs physiques. Néanmoins, force est de constater que les pratiques cliniques

des psychologues de la santé ont considérablement évoluées depuis quelques dizaines d'années. De nos jours, elles intègrent volontiers aussi des procédés visant à promouvoir le bien-être des individus (malades ou susceptibles de le devenir), ou à renforcer leurs capacités de rebond psychologique, en vue d'accélérer ou de parfaire leur rétablissement (Majani, 2011).

Plus spécifiquement, il paraît envisageable de cultiver des émotions positives, quand bien même on souffre chroniquement de douleurs physiques (Flink, Smeets, Bergbom et Peters, 2015; Tamir et Gross, 2011). Ces émotions aident les personnes ayant des douleurs chroniques à mieux identifier leur ressenti (Tooyserkani, Besharat et Koochi, 2011), à moins dramatiser leur état et à augmenter leurs capacités fonctionnelles (Flink *et al.*, 2015), mais aussi à mieux gérer leur état de santé de manière à ce qu'il ne les empêche pas de tisser des relations sociales de qualité (Park et Sonty, 2010). De plus, les émotions positives favorisent la résilience psychologique des personnes présentant des douleurs chroniques (Sturgeon et Zautra, 2013). Ces différents constats plaident à nouveau en faveur de l'hypothèse qu'un mal-être physique n'est pas nécessairement incompatible avec un sentiment de bien-être psychologique.

Le bémol est que certaines personnes souffrant de douleurs chroniques, à l'instar de certains patients atteints de dépression, présentent des difficultés à accéder à un sentiment de bien-être. Fava (2016) relève ce dénominateur commun entre certains patients dépressifs et les personnes enclines à développer des douleurs chroniques, en évoquant l'existence des « *pain-prone-patients* » naguère dépeints par Engel (1959). Il s'agit plus précisément de patients avec des souffrances chroniques qui semblent être l'expression somatique d'une détresse psychique non résolue, d'origine ancienne et d'étiologie complexe. En effet, une conjonction de facteurs, interagissant entre eux, les prédispose bien souvent à développer au long cours des douleurs physiques : une enfance difficile, des traumatismes affectifs, une agressivité mal canalisée, des antécédents personnels de douleurs /ou l'existence de proches souffrants (auxquels les patients se sont identifiés). Il est de surcroît probable que les douloureux chroniques et les dépressifs, notamment à force d'essayer des échecs thérapeutiques, développent la conviction intime de ne pas être à la hauteur pour gérer leur condition (faible auto-efficacité personnelle), voire éprouvent un sentiment d'impuissance teinté de résignation, qui les découragent par avance à fournir les efforts nécessaires pour aller mieux.

BIENFAITS ET MÉCANISMES D'ACTION PRÉSUMÉS DES INTERVENTIONS POSITIVES³

Les exercices classiquement préconisés en psychologie positive pour promouvoir le bien-être permettent d'améliorer significativement la symptomatologie dépressive, comme le révèle une méta-analyse de 51 études réalisée en 2009 par Sin et Lyubomirsky. Dans 20% des cas, ils donnent même de meilleurs résultats qu'une thérapie cognitivo-comportementale standard, et leurs effets bénéfiques surpassent ceux des antidépresseurs dans 8% des cas (Seligman, Steen, Park et Peterson, 2005). Deux exercices tendent tout particulièrement à diminuer la symptomatologie dépressive et à rehausser le sentiment de bien-être dans les six mois qui suivent leur adoption : utiliser ses forces psychologiques de manière novatrice et nommer quotidiennement trois bonnes choses qui nous sont arrivées durant la journée. Le fait de s'entraîner à exprimer sa gratitude engendre en revanche des bienfaits moins durables, puisqu'ils tendent à s'estomper chez les dépressifs au bout de seulement un mois (Seligman *et al.*, 2005). Une seconde méta-analyse a examiné les données de 39 études totalisant 6139 participants, dont certains présentaient des troubles psychopathologiques (Bolier *et al.*, 2013). Il en ressort que les interventions positives parviennent modestement à réduire les symptômes dépressifs (faible taille d'effet), réussissant principalement à augmenter le sentiment de bien-être (taille d'effet modéré). Une troisième et récente méta-analyse (Weiss, Westerhof et Bohlmeijer, 2016) atteste plutôt du fait que les interventions positives s'avèrent, en moyenne, modérément efficaces à court terme (d de Cohen = 0,44; $z = 5,62$; $p < 0,001$). Seuls leurs bienfaits sur le bien-être tendent à perdurer un peu, deux à dix mois après, bien que demeurant de faible amplitude (petite taille d'effet, de l'ordre de 0,22).

Notons de surcroît que les populations cliniques retirent généralement davantage de bienfaits des interventions positives que les personnes bien portantes (Weiss *et al.*, 2016). Ce constat se vérifie tout particulièrement chez les personnes dépressives, lesquelles présentent une marge d'évolution positive plus importante que les personnes bien-portantes (Sin et Lyubomirsk, 2009). De surcroît, il s'avère que plus les personnes sont dépressives, plus leurs chances de tirer profit des exercices de psychologie positive qui leur sont proposés sont grandes. Notons en outre qu'une prise en charge individuelle s'avère généralement plus efficace qu'une intervention de groupe (Weiss *et al.*, 2016), et que les exercices préconisés dans le cadre des interventions positives favorisent l'instauration et le maintien d'une alliance thérapeutique de qualité (Rashid, 2015).

3. En plus des interventions positives rapportées ici, signalons l'article de Cobb, Stone et Park sur l'efficacité des interventions favorisant le bonheur dans le présent dossier thématique. NDLR

La théorie de « construction et d'élargissement des ressources » (*broaden-and-build theory*)⁴, proposée par Barbara Fredrickson (2001) permet de comprendre en quoi le fait de cultiver des émotions positives aide à préserver sa santé et à accroître son bien-être. À la différence des émotions négatives (peur, colère, tristesse, etc.) qui sont principalement au service de la survie de l'individu, les émotions positives (joie, contentement, etc.) favorisent l'élargissement et la construction de ressources biopsychosociales aidant à gérer les situations stressantes et à bénéficier d'une santé mentale florissante (Garland *et al.*, 2010). Chez les personnes atteintes de pathologies mentales (du type troubles anxieux, dépressifs, schizophréniques), les émotions positives contrecarrent les effets délétères de la spirale de la négativité, et facilitent de la sorte la régulation émotionnelle. Plus spécifiquement, elles renforcent les capacités de résilience face à la dépression, en modifiant notamment la connectivité synaptique dans le cortex préfrontal médian (Burgdorf, Colechio, Stanton et Panksepp, 2016).

Sur le plan somatique, les émotions positives favorisent le bon fonctionnement du système nerveux autonome (appréciable via le tonus vagal), qui facilite à son tour la production d'émotions positives, a fortiori si la personne nourrit de bonnes relations sociales et cultive la bienveillance envers autrui (Kok et Fredrickson, 2010). Une recension de la littérature (Garland *et al.*, 2010) suggère d'autre part que les processus psychologiques, alimentant la détresse émotionnelle inhérente aux pathologies anxieuses, dépressives et schizophréniques (état soucieux, dysphorique, voire anhédonique), sont susceptibles d'être neutralisés avec succès en recourant à des interventions induisant la production d'émotions positives. Ces divers constats nous invitent à nourrir une réflexion trans-diagnostique pour comprendre comment les interventions positives peuvent favoriser la régulation des émotions (Hechtman, Raila, Chiao et Gruber, 2013).

Selon Quoidbach, Mikolajczak et Gross (2015), le quota d'émotions positives peut être augmenté via l'adoption de cinq stratégies impliquées dans le processus de régulation émotionnelle (comme le stipule le modèle de Gross, 1998) : opérer un tri sélectif des situations, tenter de les modifier, déployer son attention, effectuer des réévaluations cognitives et moduler sa réponse émotionnelle. En l'état des connaissances actuelles, l'augmentation à court terme des émotions positives semble attribuable aux trois dernières stratégies citées. Afin de générer sur le long terme des émotions positives, il apparaît en revanche plutôt judicieux de savoir opérer un tri sélectif des situations, tout en continuant à déployer son attention, comme les interventions positives d'ailleurs s'y emploient.

4. L'article de M. Tugade, qui traite de la théorie de B. Fredrickson et des recherches qu'elle a suscitées, sera publié dans la deuxième partie du présent dossier thématique (juin 2017). NDLR

Selon une logique écosystémique prônant l'*émotivité*, il s'avère aussi primordial de diversifier le plus possible la gamme des émotions ressenties (Quoidbach, Gruber, Mikolajczak, Kogan, Kotsou et Norton, 2014). Une bonne flexibilité psychologique apparaît aussi comme un gage de bonne santé (Kashdan et Rottenberg, 2010). Fort heureusement, les êtres humains sont dotés d'une plasticité cérébrale autorisant certains remaniements émotionnels et cognitifs, comme le montrent certains résultats d'études menées dans le domaine des neurosciences affectives (Garland *et al.*, 2010).

D'autres études montrent tout particulièrement l'intérêt de cultiver la bienveillance envers soi-même (Germer et Neff, 2013; Neff, Rude et Kirkpatrick, 2007; Neff et Tirsch, 2013), via notamment des exercices de méditation appropriés, centrés sur la bonté et l'affection (*loving-kindness meditation*), qui sont propices à l'émergence d'émotions positives (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek et Finkel, 2008). Il s'agit en effet d'un précieux atout pour vivre de manière plus sereine une maladie chronique (Sirois, Molnar et Hirsch, 2015). Il s'agit aussi d'un important facteur de résilience sur le plan psychopathologique, dans la mesure où la bienveillance envers soi-même réduit la propension à développer des affects négatifs en diminuant la tendance à l'auto-critique et aux ruminations (Trompetter *et al.*, 2016). Sur le plan somatique, la méditation compassionnelle améliore le fonctionnement des systèmes immunitaire et neuroendocrinien (Pace *et al.*, 2009). Elle diminue de surcroît les souffrances physiques et la détresse émotionnelle des personnes en proie à des douleurs chroniques, en amenuisant leur propension à la colère (Carson *et al.*, 2005).

Notons, pour finir, que la santé mentale positive des Canadiens fait depuis peu l'objet d'une veille sanitaire à l'échelon national, basée sur la prise en considération de 25 paramètres (relevant du domaine individuel, familial, communautaire ou sociétal). In fine, il s'agit de les encourager à prendre davantage soin de leur état de santé mentale positive (en vue de la préserver et/ou de l'améliorer), et de diminuer de la sorte la probabilité qu'ils développent par la suite certaines maladies chroniques (Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae et Jayaraman, 2016). En Europe, une attention particulière devrait être accordée aux femmes qui ont généralement une moins bonne santé positive que les hommes, à l'instar des personnes âgées, socialement isolées, ou ayant des difficultés économiques (Lehtinen, Sohlman et Kovess-Masfety, 2005). Quoiqu'il en soit, il est bon de s'interroger au préalable sur le caractère universel du concept de santé mentale positive, en examinant les spécificités culturelles de ses définitions (Vaillant, 2012).

ÉPILOGUE : LA PSYCHOLOGIE POSITIVE EST-ELLE SOLUBLE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE?

Pléthore de travaux scientifiques se sont focalisés sur le mal-être des individus atteints d'une maladie mentale ou somatique, mais aussi sur les facteurs les prédestinant à tomber malades ou prédictifs d'une aggravation tangible de leur état de santé physique, avec son potentiel cortège de corrélats délétères (douleur chronique, handicap fonctionnel, détresse émotionnelle, etc.). Sur un plan idéologique, la psychologie positive modère cette inclination au pathocentrisme, en refocalisant judicieusement l'attention des chercheurs et des praticiens sur la santé physique et somatique des individus, leurs ressources psychologiques et leurs capacités de résilience (sens de la vie, cohérence, *hardiness*, coping actif, etc.) face à la pathologie, quelle qu'elle soit. De surcroît, elle transcende les clivages corporatistes entre les psychopathologues (s'intéressant à la santé mentale) et les psychologues de la santé (s'intéressant au somatique), en rejetant l'idée d'un dualisme cartésien séparant le corps et l'esprit. En résumé, en promouvant l'idée que le bien-être psychologique n'est pas forcément fonction d'une bonne santé physique, la psychologie positive s'emploie à promouvoir une conception plus complexe de la santé et du rétablissement, qui s'avère féconde sur le plan clinique.

Sur un plan plus large, la psychologie positive procure de l'espoir aux patients en leur faisant entrevoir des possibilités de croissance et d'aguerrissement psychologiques, voire de croissance post-traumatique, dont ils ne soupçonnent pas toujours l'existence. En effet, il n'est pas nécessairement évident pour eux de concevoir qu'ils puissent ressentir un état de bien-être et qu'ils puissent bien fonctionner sur le plan psychologique en dépit des problèmes de santé qu'ils rencontrent ou ont rencontré par le passé. De surcroît, pour certains d'entre eux, il est difficile de s'autoriser à aller mieux, en raison de schémas de pensées limitants qui entravent cette possibilité. Un minimum de bienveillance envers soi-même est une prémisses indispensable pour que les personnes aspirant à la pleine forme physique et mentale acceptent de poursuivre deux objectifs potentiellement complémentaires : non seulement d'agir sur leurs symptômes (pour en réduire l'importance et les conséquences délétères), mais aussi cultiver leur bien-être. Rappelons que ce dernier peut contrebalancer positivement l'état de souffrance (physique et morale), mais aussi favoriser l'émodiversité en élargissant le champ expérientiel (devenant alors moins polarisé sur la souffrance).

Forte de ces constats, la psychologie positive réinvente actuellement le métier de clinicien, en plaidant en faveur du pluralisme des pratiques et de leurs fructueuses complémentarités. A ce titre, elle se présente selon nous comme un véritable plaidoyer plébiscitant une approche thérapeutique multimodale et intégrative de la santé et de la maladie. Il

n'en demeure pas moins que de plus amples recherches sont nécessaires pour définir quelles sont les combinaisons les plus opérationnelles de plusieurs niveaux d'intervention thérapeutiques, visant des objectifs à la fois différents et complémentaires. A ce jour, quelques essais cliniques centrés sur le traitement cognitivo-comportemental de symptômes (anxiodépressifs notamment) ont incorporé avec succès des interventions positives visant à développer parallèlement un sentiment de bien-être. Il en ressort que la synergie thérapeutique est une valeur ajoutée sur le plan clinique, puisqu'elle favorise un rétablissement optimal, nonobstant l'existence de problèmes de santé, aussi importants soient-ils. Pour autant, davantage de recherches sont nécessaires pour élucider les mécanismes d'action de ces approches intégratives novatrices dont les résultats sont prometteurs, en identifiant la nature et les effets des processus de changement spécifiquement mobilisés par les interventions positives, en vue de les distinguer de ceux qui sont mobilisés par d'autres types d'interventions (notamment cognitivo-comportementales).

Dans une logique évolutive, prenant en considération le cheminement psychologique individuel, il apparaît aussi judicieux de savoir quels leviers de changement il vaut mieux actionner chez une personne donnée, à un moment précis de son existence (plutôt qu'à un autre). Cela suppose notamment de tenir compte de ses besoins (changeants), de ses aspirations (fluctuantes), au regard des valeurs et des priorités existentielles qui lui sont chères. Ultimement, la psychologie positive œuvre en faveur d'une *gestion de soi* réussie, s'inscrivant dans le cadre d'une quête de bonheur (Van Rillaer, 2012). Elle considère en effet que l'individu est l'acteur principal de sa santé et de son rétablissement, étant doté d'une grande liberté gestionnaire. Aujourd'hui, les interventions positives sont des outils précieux mis à sa disposition pour l'aider à élargir l'éventail de ses possibilités d'action et d'évolution.

RÉFÉRENCES

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Aspinwall L. G., Richard D. et Tedeschi G. (2010). The value of positive psychology for health psychology : Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. et Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions : A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1-20.
- Burgdorf, J., Colechio, E. M., Stanton, P. et Panksepp, J. (2016). Positive emotional learning induces resilience to depression: a role for NMDA receptor-mediated synaptic plasticity. *Current Neuropharmacology*, 14(8). doi : 10.2174/1570159X14666160422110344
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M. et Thorp, S. R. (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain results from a pilot trial. *Journal of Holistic Nursing*, 23(3), 287-304.
- Csillik, A., Aguerre, C. et Bay, M. (2012). Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques. *Annales médico-psychologiques*, 170(8), 541-546.
- Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. *The American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918.

- Fava, G. A. (2016). Well-being therapy : Current indications and emerging perspectives. *Psychotherapy et Psychosomatics*, 85(3), 136-145.
- Fava G. A., Rafanelli, C., Grandi S., Conti, S. et Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fava, G. A. et Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy et Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.
- Fava, G. A. et Ruini, C. (2013). Well-being therapy: Theoretical background, clinical implications, and future directions. Dans S. A. David, I. Boniwell et A. C. Ayers (dir.), *The Oxford handbook of happiness* pp. 1037-1049). New York, NY : Oxford University Press.
- Fava, G. A., Ruini, C. et Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(03), 307-317.
- Fava, G. A., Ruini, C. et Mangelli, L. (2001). Patients with depression can be taught how to improve recovery. *British Medical Journal*, 322(7299), 1428-1428.
- Flink, I. K., Smeets, E., Bergbom, S. et Peters, M. L. (2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 7, 71-79.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. et Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality et Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S. et Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-864.
- Germer, C. K. et Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867.
- Hechtman, L. A., Raila, H., Chiao, J. Y. et Gruber, J. (2013). Positive emotion regulation and psychopathology : A transdiagnostic cultural neuroscience approach. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 502-528.
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C. et Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: Its time has come. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675-683.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY : Basic Books.
- Joseph, S. et Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology : Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 830-838.
- Kashdan, T. B. et Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health et Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting et Clinical Psychology*, 73(3), 539.
- Keyes, C. L. (2010). *Flourishing*. Hoboken, NJ : John Wiley et Sons.
- Keyes, C. L. et Bouffard, L. (2005). Une conception élargie de la santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 145-163.
- Keyes, C. L. et Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. Dans C. R. Snyder, et S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 45-59). New York, NY : Oxford University Press.
- Keyes, C. L. et Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172
- Kok, B. E. et Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart: Autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, 85(3), 432-436.

Regards croisés sur la santé et le bien-être

- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M. et Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22, 71-87.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Glas, C. A. et Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560.
- Lehtinen, V., Sohlman, B. et Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice et Epidemiology in Mental Health*, 1(9), 1-7.
- Maddux, J. E. (2002). Le DSM et l'idéologie de la maladie. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 25-41.
- Maddux, J. E. (2008). Positive psychology and the illness ideology : Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology*, 57(s1), 54-70.
- Majani G. (2011). Positive psychology in psychological interventions in rehabilitation medicine. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1; Suppl A), A64-68.
- Miller S. M., Sherman A. C. et Christensen A. J. (2010). Introduction to special series: the great debate: Evaluating the health implications of positive psychology. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 1-3.
- Neff, K. D., Rude, S. S. et Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K., D. et Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. Dans T. B. Kashdan et J. Ciarrochi (dir.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (p. 78-106). Oakland, CA : Context Press /New Harbinger Publications.
- Organisation mondiale de la santé (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Débat et actes finaux de la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L. et Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada : The development of the positive mental health surveillance indicator framework. *Chronic Diseases et Injuries in Canada*, 36(1). Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/36-1/assets/pdf/ar-01-eng.pdf>
- Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., ... Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87-98.
- Park, S. H. et Sonty, N. (2010). Positive affect mediates the relationship between pain-related coping efficacy and interference in social functioning. *The Journal of Pain*, 11(12), 1267-1273.
- Paykel E. S., Scott J., Teasdale J. D., Johnson A. L., Garland A., Moore R. et Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 829-835.
- Peterson, C. et Seligman, M. E. (2006). The Values in Action (VIA) classification of strengths. Dans M. Csikszentmihalyi et I. Csikszentmihalyi (dir.), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (p.29-48), New York, NY : Oxford Press..
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Provencher, H. et Keyes, C. L. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589.
- Quoidbach J., Gruber, J., Mikolajczak, M., Kogan, A., Kotsou, I. et Norton, M. I. (2014). Emodiversity and the emotional ecosystem. *Journal of Experimental Psychology*, 143(6), 2057-2066.
- Quoidbach J., Mikolajczak, M. et Gross J. (2015). Positive intervention: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, 141(3), 655-693.

- Rashid, T. (2008). Positive psychotherapy. *Positive Psychology: Exploring the Best in People*, 4, 187-217.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice, *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466.
- Rashid, T. (2013). Positive psychology in practice: Positive psychotherapy. Dans S. J. Lopez (dir.), *The Oxford handbook of happiness* (p. 978-993): New York, NY : Oxford University Press.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Rashid, T. et Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 488-498.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality et Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. et Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy et Psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Segal, Z., Teasdale, J. et Williams, S. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57(s1), 3-18.
- Seligman, M. E. P. et Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. et Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. et Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... Subramaniam, M., (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499-507.
- Sin, N. L. et Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions : A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S. et Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347.
- Sturgeon, J. A. et Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: Perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3), 1-9.
- Tamir, M. et Gross, J. J. (2011). Beyond pleasure and pain? Emotion regulation and positive psychology. Dans K. M. Sheldon, T. B. Kashdan et M. F. Steger (dir.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 89-100). Oxford, Grande-Bretagne : University Press.
- Taylor, S. E. et Sherman, D. K. (2004). Positive psychology and health psychology: A fruitful liaison. *Positive Psychology in Practice*, 305-319.
- Tooyserkani, M. A., Besharat, M. A. et Koochi, S. (2011). The moderating role of positive and negative affects on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *Procedia-Social et Behavioral Sciences*, 30, 154-158.
- Trompeter, H. R., Kleine, E. et Bohlmeijer, E. T. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy et Research*, 1-10.
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93-99.
- Van Rillaer, J. (2012). Mieux se gérer pour plus de bonheur. *PSY-Émotion, Intervention, Santé*, 15-39.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J. et Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 11(6), e0158092.

Regards croisés sur la santé et le bien-être

- Winzer, R., Lindblad, F., Sorjonen, K. et Lindberg, L. (2014). Positive versus negative mental health in emerging adulthood: A national cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14(1), 1238-1247.
- Wood, A. M. et Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217.
- Wood, A. M. et Tarrrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829.
- World Health Organisation (2004). *Promoting mental health: Concepts emerging evidence and practice*. Summary report, Geneva, Suisse : World Health Organization.

RÉSUMÉ

Cet article vise à donner un aperçu de ce que la psychologie positive peut apporter à la psychopathologie et à la psychologie de la santé, en vue de mettre en lumière quelques-unes de leurs complémentarités. Nous montrerons dans un premier temps comment la psychologie positive a contribué à revisiter les questions de santé et de rétablissement, en soulignant l'importance de promouvoir une santé positive et un rétablissement complet. Nous illustrerons notre propos en relatant quelques résultats d'études portant sur la dépression et la douleur chronique. Puis nous soulignerons les bienfaits de dispositifs cliniques permettant de cultiver des émotions positives et un sentiment de bien-être, en essayant de cerner les processus de changement qu'ils mobilisent.

MOTS CLÉS

psychologie positive, santé positive, bien-être, rétablissement, dépression, douleur

ABSTRACT

This article aims at giving an overview of what positive psychology can provide to psychopathology and health psychology in order to highlight their complementarities. First, we will show how positive psychology has contributed to reexamine the issues of health and recovery, stressing the importance of promoting positive health and a complete recovery. We illustrate our topic by describing some results from studies on depression and chronic pain. Then we will emphasize the benefits of clinical strategies that cultivate positive emotions and a sense of well-being, by trying to identify the change processes they mobilize.

KEY-WORDS

positive psychology, positive health, well-being, recovery, depression, pain
