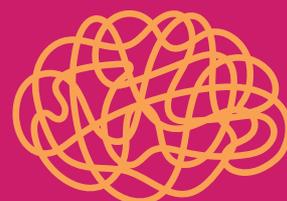


Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale

Synthèse
de la littérature
scientifique



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève

IMPRESSUM

Éditeur

minds - Promotion de la santé mentale à Genève

Auteurs

Andrea Pereira, minds
Caroline Dubath, minds

Relectures

Conseil scientifique de minds

Série et numéro

minds 02/2022

Référence bibliographique

Pereira, A., & Dubath, C. (2022). *Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique* (minds 02/2022). Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

Renseignements – informations

minds
Rue Rothschild, 50
1202 Genève
Tél. 022 900 07 11
contact@minds-ge.ch
www.minds-ge.ch

Illustrations

Lorraine Pastre

Mise en page – graphiques

Axel Guérineau, Atelier Graphique

Téléchargement du fichier pdf

<https://minds-ge.ch/l-observatoire>
Publications de l'Observatoire (gratuit)

Commandes d'imprimés

Tél. 022 900 07 11
observatoire@minds-ge.ch

Table des matières

Résumé	3	Déterminants de la recherche d'aide....	27
La santé mentale	4	Déterminants socio-démographiques	27
La promotion de la santé mentale	7	L'auto-assistance (self-help).....	28
Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale	7	La recherche d'aide auprès de sources informelles	29
Self-care	10	La recherche d'aide auprès de sources semi-formelles et formelles	29
Définition	11	Littératie et compétences émotionnelles ..	30
Dimensions du self-care	11	Impact sur la santé mentale	31
Le self-care physique	11	Impact de l'auto-assistance (self-help) ...	32
Le self-care psychologique ou émotionnel..	11	Impact de la recherche d'aide auprès de sources informelles	32
Le self-care social	12	Impact de la recherche d'aide auprès de sources formelles et semi-formelles	33
Le self-care spirituel	12	Conclusion.....	33
Impact sur la santé mentale	12	Soutien social à autrui	34
Impact du self-care dans son ensemble	13	Définition	35
Impact de la dimension physique	14	Dimensions du soutien social à autrui ...	35
Impact de la dimension psychologique ou émotionnelle	17	Le soutien émotionnel	35
Impact de la dimension sociale.....	21	Le soutien informationnel.....	36
Impact de la dimension spirituelle.....	23	Le soutien instrumental	36
Conclusion.....	23	Le soutien d'intégration sociale	36
Recherche d'aide.....	24	Déterminants du soutien social à autrui	36
Définition.....	25	Impact sur la santé mentale	37
Sources d'aide.....	25	Conclusion.....	39
L'auto-assistance (self-help).....	26	Conclusion	40
Les sources d'aide informelles	26	Bibliographie.....	44
Les sources d'aide semi-formelles et formelles	26		

Cette synthèse de la littérature scientifique sur les comportements promoteurs de la santé mentale a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche de l'Observatoire de minds intitulé « Comprendre et améliorer la santé mentale de la population genevoise ».

Résumé

Dans ce document, nous avons synthétisé la littérature scientifique sur les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, c'est-à-dire les actions et activités que les personnes peuvent adopter afin de favoriser une bonne santé mentale et réduire la souffrance mentale.

Dans une première partie introductive, nous définissons les concepts clés de la **santé mentale**. Que sont la santé et la **souffrance mentale**? Qu'est-ce que la **promotion** de la santé mentale ?

Nous passons ensuite à la présentation des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. Ceux-ci sont organisés en trois grandes catégories : le **self-care**, la **recherche d'aide**, et le **soutien social à autrui**. Nous présentons les définitions de chacune de ces catégories et de leurs sous-catégories. Nous nous attachons à détailler les impacts sur la santé mentale de chacun des comportements, et, lorsque c'est possible, nous mentionnons également leurs déterminants. De nombreux comportements sont étayés par de solides études scientifiques, même si les mécanismes

sont parfois inconnus. Notamment, on peut relever en particulier les bienfaits du **self-care physique** (par ex., l'exercice physique), ou **émotionnel** (par ex., la pratique de la pleine conscience), de la **recherche d'aide auprès de sources formelles** (par ex., psychothérapeutes), ou encore du **soutien social à autrui de type émotionnel** (par ex., les comportements prosociaux).

Finalement, nous **concluons** brièvement en mentionnant les limites des recherches présentées. Nous nous efforçons d'évaluer la qualité des recherches existantes pour chacun des comportements présentés dans cette synthèse. Chaque lecteur·trice sera libre d'adopter les comportements de son choix sur la base des informations données et de ses préférences personnelles.

La santé mentale

Il n'y a pas de santé sans santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Afin de promouvoir la santé, il est donc crucial de promouvoir la santé mentale. Une bonne santé mentale va au-delà de l'absence de trouble mental et représente une ressource dans laquelle les personnes peuvent puiser pour faire face aux stressors de la vie quotidienne. L'état de santé mentale d'une personne est déterminé par de nombreux facteurs. Ces facteurs déterminants se situent à différents niveaux d'analyse : il existe des déterminants en lien avec les niveaux socio-économique et sociétal, mais aussi des déterminants propres à l'individu (Pereira et al., 2021). Cette synthèse porte sur un type de déterminants individuels : les comportements que les personnes elles-mêmes peuvent adopter pour agir en faveur de leur propre santé mentale (et celle des personnes qui les entourent). Ces comportements sont à leur tour favorisés par d'autres déterminants individuels, socio-économiques et sociétaux. Dans cette synthèse, nous présentons les différents comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, tels qu'identifiés dans la littérature scientifique, leur impact sur la santé mentale des personnes qui les adoptent, et, lorsque c'est possible, les déterminants de ces comportements.

Selon le modèle bidimensionnel de la santé mentale (Keyes, 2007), la santé mentale est composée de deux dimensions : la souffrance mentale d'une part (*mental illness*), et la santé mentale d'autre part (*mental health*) (voir Figure 1). La première dimension représente l'absence ou la présence de symptômes négatifs, tels des symptômes de dépression, d'anxiété généralisée, d'addiction, etc. Ces symptômes peuvent être légers (par ex., une tristesse passagère) ou sévères (par ex., un épisode de dépression majeur).

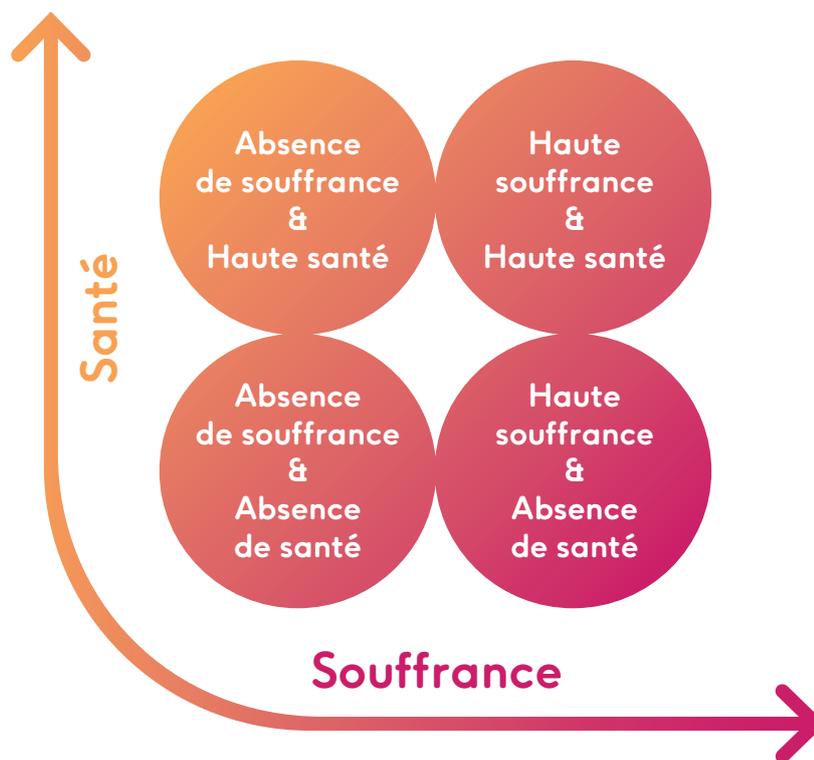
La seconde dimension du modèle représente l'absence ou la présence de symptômes positifs de santé mentale, tels que le bien-être émotionnel (par ex., expérience d'émotions positives), le bien-être psychologique (par ex., acceptation de soi, autonomie) et le bien-être social (par ex., contribution, intégration sociale). Là aussi, ces indicateurs d'une bonne santé mentale peuvent se situer à des niveaux faibles ou élevés.

Un haut niveau de santé mentale associé à un faible niveau de souffrance mentale représente un état de santé mentale florissante. Alors qu'en cas de faible niveau de souffrance mentale associé à un faible niveau de santé mentale, on parle de santé mentale languissante : la personne ne souffre pas, mais ne développe pas son plein potentiel et n'a pas toutes les clés en main pour vivre une vie épanouie. Dans cette synthèse, nous nous intéressons à l'effet des comportements promoteurs sur ces deux dimensions de la santé mentale.

« Une bonne santé mentale va au-delà de l'absence de trouble mental et représente une ressource dans laquelle les personnes peuvent puiser pour faire face aux stressors de la vie quotidienne »



Figure 1. Modèle bidimensionnel de la santé mentale (adapté de Keyes, 2005 ; 2007)



Une bonne ou une mauvaise santé mentale a un impact important sur les personnes et sur la société, avec des coûts à la fois monétaires et non-monétaires. Dans le monde, une personne sur deux souffrira, à un moment ou un autre de sa vie, d'un trouble psychologique. En Suisse, les données indiquent une prévalence de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs variant entre 15 et 34% de la population suisse (Schuler et al., 2020). Ces chiffres sont systématiquement plus élevés pour la population genevoise en comparaison avec la moyenne suisse (Zufferey, 2020). En Suisse, les troubles psychologiques occasionnent 13,6% du total des années de vie perdues en bonne santé (indicateur DALY, pour *Disability-Adjusted Life Year*. Les DALYs expriment l'impact

d'une maladie en années de vie perdues). Ils occupent ainsi la troisième place derrière le cancer et les maladies de l'appareil locomoteur et devant les problèmes cardiovasculaires (Murray et al., 2012). Le poids économique de la dépression seule (coûts directs et indirects) se monte, en Suisse et par année, à plus de 11 milliards de francs (Tomonaga et al., 2013). Enfin, les troubles psychologiques sont la cause la plus fréquente d'invalidité, représentant 48% de tous les rentiers Assurance Invalidité en 2019 (Schuler et al., 2020). Ces chiffres illustrent à eux seuls l'importance d'agir en amont, au niveau sociétal, pour prévenir les troubles mentaux, et l'urgence de promouvoir la santé mentale au sein de la population.

La promotion de la santé mentale

La promotion de la santé en général, et de la santé mentale en particulier, vise à donner aux personnes les moyens d'exercer une influence sur leur propre santé et ainsi, sur leur vie et sur leur avenir. Selon la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la Santé, 1986), promouvoir la santé mentale, c'est renforcer les déterminants d'une bonne santé mentale, c'est-à-dire l'accès à des connaissances, des compétences, des ressources et des environnements favorables à la santé mentale. Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale font partie de ces déterminants. Ils sont à même de favoriser l'émergence de symptômes positifs de santé mentale, et de diminuer l'incidence de symptômes négatifs de souffrance mentale.

« Promouvoir la santé mentale, c'est renforcer les déterminants d'une bonne santé mentale »

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale comprennent toutes les actions, décisions, ou activités qu'une personne peut adopter ou réaliser à titre individuel pour agir en faveur de sa propre santé mentale ou de celle des autres. Ils peuvent être organisés en trois catégories :

Le self-care :

Processus d'engagement intentionnel dans des pratiques qui promeuvent la santé et le bien-être holistique du soi (Lee & Miller, 2013a). Ces pratiques peuvent être physiques, émotionnelles, relationnelles ou spirituelles (Wise & Barnett, 2016).

La recherche d'aide :

Processus par lequel une personne recherche activement un soutien auprès de ressources externes dans le but de résoudre un problème en lien avec ses émotions ou comportements (Rickwood et al., 2005, 2012).

Le soutien social à autrui :

Le fait de procurer à une autre personne le sentiment d'être aimé·e, valorisé·e, et de faire partie d'un réseau social. Le soutien social à autrui peut avoir un impact positif sur la santé mentale non seulement du receveur·euse mais aussi sur celle du donneur·euse (Curry et al., 2018 ; Mowbray et al., 1996).

LES COMPORTEMENTS PROMOTEURS D'UNE BONNE SANTÉ MENTALE



La recherche d'aide



Le soutien social à autrui



Le self-care



Self-care



Le *self-care* (auto-prise en charge en français) est défini par l'OMS comme « la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins » (OMS, 2022). En santé mentale, le concept de *self-care* a fait l'objet de nombreuses études en lien avec les professions psycho-sociales (par ex., les psychologues, psychothérapeutes, assistant·e·s et travailleur·se·s sociaux·les). En effet, ces professions représentent un risque accru pour l'apparition de problèmes de fonctionnement personnel et professionnel, y compris la dépression, l'abus de substances, et le burn-out (Smith & Moss, 2009). Afin de prévenir ces problèmes, les formations à ces métiers particulièrement exposés incluent une composante de *self-care*. Au-delà de la protection de la capacité professionnelle, on reconnaît l'importance et l'efficacité du *self-care* également dans la vie privée. Par exemple, l'OMS considère le *self-care* comme un élément important des politiques de santé (OMS, 2019). En effet, on considère que le *self-care* est en mesure d'améliorer la santé et le bien-être des personnes. Dans cette section, nous définissons le concept avant de décrire les différentes dimensions du *self-care*; puis nous présentons des travaux portant sur l'impact de ces différentes dimensions du *self-care* sur la santé mentale.

Définition

Parmi les nombreuses définitions du self-care qui ont été proposées, on peut noter les éléments communs suivants : une dimension comportementale, une composante intentionnelle, un processus de réflexion sur soi et une conscience de ses besoins, ainsi qu'un but de promotion d'un fonctionnement sain et d'un bien-être ou de prévention de maladies ou de dysfonctionnements (Barnett & Cooper, 2009 ; Colman et al., 2016 ; Dorociak et al., 2017 ; Gladding, 2007 ; Godfrey et al., 2011 ; Lee & Miller, 2013 ; Mayorga et al., 2015 ; Myers et al., 2012 ; World Health Organization Regional Office for South-East, 2014).

Pour les besoins de cette synthèse, nous retenons la définition suivante :

Le self-care est un processus d'engagement intentionnel dans des pratiques qui promeuvent la santé et le bien-être holistique du soi

(Lee & Miller, 2013).

Il consiste en des pratiques routinières et une conscience des différentes facettes de son bien-être (physique, émotionnel, relationnel et spirituel), qui s'appliquent autant à la sphère privée que professionnelle (Wise & Barnett, 2016).

Dimensions du self-care

Bien que les auteur·e·s s'accordent à dire que le self-care implique différentes dimensions, il n'existe pas de consensus quant au nombre et au contenu de ces dimensions. Pour les besoins de la présente synthèse, nous suivons une conceptualisation proposée par l'OMS et suivie par de nombreux·ses auteur·e·s. Cette conceptualisation inclut les quatre dimensions du self-care suivantes : le self-care physique, émotionnel ou psychologique, social, et spirituel (World Health Organization Regional Office for South-East, 2014).



Le self-care physique

La dimension du self-care physique comprend toutes les activités physiques, c'est-à-dire les activités impliquant un mouvement corporel (Richards et al., 2010). Certain·e·s auteur·e·s intègrent également dans cette dimension les activités visant à prendre soin de son corps ou à se détendre (Santana & Fouad, 2017). Par exemple, faire du sport peut être une activité du self-care physique, tout comme le fait de manger sainement, ou de veiller à son sommeil.

Le self-care psychologique ou émotionnel

La dimension du self-care psychologique ou émotionnel fait référence aux comportements favorisant la capacité à maintenir une image positive de soi-même, ainsi qu'à gérer les contraintes de la vie (Lee & Miller, 2013). Cette capacité requiert des compétences de régulation émotionnelle et des choix comportementaux efficaces permettant la réponse à ses besoins. De plus, de nombreux·ses auteur·e·s ont souligné l'importance de l'introspection et de l'écoute attentive de ses besoins. Ce sont souvent des comportements qui ont pour objectif de générer des émotions positives. Il peut s'agir d'activités récréatives agréables qui promeuvent le repos ou la relaxation (par ex., lecture, jardinage), ou favorisent la créativité (par ex., peinture, écriture). Il peut également s'agir d'affirmation de phrases positives visant à maintenir un regard compassionnel envers soi-même (par ex., « Je suis capable, je



peux le faire»). À noter que cette revue de la littérature se focalise sur les comportements qu'une personne peut adopter dans son quotidien pour améliorer sa santé mentale ; pour cette raison, nous ne présentons pas ici les effets des traitements psycho-thérapeutiques.

Le self-care social

Le self-care social est une dimension du self-care qui a trait au réseau social autour de soi. Il s'agit de la construction de relations interpersonnelles positives, solidaires, qui peuvent être plus ou moins importantes, que ce soit dans le domaine privé ou professionnel (Lee & Miller, 2013; Richards et al., 2010; Santana & Fouad, 2017). Cette dimension inclut des comportements en lien avec le maintien et la création de ces liens sociaux, tels que passer du temps avec ses proches, participer à des activités de sa communauté, etc.



Le self-care spirituel

Pour finir, la dimension du self-care spirituel représente la capacité de connexion (avec autrui, le monde, la nature, ou encore une force supérieure), de foi (Lee & Miller, 2013), ainsi que le fait de donner un sens ou un but à sa vie (Richards et al., 2010). La spiritualité peut provenir d'une affiliation religieuse, mais cela n'est pas nécessairement le cas. Cette dimension comprend des comportements tels que la pratique de la prière, mais aussi celles de la méditation et de la pleine conscience (*mindfulness*), et même, dans certains cas, du yoga, bien que celui-ci puisse être conceptualisé comme appartenant également à la dimension physique (Santana & Fouad, 2017; Valente & Marotta, 2005).



« La spiritualité peut provenir d'une affiliation religieuse, mais cela n'est pas nécessairement le cas »

Impact sur la santé mentale

Lorsque la littérature a cherché à comprendre l'impact du self-care sur la santé mentale, elle s'est généralement concentrée sur des populations vulnérables. La population la plus étudiée est celle des professionnel·le·s de la santé mentale, qu'ils et elles soient encore en études ou déjà actif·ve·s (en tant que psycho-thérapeutes, conseiller·ère·s, assistant·e·s sociaux·ales, etc.). Ils et elles sont en effet considéré·e·s comme particulièrement à risque de stress, burn-out, et d'autres problèmes de santé mentale (Barnett & Cooper, 2009). Il est possible que ces populations soient plus réceptives à l'idée d'adopter ces comportements car elles sont susceptibles d'être mieux sensibilisées. Les chercheur·se·s se sont aussi beaucoup intéressé·e·s aux personnes souffrant de maladies chroniques, physiques ou mentales. Cela étant dit, rien ne suggère que les processus observés dans ces populations, une fois les comportements adoptés, ne puissent pas agir au même titre sur une population générale, en particulier dans des situations de souffrance psychologique.

Pour beaucoup d'auteur·e·s, il va de soi que le self-care a un impact bénéfique sur la santé mentale, à tel point que cette relation est souvent implicitement acceptée dans leurs écrits, parfois sans fournir de preuves de leurs affirmations. Néanmoins, de nombreux travaux soutiennent l'existence de ce lien positif entre self-care et santé mentale, et c'est aussi la conclusion d'une

récente revue de la littérature sur la question, qui s'est néanmoins focalisée uniquement sur les professionnel-le-s de la santé mentale (Posluns & Gall, 2020). Dans cette section, nous présentons des travaux qui ont testé les liens entre la santé mentale et le self-care. Nous commençons par les études qui ont testé l'effet de plusieurs types de comportements de self-care dans leur ensemble, puis nous présentons les études qui ont examiné l'effet d'un comportement particulier, en organisant notre présentation en fonction de la dimension de self-care concernée (physique, psychologique/émotionnel, social, et spirituel).

Impact du self-care dans son ensemble

Plusieurs travaux ont examiné l'effet des comportements de self-care dans leur ensemble, sans distinction en fonction des sous-dimensions. À l'exception d'une seule étude qui ne trouve pas de lien significatif (Killian, 2008), les travaux indiquent majoritairement que l'adoption de comportements de self-care a des conséquences positives sur la santé mentale (Posluns & Gall, 2020). Cet effet passe à la fois par une augmentation des symptômes positifs de santé mentale, et par une diminution des symptômes négatifs de souffrance mentale.

Concernant l'axe positif de la santé mentale, une méta-analyse comportant 17 études et 1'890 participant-e-s (des étudiant-e-s en psychologie) montre que l'adoption de comportements de self-care augmente le sentiment d'épanouissement personnel et de satisfaction dans la vie (Colman et al., 2016). D'autres études ont montré que la fréquence des comportements de self-care est positivement corrélée au bien-être (Richards et al., 2010; Zahniser et al., 2017), à la qualité de vie (Goncher et al., 2013), à une augmentation des émotions positives et de la performance académique (Zahniser et al., 2017).

Concernant l'axe de souffrance mentale, des auteur-e-s ont montré que l'adoption de comportements de self-care est liée à une diminution de la détresse émotionnelle (Colman et al., 2016; Zahniser et al., 2017), du stress (Colman et al., 2016; Mayorga et al., 2015; Zahniser et al., 2017), du risque de burn-out (Barnett et al., 2007; Butler et al., 2017; Santana & Fouad, 2017; Zahniser et al., 2017), du risque de stress traumatique secondaire (Butler et al., 2017), ainsi que des émotions négatives (Zahniser et al., 2017). Certain-e-s auteur-e-s ont montré que les effets bénéfiques du self-care sont dus à sa capacité protectrice contre les effets négatifs du stress sur le bien-être (Zahniser et al., 2017). On considère ainsi que les comportements de self-care peuvent également prévenir certains troubles psychologiques tels que la détresse émotionnelle et le burn-out (Barnett et al., 2007).

« L'adoption de comportements de self-care augmente le sentiment d'épanouissement personnel et de satisfaction dans la vie »

Impact de la dimension physique

Au sein de la dimension physique de self-care, on peut inclure l'exercice physique (en particulier le yoga, voir ci-dessous), le sommeil, et l'alimentation. Une approche développée par des chercheur·se·s de l'Université de Stanford propose ces trois éléments comme la « triade gagnante » pour la santé mentale (HEPAS: Healthy Eating, Physical Activity and Sleep hygiene; Briguglio et al., 2020).



L'impact de l'*exercice physique* sur la santé mentale a fait l'objet d'un très grand nombre d'études et ses effets bénéfiques ne font aucun doute. Plusieurs revues de la littérature (Briguglio et al., 2020; Callaghan, 2004) et pas moins de trois méta-analyses (Ahn & Fedewa, 2011; Rebar et al., 2015; White et al., 2017), ainsi qu'une revue des revues (Biddle & Asare, 2011) ont examiné ce lien. Même si la majeure partie des études sont corrélationnelles et ne permettent donc pas de conclure à un lien de causalité, quelques études expérimentales soutiennent l'existence d'un lien causal entre activité physique et santé mentale. On peut donc conclure que l'activité physique diminue la mauvaise santé mentale (principalement les symptômes dépressifs, mais aussi les symptômes anxieux,

la détresse psychologique, le trauma, et même le déclin cognitif et la démence) et augmente la bonne santé mentale (satisfaction dans la vie, estime de soi, fonctionnement cognitif). Cet effet sur les symptômes dépressifs est aussi important que celui de la psychothérapie et de la prise de traitement antidépresseur (Martinsen, 2008). Chez les personnes avec un diagnostic de schizophrénie, l'exercice physique peut significativement améliorer leurs fonctions cognitives (c'est-à-dire tout ce qui permet à notre cerveau de traiter de l'information, communiquer, percevoir notre environnement, etc.) (Firth et al., 2017). L'une de ces méta-analyses indique également que ce lien bénéfique existe principalement pour l'activité physique liée aux loisirs, et qu'au contraire une activité physique liée au travail (emplois avec contraintes physiques marquées, par ex., sur un chantier, livraisons à vélo, etc.) augmente les symptômes négatifs de souffrance mentale (White et al., 2017). Une grande étude (plus d'un million de participant·e·s américain·e·s) a par ailleurs montré que ces bienfaits sont plus importants pour, dans l'ordre : les sports d'équipe, le vélo, et l'activité cardio-vasculaire (Chekroud et al., 2018). Plusieurs études ont également montré les effets bénéfiques de l'exercice physique sur les symptômes de burn-out et sur la perception de stress (Anderson et al., 2005; Dyrbye et al., 2017; Gerber et al., 2013, 2014, 2015). Les activités d'endurance, le renforcement musculaire, les étirements et les exercices d'équilibre sont tous bénéfiques pour la santé mentale (Briguglio et al., 2020). Ces effets bénéfiques de l'activité physique sont en partie expliqués par des facteurs physiologiques, tels que la production d'hormones et le renforcement de la masse cérébrale.

Le lien entre *sommeil* et souffrance mentale semble également clair, même si des doutes subsistent quant à la direction causale de ce lien : est-ce que les problèmes de sommeil causent la souffrance ou est-ce que la souff-

france cause les problèmes de sommeil ? Ce lien s'explique par le fait que le sommeil joue un rôle crucial dans la cognition (notamment la mémoire) et l'humeur (Briguglio et al., 2020). Une méta-analyse a démontré que les personnes qui souffrent d'un trouble mental (troubles de l'humeur, anxieux, alimentaires, du développement, de la personnalité) ont tendance à simultanément présenter des troubles du sommeil (Baglioni et al., 2016). Une revue systématique présente des résultats indiquant qu'un mauvais sommeil est lié à des troubles dépressifs, anxieux, mais aussi à des démences, aux troubles obsessionnels compulsifs, aux troubles bipolaires ou encore schizophrènes (Briguglio et al., 2020). Une revue systématique conclut également que les problèmes de sommeil (durée de sommeil longue, mauvaise qualité du sommeil, insomnies) sont associés significativement à la dépression et à l'anxiété (Schenk et al., 2021). Une autre revue systématique a montré que les problèmes de sommeil sont responsables de l'effet négatif de l'utilisation des médias sociaux sur les troubles mentaux (Alonzo et al., 2019). D'autres travaux montrent l'existence d'un lien significatif entre d'une part des problèmes de sommeil, et d'autre part la dépression (Dinis & Bragança, 2018), le stress (Åkerstedt et al., 2007 ; McKinzie et al., 2006 ; Myers et al., 2012 ; Ordway et al., 2021), ou encore le burn-out (Söderström et al., 2012 ; Wolf & Rosenstock, 2017).

Concernant la direction de l'effet, une revue systématique conclut à l'existence d'effets bidirectionnels entre les problèmes de sommeil et les troubles dépressifs et anxieux (Alvaro et al., 2013) : de ce point de vue-là, si les problèmes de sommeil peuvent entraîner des symptômes dépressifs et anxieux, les troubles dépressifs et anxieux peuvent eux aussi entraîner des troubles du sommeil. Une autre revue systématique récente se focalisant spécifiquement sur les troubles anxieux a montré que les problèmes de sommeil exacerbent des troubles anxieux tels que

l'anxiété généralisée, les troubles obsessionnels compulsifs, les paniques, les phobies, les états de stress post-traumatique et les anxiétés sociales (Cox & Olatunji, 2016). Les auteur-e-s de cette revue expliquent que si les troubles du sommeil ont été auparavant considérés comme un symptôme des troubles anxieux, on les considère maintenant comme des précurseurs des troubles anxieux. Ils et elles suggèrent que ce lien passe par une altération des fonctions cognitives et un dérèglement du cortisol, lui-même responsable de la régulation du cycle circadien (c'est-à-dire le processus biologique cyclique régulant les journées en 24 heures). Parmi les techniques efficaces pour maintenir une bonne hygiène de sommeil, des travaux mentionnent l'auto-monitorage (tenir un journal de son sommeil) et la création d'un environnement permettant le repos, par ex., en excluant les écrans et en évitant les activités stimulantes physiologiquement ou mentalement proche de l'heure du coucher, et en évitant de se coucher en ayant faim ou soif (Briguglio et al., 2020 ; Posluns & Gall, 2020).

L'alimentation peut également affecter la santé mentale. Dans une revue de la littérature récente (Briguglio et al., 2020), les auteur-e-s expliquent que les nutriments absorbés à travers l'alimentation affectent d'une part le cerveau, et d'autre part le microbiote intestinal, qui ont tous deux un impact sur la santé mentale. Ainsi, une alimentation déséquilibrée (notamment, un surplus de sucre) a été mise en lien avec des troubles mentaux, tels que la dépression.

« Cet effet de l'exercice physique sur les symptômes dépressifs est aussi important que celui de la psychothérapie et de la prise de traitement antidépresseur »

L'alimentation la plus saine recommandée est le régime méditerranéen, qui préconise une consommation abondante d'aliments végétaux diversifiés, et une consommation moindre de produits d'origine animale. Son adoption est en effet efficace pour réduire les symptômes dépressifs. De plus, l'alimentation en pleine conscience (c'est-à-dire le fait de manger avec une attention pleine et entière sur ce qu'on mange) est corrélée positivement à la santé mentale (Khan & Zadeh, 2014).

Le yoga fait partie de la tradition spirituelle indienne. Il correspond à un style de vie éthique et à une pratique spirituelle, et inclut en général des postures du corps, de la respiration et de la méditation, parfois de la relaxation (Klatte et al., 2016). En Occident, le yoga est associé en particulier à une forme d'exercice physique dans lequel les pratiquant·e·s focalisent leur esprit sur des postures avec conscience et concentration méditative (Cramer et al., 2013). De ce fait et bien que nous l'incluons dans la dimension physique du self-care, le yoga peut également être considéré comme une pratique de self-care spirituel. Un nombre important de revues systématiques et de méta-analyses ont examiné l'effet du yoga sur la santé mentale. Incluant 17 essais randomisés contrôlés, une méta-analyse a montré un effet significatif du yoga sur le bien-être psychologique. Cet effet s'observe en comparant les personnes pratiquant le yoga à des personnes sédentaires, mais aucune différence n'est observée entre l'effet du yoga et d'autres types d'activité physique sur le bien-être psychologique (Hendriks et al., 2017). Une autre méta-analyse a montré que le yoga a des effets positifs sur plusieurs aspects liés à la cognition, notamment l'attention, la rapidité de traitement, les fonctions exécutives et la mémoire (Gothe & McAuley, 2015). Concernant les troubles mentaux, plusieurs méta-analyses ont montré un effet significatif du yoga, comparé à

des groupes contrôles, sur la dépression, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique, le stress, l'insomnie, la schizophrénie, les troubles alimentaires, ainsi que l'alcoolisme (Brinsley et al., 2020; Büssing et al., 2012; Cabral et al., 2011; Cramer et al., 2013, 2018; Gong et al., 2015; Gothe & McAuley, 2015; Klatte et al., 2016; Zoogman et al., 2019). Certaines de ces analyses concluent même que l'efficacité du yoga est similaire à celle de la psychothérapie (Brinsley et al., 2020; Klatte et al., 2016). On ne connaît néanmoins pas le mécanisme par lequel le yoga a de tels effets bénéfiques (la respiration, la relaxation, la socialisation, etc.).

L'un des mécanismes possibles pour les effets positifs du yoga est la *relaxation*. La relaxation musculaire a des effets calmants et favorise la distanciation avec les problèmes qui peuvent nous occuper (Li et al., 2020). Plusieurs méta-analyses ont testé les effets de diverses techniques de relaxation incluant : la relaxation musculaire, la relaxation musculaire progressive, l'entraînement autogène (il s'agit d'une technique de relaxation thérapeutique visant à procurer un apaisement du stress et de l'anxiété), la relaxation par imagerie mentale, mais aussi écouter de la musique, recevoir des massages. Certaines études incluent également la pratique du yoga ou de la méditation. Dans l'ensemble, on peut conclure que la relaxation a des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs (Jia et al., 2020; Jorm et al., 2008; Klai-

**« La régulation
émotionnelle joue un
rôle important pour
le bien-être social et
la santé mentale en
général »**

nin-Yobas et al., 2015; Li et al., 2020) et anxieux (Kim & Kim, 2018; Klainin-Yobas et al., 2015; Manzoni et al., 2008) ainsi que sur le bien-être (Vancampfort et al., 2013). Ces effets ont été démontrés chez des adultes et en particulier chez des personnes âgées (Klainin-Yobas et al., 2015) et chez des personnes avec un diagnostic de schizophrénie (Vancampfort et al., 2013). Certaines méta-analyses concluent même que l'effet de la relaxation est aussi important que celui de la psychothérapie, de l'exercice physique et même que celui des antidépresseurs (Jia et al., 2020).

L'exposition à la lumière du jour, par lumière du jour directe ou par l'exposition à des lampes de luminothérapie, a de nombreux bienfaits, notamment sur le sommeil. La luminothérapie part du constat que notre organisme a besoin de la lumière du soleil pour synthétiser l'hormone de la mélatonine, qui nous permet de synchroniser notre rythme biologique (Freyheit, 2009). Une méta-analyse rassemblant 40 études rapporte les effets positifs de la luminothérapie sur le sommeil, les troubles du sommeil auto-déclarés, ainsi que sur le fait de parvenir à avancer l'endormissement tardif (Faulkner et al., 2019). De plus, une revue systématique de la littérature portant sur les stratégies non accompagnées par des professionnel·le·s de la santé mentale dans le traitement de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes et les enfants indique un effet positif de la luminothérapie sur les troubles affectifs saisonniers (Wolpert et al., 2019).

Une étude récente (Kühn et al., 2021) montre que le simple *temps passé à l'extérieur* a un effet positif sur l'humeur et sur le volume de certaines parties du cerveau (cortex frontal, précisément le cortex pré-frontal dorso-latéral), et cela même en contrôlant pour les effets de l'activité physique, de la consommation de liquides, du temps libre, et de l'ensoleillement.

Impact de la dimension psychologique ou émotionnelle

La dimension psychologique ou émotionnelle de self-care inclut des stratégies telles que la régulation émotionnelle, la pleine conscience, le fait de maintenir un équilibre dans sa vie, ou encore la pratique de la gratitude.



La *régulation émotionnelle* joue un rôle important pour le bien-être social et la santé mentale en général (Hu et al., 2014). Deux stratégies principales existent pour réguler ses émotions : la *réévaluation cognitive* et la *suppression émotionnelle*. La réévaluation cognitive consiste à changer l'interprétation cognitive que l'on fait d'une situation émotionnelle, de sorte à changer l'impact émotionnel que cette situation a sur nous (par ex., se dire qu'une personne qui nous a blessé·e ne l'a pas fait intentionnellement peut réduire la tristesse ressentie) (Lazarus & Alfert, 1964). La suppression émotionnelle consiste à inhiber (c'est-à-dire empêcher, réduire) le comportement d'expression émotionnelle (par ex., se retenir de pleurer) (Gross, 1998a, 1998b). Une méta-analyse, regroupant 48 études et plus de 21'000 participant·e·s, a examiné le lien entre la régulation émotionnelle et la santé mentale (Hu et al., 2014). Les deux stratégies susmen-

tionnées ont des effets significatifs à la fois sur la santé et sur la souffrance mentale. La réévaluation cognitive est liée à une meilleure santé mentale (plus haute satisfaction dans la vie et plus d'émotions positives) et une plus faible souffrance mentale (moins de symptômes dépressifs, anxieux, et moins d'émotions négatives), alors que la suppression émotionnelle est liée à une moins bonne santé mentale et une souffrance mentale plus élevée. D'autres études ont également montré que la réévaluation cognitive a de nombreux bienfaits pour la santé mentale : moins de symptômes dépressifs mais aussi un meilleur bien-être, une meilleure estime de soi, plus d'acceptation de soi, plus d'optimisme, plus de sensation de contrôle de son environnement, un meilleur fonctionnement interpersonnel (Gross & John, 2003), et moins de stress (Moore et al., 2008). Là où la réévaluation émotionnelle a des bienfaits pour la santé mentale, la suppression émotionnelle a les méfaits inverses (plus de symptômes dépressifs, moins de bien-être, etc.), et est également liée à des symptômes de stress post-traumatique, anxieux, et dépressifs.

La *méditation* est une pratique mentale qui consiste en une attention focalisée sur un objet (par ex., sa respiration) ou sur un thème (par ex., le changement). La *pleine conscience* (*mindfulness*) représente une attention focalisée sur le moment présent, en prêtant attention aux pensées, émotions et sensations physiques, sans les juger comme étant bonnes ou mauvaises mais en les acceptant simplement. La pratique de la méditation ou de la pleine conscience est également un comportement de self-care qui a des effets positifs sur la santé mentale, et qui peut être classé dans le self-care psychologique mais aussi dans la dimension spirituelle, pour les personnes qui la mettent en œuvre dans le cadre d'une pratique spirituelle ou religieuse. Une méta-analyse portant sur 47 études (plus de 3'000 parti-

cipant-e-s) montre des effets bénéfiques de taille moyenne de la méditation sur l'anxiété, la dépression, et les douleurs physiques (Goyal et al., 2014). Une revue de la littérature résumant 52 articles (Greeson, 2009) explique que cultiver la pleine conscience à travers la méditation est associé à des niveaux plus bas de détresse psychologique, anxiété, dépression, colère et inquiétude. Les personnes qui ont une disposition naturelle à l'état de pleine conscience sont non seulement moins stressées, moins anxieuses et moins dépressives, mais elles sont également plus joyeuses, reconnaissantes, vives, pleines d'espoir, et satisfaites de la vie. Cela étant dit, même un état temporaire de pleine conscience est associé à plus de bien-être. Les explications avancées pour ces effets incluent une réduction des ruminations et une meilleure régulation émotionnelle (Gu et al., 2016). Celles-ci seraient dues au fait que la pratique de la pleine conscience modifie des régions cérébrales impliquées dans la régulation non seulement de l'attention et de la conscience mais aussi celle des émotions. En effet, on note un renforcement du cortex préfrontal (responsable des fonctions exécutives complexes telles que l'attention, la concentration, la régulation) et une meilleure modulation des régions émotionnelles (l'amygdale et le cortex cingulaire antérieur dorsal). En somme, la pratique de la pleine conscience mène à une meilleure attention, une meilleure identification et régulation des émotions, une meilleure conscience de soi, plus de compassion envers soi et de flexibilité psychologique. De plus, la pleine conscience développe la non-réactivité, qui peut à son tour avoir des effets comportementaux bénéfiques en brisant des habitudes impulsives et/ou auto-destructrices, par ex., dans le cas de l'addiction.

**« Les interventions basées sur la pleine conscience
sont efficaces pour réduire les symptômes
négatifs de souffrance mentale »**

Au vu de ces multiples bienfaits, de nombreuses interventions ont été proposées afin de développer la pleine conscience. La plus connue est probablement la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990), un programme de 8 semaines incluant des séances hebdomadaires en groupe (entre 2 et 8 heures) et des séances individuelles quotidiennes (30 à 45 minutes). D'autres interventions existent telles que la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, l'*Acceptance and Commitment Therapy*, ou encore la *Dialectical Behavior Therapy*. De nombreuses méta-analyses ont testé l'effet de ces interventions dans des populations diverses (adultes tout-venants, personnes avec des problèmes de santé mentale, personnes âgées, jeunes adultes, enfants et adolescent·e·s). Globalement, nous pouvons conclure que les interventions basées sur la pleine conscience sont efficaces pour réduire les symptômes négatifs de souffrance mentale tels que la détresse psychologique, le stress, et les symptômes dépressifs et anxieux (Breedvelt et al., 2019; Carsley et al., 2018; Chi et al., 2018; Dunning et al., 2019; Galante et al., 2021; Kallapiran et al., 2015; Khoury et al., 2015; Reangsing et al., 2020; Vibe et al., 2017; Virgili, 2015), mais également pour augmenter le bien-être et la qualité de vie (Galante et al., 2021; Kallapiran et al., 2015; Khoury et al., 2015; Spijkerman et al., 2016). Ces méta-analyses montrent que l'efficacité de ces interventions est généralement largement supérieure

à l'efficacité de ne rien faire (aucun traitement), légèrement supérieure à l'efficacité de contrôles incluant une autre intervention (par ex., relaxation, sommeil), et d'efficacité égale à celle d'autres traitements thérapeutiques (par ex., Thérapie Cognitive-Comportementale).

La *cohérence cardiaque*, technique de gestion du stress qui se base sur une rééducation du système nerveux autonome, permet une meilleure tolérance au stress (Gerard & Dollfus, 2014). Cette technique se base sur le constat suivant : la variabilité du rythme cardiaque est irrégulière et chaotique dans des états d'anxiété, de dépression, de stress ou de colère. À l'inverse, cette variabilité est constante, dans les états de bienveillance, de gratitude et de bien-être (Monié, 2018). Ce sont donc des exercices de respiration, consistant à ralentir le rythme respiratoire (Laborde et al., 2022). Une méta-analyse de 223 études conclut que la méthode de ralentissement de la respiration a de nombreux bienfaits sur la physiologie liée au stress. Notamment, ce ralentissement aide l'optimisation du fonctionnement du système nerveux autonome qui permet alors de réduire les symptômes physiologiques liés au stress (par ex., arythmie sinusale), la diminution de l'anxiété et de l'excitation, et l'augmentation de la résilience et des états de relaxation (Laborde et al., 2022).

Le fait de *maintenir un équilibre* dans sa vie a des effets positifs sur la santé mentale. On entend par équilibre un état dans lequel une personne est satisfaite et épanouie dans plusieurs domaines importants de sa vie avec peu ou pas d'émotions négatives dans d'autres domaines : la personne est capable de distribuer son attention à plusieurs aspects de sa vie sans négliger d'autres aspects importants. On peut atteindre et maintenir un équilibre en ayant des temps de loisirs, en entretenant des intérêts et des passions, en ayant une vision holistique du bien-être, en maintenant des limites entre le travail et la vie personnelle, en ayant une bonne gestion du temps, en prenant des pauses, en ayant des horaires et des lieux de travail flexibles, ainsi que des buts réalistes au travail (Grafanaki et al., 2005 ; Lee et al., 2009 ; Matheson & Rosen, 2012 ; Nurit & Michal, 2003 ; Patsiopoulos & Buchanan, 2011 ; Thériault et al., 2015). Les personnes en état d'équilibre ressentent moins de fatigue émotionnelle, moins de dépression, plus de satisfaction dans la vie, présentent un risque plus faible de burn-out, un plus fort sentiment d'autonomie, de compétence et de connexion (Eakman, 2016 ; Levin et al., 2017 ; Rupert, 2012 ; Rupert & Kent, 2007). À l'inverse, un état de déséquilibre est celui dans lequel la satisfaction dans un domaine pèjore d'autres domaines (Sirgy & Wu, 2009). Un état de déséquilibre, par ex., parce qu'une personne travaille trop, peut mener à du stress (Killian, 2008), de l'épuisement (Scanlan et al., 2013), de l'anxiété et un sentiment d'instabilité (Hill et al., 2016).

Certaines études ont montré les bienfaits de *la pratique régulière d'un hobby*, d'activités de loisirs ou culturelles. Trois études incluant de vastes échantillons (près de 3'000, 9'000, et 17'000 participant-e-s respectivement), et dont deux sont longitudinales, (Fancourt et al., 2020 ; Li et al., 2019 ; Takeda et al., 2015), ont montré des associations positives entre la pratique d'un hobby et la santé mentale : les personnes qui pratiquent des hobbies régulièrement rapportent moins de symptômes dépressifs, et un meilleur bien-être. Le mécanisme par lequel un hobby a cet effet bénéfique n'est pas connu : il pourrait par exemple augmenter le sentiment personnel de maîtrise ou d'accomplissement, donner du sens à la vie, ou offrir plus d'opportunités de socialisation.

Certaines interventions visent à augmenter *la pratique de la gratitude*, c'est-à-dire augmenter l'appréciation que l'on a pour les situations, les personnes et les aspects positifs de nos vies (Cregg & Cheavens, 2021). Deux méta-analyses sur la question concluent que la pratique de la gratitude est efficace pour diminuer les symptômes dépressifs et anxieux et pour augmenter le bien-être, mais que ces effets sont modestes (Cregg & Cheavens, 2021 ; Davis et al., 2016).

« La pratique régulière d'un hobby pourrait par exemple augmenter le sentiment personnel de maîtrise ou d'accomplissement, donner du sens à la vie, ou offrir plus d'opportunités de socialisation »

Impact de la dimension sociale

La dimension sociale du self-care comprend des comportements qui visent à maintenir ou à acquérir des liens sociaux. Ils impliquent donc une personne tierce, tout en ayant pour but premier d'augmenter le bien-être de la personne qui pratique le ou les comportements. Nous distinguons ces comportements de ceux qui visent principalement à favoriser le bien-être d'autrui, bien que ceux-ci puissent également être bénéfiques pour la personne qui initie le comportement. Ces derniers sont présentés dans la section sur le soutien social à autrui, ci-dessous.



Selon une revue systématique, l'isolement social est associé à des troubles mentaux, notamment la dépression (Schenk et al., 2021). L'Approche de l'Identité Sociale (Tajfel et al., 1979; Turner et al., 1987) est un modèle classique en psychologie sociale qui a été largement soutenu par des décennies de recherche. Elle postule, notamment, que le concept de *soi* est composé à la fois d'une *identité personnelle* et d'une *identité sociale*. En conséquence, les groupes sociaux auxquels les personnes appartiennent ont un impact positif sur leur santé mentale. L'*identification à un groupe social* est ainsi associée à un meilleur bien-être (McNeill et al., 2014).

L'identité sociale est également un facteur protecteur pour les membres de groupes désavantagés (Schmitt & Branscombe, 2002), notamment les minorités sexuelles (Chong et al., 2015; Hall, 2018). Dans le cadre professionnel, l'identification à son équipe de travail a un impact positif sur le bien-être et protège contre le burn-out (Haslam, Jetten, & Waghorn, 2009). Certain-e-s chercheur-se-s postulent même que la dépression est un trouble fondamentalement social, lié à des problèmes de liens sociaux. Selon cette théorie, l'identification sociale à des groupes pertinents pour l'identité de soi est un facteur protecteur contre la dépression (Cruwys et al., 2014).

Cet effet positif de l'identification au groupe passe par le fait que ces groupes fournissent une certaine stabilité, et donnent un sens, un but et une direction à la vie. De plus, l'identification à un groupe social fournit un socle fiable de soutien social (Haslam, Jetten, Postmes, et al., 2009). On sait en effet que le soutien social a des effets importants sur la santé physique et mentale des personnes. Il a notamment un effet protecteur contre la mortalité dont l'amplitude est comparable à celle de l'effet délétère d'autres facteurs de risque tels que la fumée, la surconsommation d'alcool, ou encore l'obésité (Holt-Lunstad et al., 2010). Certains travaux montrent que cet effet protecteur du soutien social est plus important entre membres d'un même groupe social, comparé à l'effet protecteur obtenu par le soutien provenant de personnes qui appartiennent à un groupe différent (Haslam, Jetten, Postmes, et al., 2009).

Cette approche a par exemple donné lieu à une intervention visant à améliorer la santé mentale à travers le sentiment d'appartenance à des groupes sociaux. Il s'agit d'une expérience de groupe, en face à face, en cinq modules, visant à augmenter le sentiment de connectivité sociale à travers la construction d'identifications à des groupes

**« Le fait de socialiser,
ou passer du temps avec des proches,
est associé à un meilleur bien-être
et une réduction des troubles mentaux »**

sociaux. Ce programme donne aux personnes les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer leurs appartenances groupales et les identités qui les accompagnent, à travers des exercices et des discussions. Cette intervention a montré une réduction des symptômes dépressifs, d'anxiété et anxiété sociale, du stress et du sentiment de solitude, et une augmentation de la satisfaction dans la vie et de l'estime de soi (Haslam et al., 2016).

Ainsi, le fait de *socialiser*, ou *passer du temps avec des proches*, est associé à un meilleur bien-être et une réduction des troubles mentaux. La fréquence de socialisation avec des ami·e·s ou de la famille est corrélée positivement avec le bien-être mental (Johnson et al., 2013; Price & Launay, 2018). Faire du sport avec un·e partenaire améliore le sens du lien et la motivation à faire du sport, décuplant les bénéfices du sport seul·e (Boyd, 2013). Les interactions sociales sont même en mesure d'améliorer les performances cognitives (Ybarra et al., 2008).

La pandémie COVID-19 a largement mis en évidence ces liens : une revue incluant 25 méta-analyses montre que l'absence de liens sociaux est associée à la dépression, l'anxiété sociale, les problèmes de fonctionnement cognitif, et les pensées suicidaires (Morina et al., 2021). Cet effet a poussé de nombreux·es auteur·e·s à proposer que le terme de « socialisation à distance » est plus approprié que le terme de « distanciation sociale (ou physique) » pour promouvoir les mesures de protection contre la maladie tout en maintenant des liens sociaux (Pandi-Perumal et al., 2021).

Impact de la dimension spirituelle

De nombreux·ses chercheur·se·s se sont intéressé·e·s au lien entre la spiritualité, notamment la religiosité, et la santé mentale. Selon un bon nombre de psychologues, la spiritualité représenterait une source de sens et de stabilité dans un monde incertain, et serait ainsi favorable à la santé mentale (Allport, 1950; Jung, 2001). Selon d'autres, elle fournirait un soutien social, qui servirait de protection contre les stressseurs de la vie (Calicchia & Graham, 2006). Les points communs dans les définitions de la spiritualité utilisées par les différent·e·s auteur·e·s incluent la relation envers quelque chose qui se situe au-delà des dimensions physiques, psychologiques ou sociales de la vie, ainsi qu'une recherche existentielle de sens ou de but dans la vie; à noter également que la spiritualité représente une expérience subjective des personnes qui ne s'exprime pas forcément par des comportements ou des pratiques pré-définies, et qu'elle n'inclut pas forcément une dimension religieuse: des personnes peuvent se considérer comme spirituelles et non religieuses (Sawatzky et al., 2005).

Selon plusieurs méta-analyses, la spiritualité et la religiosité ont des effets positifs sur la santé mentale. On observe ces effets non seulement sur la dimension positive de santé



mentale (satisfaction dans la vie, réalisation de soi, qualité de la vie) mais aussi sur la dimension de souffrance mentale (Garssen et al., 2021; Hackney & Sanders, 2003; Sawatzky et al., 2005). Plus précisément, la religiosité semble diminuer l'anxiété, protéger contre la dépression périnatale et diminuer le risque de consommation de substances (Chitwood et al., 2008; Forouhari et al., 2019; Lara-Cinisomo et al., 2019). Bien que la plupart des études se soient penchées sur les adultes, deux méta-analyses montrent ces bénéfices de la spiritualité et/ou religion également chez les adolescent·e·s et les étudiant·e·s (Forouhari et al., 2019; Wong et al., 2006). Une méta-analyse incluant 23 études a même montré qu'il existe des interventions spirituelles ou religieuses efficaces pour réduire l'anxiété (Gonçalves et al., 2015).

Conclusion

Cette synthèse met en évidence le nombre important de comportements que les personnes peuvent adopter au quotidien afin de promouvoir leur santé mentale. Ce sont des comportements qui visent à faire du bien, et dont l'effet est souvent immédiat. Comme on a pu le voir, il s'agit pour la plupart d'actions simples, peu coûteuses, et accessibles au plus grand nombre (dans les limites relatives à la situation personnelle et professionnelle de chacun·e). Il est important d'informer les populations des effets positifs de ces comportements de self-care: grâce à ces informations, les personnes sont en mesure d'agir (ou non) en faveur de leur propre santé mentale en adoptant les comportements de self-care de leur choix. Néanmoins, même en réalisant toutes ces actions régulièrement, toute personne va traverser des moments ou des périodes dans lesquelles le recours à des ressources extérieures est nécessaire et utile. Le chapitre suivant porte sur le comportement de recherche d'aide.

Recherche d'aide



Dans les moments difficiles, délicats, ou de questionnement, des ressources externes peuvent être précieuses pour soutenir, encourager, voire débloquer une situation. Ce chapitre se penche sur les comportements de recherche d'aide et répond aux questions suivantes : en quoi consistent-ils ? Auprès de qui peut-on rechercher de l'aide ? Quels sont les déterminants de la recherche d'aide ? Quels sont les effets de la recherche d'aide sur la santé mentale ?

Définition

Il n'existe pas de définition consensuelle du comportement de recherche d'aide dans la sphère académique. Or, la définition littérale semble évidente. La recherche signifie ici « l'effort pour trouver ». L'aide est « l'assistance dans le but d'améliorer une situation ou un problème » (Rickwood et al., 2012). La recherche d'aide en santé mentale peut donc intuitivement se comprendre comme l'effort pour trouver de l'assistance dans le but de résoudre un problème détecté au niveau des émotions ou du comportement.

Le terme de recherche d'aide est apparu dans la littérature de la sociologie de la santé lorsqu'elle s'est intéressée aux comportements des individus face à leur santé. Ces comportements font référence à la définition et l'interprétation des symptômes, à la prise de mesures préventives ou curatives, ou encore à l'utilisation du système de santé. La recherche d'aide est d'abord conceptualisée en tant que l'un de ces comportements de santé. Puis, sa conceptualisation s'étend à un processus dynamique en tant que tel, composé de plusieurs étapes successives. Ainsi, la recherche d'aide est définie comme la recherche active d'aide auprès de personnes ou de ressources externes (Rickwood et al., 2005). Selon Featherstone et Broadhurst (2003), les trois étapes du processus dynamique de recherche d'aide sont les suivantes : 1. la définition du problème ; 2. la décision de rechercher de l'aide ; et 3. l'action proprement dite de recherche d'aide.

Cette aide peut se présenter sous différentes formes, telles que des conseils, des informations, des traitements ou encore du soutien (Rickwood et al., 2012). Les différents types d'aide font référence à la forme de soutien recherchée par l'individu. Actuellement, il n'existe pas de consensus scientifique sur les différents types d'aide existants. Néanmoins, Rickwood et ses collaborateur·trice·s (2012) proposent une classification des formes d'aide

se basant sur cinq types. L'aide instrumentale tout d'abord, inclut l'aide financière, transport, etc. ; l'aide informationnelle comprend le fait de fournir des informations en lien avec la santé, sur les ressources existantes, etc. ; l'aide affiliative renvoie au soutien des pair·e·s ; l'aide émotionnelle fait référence au soutien en lien avec le bien-être émotionnel ; enfin, les traitements incluent toutes les formes de thérapies, traitements médicamenteux, etc.

Une fois la décision de recherche d'aide prise et cette action engagée, la recherche d'aide peut s'adresser à de multiples personnes. La section suivante passe en revue les diverses sources d'aide existantes.

Sources d'aide

Il existe une multitude de sources d'aide et l'offre ne cesse d'augmenter. En effet, les nouveaux moyens de communication ont multiplié le nombre de supports pouvant fournir de l'aide (Rickwood et al., 2010). Les chercheur·se·s ont proposé d'organiser les différentes sources d'aide en trois grandes catégories : l'auto-assistance, les sources d'aide informelles, et les sources d'aide formelles (incluant à la fois les sources formelles et semi-formelles).

« Les nouveaux moyens de communication ont multiplié le nombre de supports pouvant fournir de l'aide »

L'auto-assistance (self-help)

> SITES INTERNET, APPLICATIONS, LIVRES.

L'auto-assistance comprend les sources d'aide qui ne requièrent pas de contact ni de communication directe avec un autre individu. Ces sources peuvent fournir une aide sous forme d'informations, de soutien, ou encore de stratégies cognitivo-comportementales.



De telles sources peuvent prendre la forme de livres de développement personnel, ou de programmes assistés par ordinateurs. Les opportunités d'aide en ligne ont démocratisé l'auto-assistance, la

rendant plus populaire. De nombreuses études scientifiques ont montré que ces formes d'aide peuvent être aussi efficaces que des formes d'aide plus traditionnelles en personne (par ex., psychothérapie), et sont bien moins coûteuses (Cuijpers et al., 2010; Cuijpers & Schuurmans, 2007).

Les sources d'aide informelles

> PÈRES, MÈRES, SŒURS, FRÈRES, TANTES, ONCLES, AMI·E·S, CONJOINT·E·S, VOISIN·E·S, COLLÈGUES [ETC.].

Les sources informelles comprennent le réseau social informel. Il s'agit donc de la famille, des ami·e·s, mais également, plus largement, de toutes les personnes gravitant autour de l'individu cherchant de l'aide ;

voisin·e·s, collègues, etc.

Ainsi, la relation qui unit la personne qui cherche de l'aide et celle qui la fournit est de nature personnelle et n'implique donc pas de lien professionnel (Rickwood et al., 2012).



Les sources d'aide semi-formelles et formelles

> PSYCHOLOGUES, PSYCHIATRES, SERVICES DE SANTÉ MENTALE, MÉDECINS GÉNÉRALISTES, TRAVAILLEUR·SE·S SOCIAUX·LES, HELPLINES, ÉDUCATEUR·TRICE·S DE LA SANTÉ [ETC.].

Cette catégorie regroupe l'aide provenant de professionnel·le·s détenant un rôle légitime et reconnu pour apporter des conseils, du soutien ou des traitements (Rickwood et al., 2012). Au sein de cette catégorie, il convient de distinguer les sources d'aide semi-formelles des sources d'aide formelles. La première catégorie comprend des professionnel·le·s actif·ve·s dans un champs autre que la santé mentale (par ex., médecins généralistes, enseignant·e·s, travailleur·se·s sociaux·ales et éducateur·trice·s). La deuxième catégorie fait référence aux professionnel·le·s de services de santé avec un rôle spécifique dans les soins de santé mentale (par ex., psychologues, psychiatres, infirmier·ère·s en psychiatrie).



A noter que la limite entre les sources d'aide formelles et les sources d'aide semi-formelles peut être influencée par la culture. Par exemple, un·e soigneur·se traditionnel·le au sein d'une population indigène sera considéré comme une source d'aide formelle par ce peuple, alors que ce sera une source d'aide plutôt semi-formelle dans des cultures occidentales (Rickwood et al., 2012).

Par ailleurs, les sources formelle et semi-formelle sont de l'ordre du *savoir expert*.

Or, depuis les années 80, la littérature s'intéresse également au *savoir expérientiel*. Cette notion est née à la suite de la critique du pouvoir hégémonique des professionnel·le·s (Duyvendak, WGJ & Erasmus School of Philosophy, 1999). Le savoir expérientiel est issu « des expériences de vie personnelles vécues en dehors du contexte

clinique» (Estabrooks et al., 2005). La personne ayant vécu ces expériences est alors un·e pair·e praticien·ne, et partage son savoir expérientiel. Il représente une ressource qui a fait ses preuves dans différents services de santé mentale. Cette expertise expérientielle permet de comprendre les situations auxquelles sont confrontées les personnes en recherche d'aide et leur permet d'identifier leurs ressources pour la résolution des problèmes (Baillergeau & Duyvendak, 2016).

Déterminants de la recherche d'aide

La plupart des troubles mentaux peuvent être traités efficacement afin de diminuer les symptômes, d'améliorer le fonctionnement social et de favoriser le rétablissement, pour autant que l'on reçoive l'aide nécessaire. La recherche d'aide est donc cruciale à l'amélioration de la santé mentale. Malheureusement, de nombreuses personnes retardent ou évitent ce comportement (Saxena et al., 2006). Plusieurs études en Europe et aux États-Unis démontrent que seul un tiers des personnes souffrant d'un trouble mental ont bénéficié de services de santé mentale au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont encore plus bas pour les pays à revenus faibles et intermédiaires (Wang et al., 2005). Différents facteurs identifiés agissent comme barrières ou au contraire accélérateurs à la recherche d'aide, particulièrement en ce qui concerne l'aide formelle.

« La disponibilité des informations et des ressources, la volonté de se conformer aux normes culturelles, et le soutien social influencent le comportement de recherche d'aide »

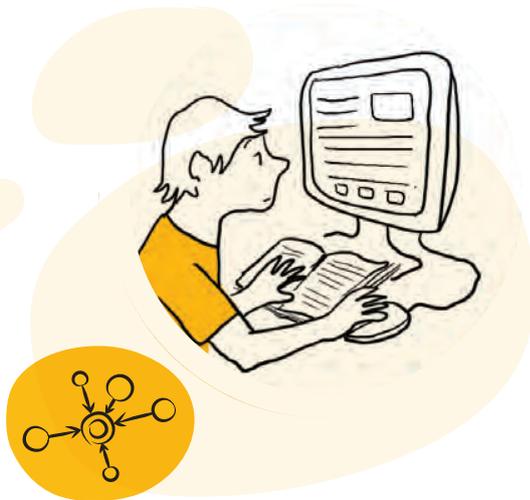
Certain·e·s chercheur·se·s suggèrent de considérer les comportements de recherche d'aide comme une interaction entre le niveau de détresse et l'environnement psychosocial et culturel (Jorm et al., 1997; Rogler & Cortes, 1993). Dans cette perspective, une combinaison d'aspects cognitifs et sociaux intervient. Ainsi, des facteurs tels que la disponibilité des informations et des ressources, la volonté de se conformer aux normes culturelles, et le soutien social influencent également le comportement de recherche d'aide (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010). Ces facteurs sont conformes à ceux identifiés dans les théories en psychologie du comportement, telles que le modèle intégré du comportement (Montano & Kasprzyk, 2015).

Déterminants socio-démographiques

Diverses études se sont intéressées aux facteurs socio-démographiques influençant le comportement de recherche d'aide en général. Ces dernières ont, par exemple, souligné le rôle du genre, du statut marital ou du niveau d'éducation (Haavik et al., 2019; Mackenzie et al., 2006; Parslow & Jorm, 2000; Simon, 2002). L'un des résultats les plus communément trouvé est que les femmes sont plus enclines à chercher de l'aide (Addis & Mahalik, 2003; Husaini et al., 1994; McKay et al., 1996; Padesky & Hammen, 1981; Thom, 1986). Cette différence peut en partie s'expliquer par les différents rôles culturels attribués aux hommes et aux femmes dans la prise en charge socio-émotionnelle familiale (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010). Ci-dessous nous revenons sur les déterminants du comportement de recherche d'aide en fonction des différentes sources d'aide.

L'auto-assistance (self-help)

Le comportement d'auto-assistance se traduit souvent par la recherche d'aide sur Internet. Beaucoup d'études sur le comportement de recherche d'aide en ligne concernant la santé mentale se sont concentrées sur les adolescent·e·s et les jeunes adultes et il est difficile de trouver des informations portant sur des adultes. Concernant les informations de santé en général (et non spécifiques à la santé mentale), une étude réalisée sur 1'604 patient·e·s en Suisse a montré que 10% d'entre eux/elles avaient utilisé Internet pour trouver des informations médicales. Les déterminants de cette recherche Internet étaient un plus jeune âge, un plus haut niveau d'éducation, la maîtrise de la langue



anglaise, le fait de consulter un centre médical urbain plutôt que rural, et le fait de souffrir d'une maladie plus sévère (Jeannot et al., 2004). Il est à noter que les comportements sur Internet ont passablement évolué depuis la date de cette étude. Une autre grande étude plus récente en Chine portant sur 2'558 personnes confirme l'impact de l'âge, mais aussi celui du statut migratoire et du niveau socio-économique (Chen & Zhu, 2016). Une revue de la littérature a montré que parmi les recherches d'informations de santé sur Internet, seules 20% concernaient la santé mentale (Renahy & Chauvin, 2006).

« Un·e adolescent·e sur cinq utilise régulièrement Internet pour se faire aider quant à ses problèmes émotionnels »

Par contraste avec les adultes, les adolescent·e·s sont très friand·e·s des ressources en ligne (Rickwood et al., 2015). En effet, près de la moitié des adolescent·e·s ont déjà utilisé Internet pour trouver des informations sur leur santé physique mais également mentale (Borzekowski and Rickert, 2001). Les résultats d'une étude menée par Gould et al. (2002) montrent que 18% des adolescent·e·s ont utilisé Internet lorsqu'ils ou elles ressentaient une détresse émotionnelle (telle que la colère, la tristesse, la contrariété ou encore en cas de stress) et qu'ils ou elles cherchent de l'aide principalement dans des Chatrooms. Les auteur·e·s rapportent également qu'un·e adolescent·e sur cinq utilise régulièrement Internet pour se faire aider quant à ses problèmes émotionnels ; ce qui est un taux comparable au pourcentage de recherche d'aide de source formelle pour la même tranche d'âge. Toutefois, au moment de l'étude, l'utilisation d'Internet restait une méthode de recherche d'aide en santé mentale moins utilisée que les sources informelles (Gould et al., 2002). Néanmoins, il y a lieu de penser que les comportements relatifs à l'utilisation d'Internet ont beaucoup évolué depuis la réalisation de cette étude il y a 20 ans.

La recherche d'aide auprès de sources informelles

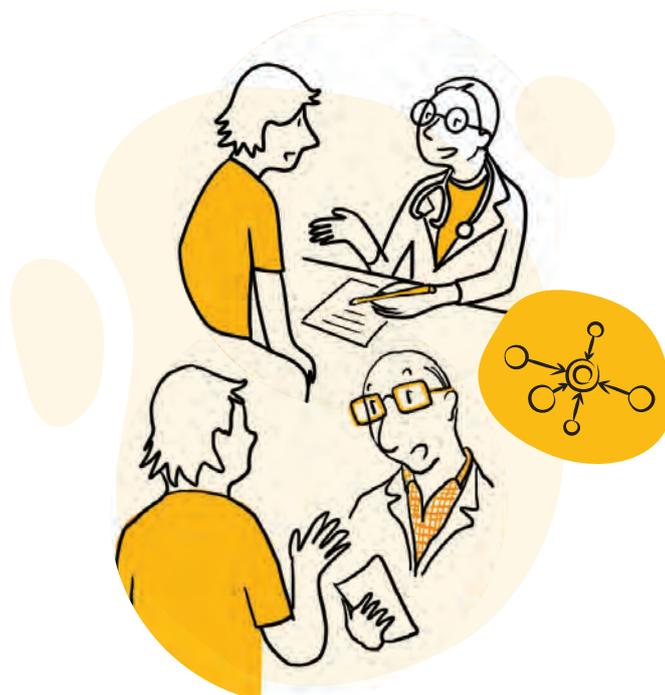
De nombreuses études ont montré que les sources d'aide informelles sont largement mieux perçues dans l'opinion publique que les sources d'aide formelles (Jorm, 2012). Une étude menée auprès de 800 étudiant·e·s à Milan a démontré que les trois sources d'aide privilégiées étaient, dans l'ordre : les ami·e·s, les parents, puis les conjoint·e·s (D'Avanzo et al., 2012). Plus largement, les personnes adultes vont, lorsqu'elles rencontrent un problème, principalement rechercher de l'aide auprès des membres de leur réseau, comme les ami·e·s ou la famille. Les résultats d'une large étude menée auprès de 10'302 personnes âgées entre 16 et 64 ans montrent que 63% des répondant·e·s se tournaient vers leurs proches pour demander de l'aide en cas de troubles mentaux (Oliver et al., 2005). On remarque également que les individus présentant une détresse légère à modérée préfèrent des sources telles que les ami·e·s ou la famille (Walters et al., 2008).



Les mêmes préférences se retrouvent auprès des enfants et adolescent·e·s. Ces dernier·ère·s montrent également une préférence pour des sources d'aide informelles, principalement les ami·e·s et la famille (Rickwood, 1992; Rickwood, 1995; Rickwood et al., 2015). Selon une étude menée en Italie, les adolescent·e·s se sont d'abord tourné·e·s vers leurs ami·e·s, puis leur mère ou leur père, puis leur partenaire et finalement un·e psychologue ou psychiatre (D'Avanzo et al., 2012).

La recherche d'aide auprès de sources semi-formelles et formelles

Le principal déterminant de la recherche d'aide auprès de spécialistes est l'intensité des symptômes ressentis (Bebbington et al., 2000). Néanmoins, malgré la souffrance ressentie, on note que globalement, les gens sont plutôt réticents à rechercher de l'aide auprès de professionnel·le·s. Une étude menée sur des jeunes adultes aux Pays-Bas



montre que seul·e·s 33.7% de ceux et celles qui déclarent avoir des problèmes de santé mentale ont eu recours à une aide formelle ou semi-formelle (Vanheusden et al., 2009).

« Malgré la souffrance ressentie, on note que globalement, les gens sont plutôt réticents à rechercher de l'aide auprès de professionnel·le·s »

Une étude de Martin (2010) confirme ces résultats : celle-ci a trouvé que deux tiers des étudiant·e·s de l'Université de Melbourne rencontrant des problèmes de santé mentale ne se faisaient pas aider par un·e professionnel·le.

Lorsque l'on s'intéresse aux corps de métier qui sont sollicités par les chercheur·se·s d'aide, on observe une préférence pour des professionnel·le·s n'étant pas des spécialistes en santé mentale (par ex., conseiller·ère – aide semi-formelle) plutôt que des expert·e·s (par ex., psychologues – aide formelle), les psychiatres étant souvent la dernière option choisie (Jorm, 2012). En effet, les jeunes adultes cherchant de l'aide pour leur santé mentale tendent à privilégier leur médecin généraliste (source semi-formelle) aux spécialistes de la santé mentale (source formelle) (Eisenberg, Golberstein & Gollust, 2007 ; Vanheusden et al., 2009). De nombreuses études ont démontré une certaine réticence de la part des jeunes à recourir à des services compétents en santé mentale (Rickwood et al., 2007).

Néanmoins, la population plus âgée (plus de 60 ans) est celle qui demeure la plus réticente à chercher de l'aide auprès de sources formelles (Conner et al., 2010). Cette tranche de la population privilégie également les sources d'aide semi-formelles comme les médecins généralistes par exemple (Reynolds et al., 2022).

Enfin, le genre est également un facteur déterminant dans la recherche d'aide formelle : les femmes se dirigent plus facilement vers des expert·e·s en santé mentale que les hommes (Rickwood et al., 2007). D'autre part, l'école représente un vecteur important du comportement de recherche d'aide. La majorité des enfants qui ont accès à un service spécialisé en santé mentale sont passé·e·s par le biais de l'école (Burns et al., 1995 ; Leaf et al., 1996).

Littératie et compétences émotionnelles

Comme mentionné ci-dessus, la première étape du processus de recherche d'aide est la définition du problème. Les personnes sont donc plus susceptibles de demander de l'aide lorsqu'elles reconnaissent avoir un problème de santé mentale et disposent de connaissances, de compétences et du soutien nécessaires pour demander cette aide. La littératie en santé mentale comprend la capacité à reconnaître les problèmes de santé mentale, les connaissances et les croyances sur les risques, les causes et les traitements efficaces, ainsi que les connaissances sur la manière de rechercher des informations et des services de santé mentale. Le manque de reconnaissance des problèmes de santé mentale peut donc être indicatif d'un faible niveau de littératie en santé mentale, et un grand frein à l'accès à l'aide (Rickwood et al., 2007). Plus précisément, un certain niveau de compétences émotionnelles est nécessaire pour demander une aide en matière de santé mentale. Lorsque les individus ne savent pas comment identifier et décrire leurs émotions, ou simplement gérer leurs émotions de façon efficace et bienveillante, cela peut entraver le comportement de recherche d'aide (Ciarrochi et al., 2002). En plus d'une faible connaissance de ses besoins, l'initiative mondiale sur la santé mentale a démontré qu'une attitude négative à l'égard des traitements était la deuxième cause principale de l'écart entre les troubles

« Les personnes sont plus susceptibles de demander de l'aide lorsqu'elles disposent de connaissances, de compétences et du soutien nécessaire pour demander cette aide »

mentaux et le recours aux soins (Andrade et al., 2014). D'autres études ont montré que le stigma envers les maladies mentales joue également un rôle majeur dans le renoncement aux soins (Cheng et al., 2018).

À noter qu'il existe différentes formes de stigma : le stigma perçu et le stigma intériorisé. La première forme fait référence à l'opinion publique. Ce sont les croyances, attitudes et conceptions négatives de la société dans son ensemble face aux maladies mentales. Cette négativité conduit souvent à l'apparition de stéréotypes et de discriminations envers les personnes atteintes de troubles mentaux. La deuxième forme de stigma, l'intériorisation, intervient lorsque les sentiments de honte, de dévalorisation ou encore de retrait social se manifestent suite à l'application à soi-même de ces stéréotypes négatifs liés aux maladies mentales existant dans l'environnement social. Un processus d'intériorisation des croyances publiques (ici négatives) s'opère et mène à des attitudes négatives envers soi-même (Conner et al., 2010).

En plus de cette réticence générale face au recours aux soins, il existe des différences en fonction de catégories de la population. Les personnes membres de groupes ethniques minoritaires, par exemple, sont plus susceptibles de subir des effets culturels qui multiplient le stigma et la discrimination, ce qui influence l'attitude face aux comportements de recherche d'aide et les inégalités dans les soins (Henderson et al., 2013). Des études ont montré que parmi les adolescent·e·s issu·e·s de minorités ethniques, la perception de discrimination par les autorités et le corps médical, les conceptions différentes des maladies mentales et les obligations familiales sont des obstacles aux comportements de recherche d'aide et entraînent la sous-utilisation des services de santé (Shefer et al., 2013). Des résultats semblables ont été observés auprès d'un échantillon de 248 personnes afro-américaines âgées de plus de

60 ans et faisant état de symptômes dépressifs aux Etats-Unis. L'étude suggère que les personnes afro-américaines sont plus susceptibles d'intérioriser la stigmatisation liée aux troubles mentaux que les personnes blanches américaines (Conner et al., 2010).

Finalement, un effet de genre sur la littératie en santé mentale existe : les femmes ont une plus grande littératie en santé mentale. Les femmes sont notamment plus performantes pour identifier les problèmes psychologiques (anxiété, trauma, dépression) et ont une meilleure connaissance des services de santé (Cotton et al., 2006 ; Dahlberg et al., 2008 ; Haavik et al., 2019 ; Hadjimina & Furnham, 2017 ; Holman, 2015 ; Lee et al., 2020).

Impact sur la santé mentale

Les comportements de recherche d'aide et leur impact sur la santé mentale ont été largement étudiés. Cet intérêt repose sur l'idée que la recherche d'aide est un comportement hautement adaptatif qui présente un impact positif tout au long de la vie (Lee, 1999). En effet, le fait de reconnaître un problème, de tenter de le résoudre et de gérer les émotions qui y sont associées représente une meilleure stratégie que le déni ou l'évitement des pensées négatives (Rickwood et al., 2005). De plus, la recherche d'aide stimule positivement la confiance en soi, qui est un indicateur du bien-être (Rafal et al., 2018). Toutefois, il convient d'apporter certaines nuances, notamment en fonction du type d'aide recherchée.

« Le fait de reconnaître un problème, de tenter de le résoudre et de gérer les émotions qui y sont associées représente une meilleure stratégie que le déni ou l'évitement des pensées négatives »

Impact de l'auto-assistance (self-help)



Internet et les nouvelles technologies ont multiplié les possibilités en termes de recherche d'aide et ont démocratisé l'accès à l'information. L'aide recherchée et obtenue en ligne peut contribuer à réduire les symptômes dépressifs (Andersson & Cuijpers, 2009) et anxieux (Andersson et al., 2011; Spek et al., 2007). Néanmoins, certain·e·s auteur·e·s ont aussi souligné les risques associés à ces communautés virtuelles, qui pourraient encourager des comportements négatifs, tels que l'exacerbation des troubles alimentaires ou encore d'auto-mutilation (Andersson et al., 2011; Henderson et al., 2012; Mitchell et al., 2017).

Impact de la recherche d'aide auprès de sources informelles

L'aide fournie par les sources d'aide informelles est souvent inappropriée (Rickwood, 1995). Le réseau informel n'est en effet pas forcément équipé pour fournir le soutien nécessaire dans des situations difficiles (Rickwood et al., 2005). Une méta-analyse regroupant 8 études et 5'285 jeunes âgé·e·s entre 12 et 19 ans n'a pas trouvé de lien significatif entre la recherche d'aide informelle et la souffrance mentale (symptômes dépressifs, anxieux, stress, détresse psychologique et pensées suicidaires) (Heerde & Hemphill, 2018). Néanmoins, la recherche

d'aide informelle peut tout de même avoir des effets positifs sur la santé mentale, potentiellement parce qu'elle implique une relation sociale. Par exemple, chez les adolescent·e·s, on observe une amélioration du bien-être psychologique lorsqu'ils ou elles communiquent avec des ami·e·s en comparaison avec des adolescent·e·s n'ayant pas de contact avec autrui (Best et al., 2016). De plus, une étude longitudinale menée en Suisse sur 210 participant·e·s souffrant de trouble dépressif montre que les personnes qui ont recouru à de l'aide informelle rapportaient moins d'épisodes dépressifs cinq ans après (Rodgers et al., 2017).

De plus anciennes études avaient démontré que le fait de rechercher de l'aide au sein de son entourage est une stratégie efficace pour la gestion du stress (Gourash, 1978), et peut également diminuer le risque de burn-out (Burke & Weir, 1977). En effet, entretenir une relation de confiance représente un facteur protecteur contre la détresse psychologique (Lin & Dean, 1984), et il en serait de même pour les relations sociales moins proches (Brown et al., 1975). Ces relations ont des effets positifs sur la santé physique et mentale des individus (Moos & Mitchell, 1982).



L'effet de la recherche d'aide auprès de sources informelles semble dépendre d'un certain nombre de conditions qui restent encore à étudier.

Impact de la recherche d'aide auprès de sources formelles et semi-formelles

Contrairement à la recherche d'aide auprès de sources informelles qui peut avoir des effets ambivalents, l'aide obtenue auprès de sources d'aide formelles est largement reconnue pour sa protection contre de nombreux troubles de la santé mentale (Martin, 2002 ; Rickwood et al., 2005). Effectivement, la recherche d'aide professionnelle peut protéger contre les risques de suicide, et réduit la détresse induite par des problèmes sociaux, émotionnels et personnels (Rickwood, 1995 ; Tracey, Sherry, & Keitel, 1986 ; World Health Organization, 2001). Du point de vue de la prévention du suicide, par exemple, une recherche d'aide appropriée a le potentiel de protéger l'individu contre les risques associés au développement de pensées et de comportements suicidaires (Kalafat, 1997). Une méta-analyse rassemblant 18 études a montré que l'encouragement à la recherche d'aide était un moyen efficace pour diminuer le taux de suicide (Pirkis et al., 2015). La recherche d'aide auprès d'un-e professionnel-le, ou d'une personne qui peut faciliter l'accès à une aide psychologique professionnelle (source infor-



melle), réduit ou élimine le risque immédiat de suicide chez les personnes ayant des idées suicidaires ou présentant des comportements suicidaires (Rudd, Rajab, Orman et al., 1996). De plus, la recherche d'aide auprès de sources formelles réduit les formes précoces de risque suicidaire avant le développement de pensées ou de comportements suicidaires actifs (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001 ; Kalafat, 1997). Les interventions professionnelles sont souvent plus efficaces pour des problèmes de santé mentale graves et complexes (Greenberg et al., 2001 ; Martin, 2002). L'enjeu réside dans l'adéquation entre le type de thérapie et le problème traité (Smith et al., 1980).

Conclusion

Dans l'ensemble, les travaux existants montrent que les personnes sont plutôt réticentes à rechercher de l'aide, probablement à cause de préjugés négatifs concernant la souffrance mentale et le fait d'avoir besoin d'aide. Lorsque les personnes franchissent le pas et recherchent de l'aide, les premières sources mobilisées sont les proches (ami-e-s, parents, conjoint-e-s). Or, l'aide obtenue auprès de ces sources informelles n'est pas toujours la plus adaptée et n'a donc pas les meilleurs effets sur la santé mentale de la personne qui la demande. Ceci souligne l'importance de fournir des outils à la population sur les meilleures façons de soutenir autrui. Le chapitre suivant se penche sur ce comportement crucial de soutien social à autrui.

Soutien social à autrui



Les bienfaits de recevoir du soutien social ne sont plus à démontrer, tant l'importance de maintenir des liens sociaux de qualité est primordiale pour la santé mentale. Dans ce chapitre, nous nous intéressons à l'autre côté de la balance, c'est-à-dire le comportement qui consiste à fournir du soutien social à autrui, dans toute situation ou événement problématique qui peut nécessiter l'aide d'autrui. De nombreux·ses artistes et philosophes avaient déjà affirmé intuitivement que l'acte de donner procure du bonheur au donneur·se. Des études récentes en psychologie confirment cette intuition qu'un lien existe entre le comportement prosocial et le bien-être ou le bonheur (Aknin et al., 2019). Dans cette section, nous nous penchons sur le comportement de soutien social à autrui, les différents types de soutien social existants, les déterminants du soutien social à autrui, ainsi que l'impact du soutien social à autrui sur la santé mentale de la personne qui le fournit.

« Le soutien émotionnel permet de valoriser l'individu, car il augmente le sentiment d'adéquation et la reconnaissance de ses compétences et de sa valeur »

Définition

Le soutien social est le fait de se sentir aimé·e, estimé·e, valorisé·e et de savoir qu'on appartient à un réseau social. Le *soutien social à autrui* est le fait de fournir ce sentiment à une autre personne (Cohen & Wills, 1985). D'autres auteur·e·s ont plus récemment mis l'accent sur la forme que prend le soutien en le définissant comme une assistance émotionnelle, informationnelle ou pratique de la part de personnes significatives telles que les membres de la famille, des ami·e·s ou des collègues (Thoits, 2011). Il est important de noter que la présence d'un réseau social ne garantit pas le soutien social (Nurullah, 2012) : il s'agit véritablement de la qualité des liens sociaux plutôt que de leur quantité.

Dimensions du soutien social à autrui

Le soutien social à autrui peut prendre de nombreuses formes. On peut les classer en quatre grandes catégories, que nous présentons ci-dessous. Ce sont celles qui sont citées le plus fréquemment par les auteur·e·s qui ont proposé des classifications pour ces comportements. Bien que ces types de soutien social soient distincts théoriquement, dans la pratique ils ne sont pas indépendants les uns des autres et se présentent souvent conjointement (Cohen & Wills, 1985).

Le soutien émotionnel

Le soutien émotionnel se concentre, comme son nom l'indique, sur la réaction émotionnelle de la personne qui est confrontée à une situation difficile et qui reçoit le soutien. Il permet de faciliter la capacité de réaction et d'adaptation face à la difficulté rencontrée (Cohen & Wills, 1985). Concrètement, la personne qui fournit du soutien émotionnel aura des comportements, physiques ou verbaux, visant à réconforter l'autre personne, à lui apporter de la chaleur et des encouragements, et à lui assurer qu'elle a de la valeur, que l'on tient à elle et qu'on l'estime (Chen et al., 2012 ; Colarossi & Eccles, 2003 ; Cutrona & Russel, 1990 ; Taylor, 2011 ; Vollmann et al., 2010). Il est d'ailleurs aussi appelé soutien d'estime par certain·e·s auteur·e·s, car il est également un vecteur d'estime de soi pour les personnes qui le reçoivent (Cohen & Wills, 1985 ; Cutrona & Russel, 1990). En effet, le soutien émotionnel permet de valoriser l'individu, car il augmente le sentiment d'adéquation et la reconnaissance de ses compétences et de sa valeur (Cohen & Wills, 1985 ; Vollmann et al., 2010).



Le soutien informationnel

Le soutien informationnel inclut tous les aspects qui ont trait à la compréhension d'un événement difficile et à sa résolution. Les définitions

du soutien informationnel mentionnent plusieurs

éléments, tels que la compréhension et l'évaluation d'un événement problématique (Cohen & Wills, 1985; Taylor, 2011), le fait de donner des conseils (Chen et al., 2012; Colarossi & Eccles,

2003), ou encore l'aide à l'iden-

tification des ressources et des stratégies existantes pour gérer le problème (Cutrona & Russel, 1990; Taylor, 2011). Ce type de soutien se distingue du soutien émotionnel dans la mesure où il vise directement l'interprétation ou la résolution de la situation problématique, et non la réponse émotionnelle liée à la situation. Par exemple, la personne qui offre du soutien informationnel peut aider à définir la situation dans laquelle émerge le problème, à développer un plan d'action, encourager la personne à rechercher de l'aide professionnelle ou à adopter des comportements de self-care.



& Russel, 1990; Taylor, 2011; Vollmann et al., 2010). Concrètement, offrir un soutien instrumental peut signifier prêter de l'argent à une personne dans le besoin, fournir des services, ou encore faire des démarches administratives ou médicales pour la personne.

Le soutien d'intégration sociale

Le soutien d'intégration sociale consiste à renforcer les liens sociaux de la personne aidée et ainsi son sentiment d'appartenance. Il s'agit d'accompagner la personne et de lui tenir compagnie dans un moment difficile (Cohen & Wills, 1985; Cutrona & Russel, 1990). Par

exemple, les personnes peuvent

passer du temps avec elle,

proposer des activités de

loisirs et de récréation,

organiser des activités

sociales, ou encore

la distraire. On note

que peu d'auteur-e-s

soulignent l'exis-

tence de cette forme de

soutien.



Déterminants du soutien social à autrui

Relativement peu de travaux se sont intéressés à comprendre les déterminants du soutien social fourni à autrui. Les quelques déterminants dont l'effet a été démontré sont de plusieurs types : ils peuvent être en lien avec le contexte ou la situation, ou relever de la psychologie intra-individuelle de la personne qui offre son soutien, ou de ses caractéristiques socio-démographiques.

Un des prédicteurs les plus importants du soutien social à autrui est le fait d'avoir reçu du soutien soi-même dans le passé. Cet effet est observé que ce soit de la part d'une personne spécifique dans une relation particulière (Gleason et al.,

Le soutien instrumental

Par soutien instrumental on entend l'offre de toute aide pratique ayant pour but d'aider la personne qui reçoit dans la résolution de la situation problématique. Cette aide concrète peut prendre la forme de ressources matérielles, telles que de l'aide financière, des services ou des biens spécifiques (Chen et al., 2012; Cohen & Wills, 1985; Colarossi & Eccles, 2003; Cutrona



« Un des prédicteurs les plus importants du soutien social à autrui est le fait d'avoir reçu du soutien soi-même dans le passé »

2003), ou dans une relation non-spécifique (ami·e·s, voisin·e·s, proches en général) (Liang et al., 2001). Cet effet s'explique par la puissance des normes de réciprocité pour prédire le comportement humain (Dunkel-Schetter & Skokan, 1990). De plus, la relation entre la personne qui donne et la personne qui reçoit est importante : de plus hauts niveaux de soutien sont observés lorsque la relation est intime (Gottlieb & Bergen, 2010), lorsque les individus sont satisfaits de la relation (Hobfoll & Lerman, 1988) et si le soutien a été accepté dans le passé (Dunkel-Schetter & Skokan, 1990). Enfin, les situations perçues comme plus stressantes déclenchent plus de soutien de la part de l'entourage, mais des niveaux élevés de stress sur la durée diminuent le soutien reçu à long terme et entraînent des réactions négatives, telles que du rejet social (Dunkel-Schetter & Skokan, 1990; Gurtman, 1986). De même, la croyance que la personne est responsable de la situation difficile dans laquelle elle se situe diminue le soutien fourni.

Certains aspects de la personnalité du·de la donneur·se favorisent le soutien à autrui. Les personnes plus extraverties et plus ouvertes d'esprit fournissent plus de soutien émotionnel, alors que les personnes plus introverties et moins ouvertes fournissent plus de soutien instrumental (Knoll et al., 2006). Certains aspects de la pleine conscience tels que l'observation non jugeante entraînent plus d'empathie, d'écoute active, de reformulations, c'est-à-dire du soutien émotionnel (Jones et al., 2019).

Concernant les variables socio-démographiques, seuls le genre et l'éducation semblent avoir un impact sur le soutien social fourni à autrui. Les femmes fournissent et reçoivent plus de soutien, notamment de types émotionnel, instrumental et informationnel (Knoll et al., 2006; Yap et al., 2011). Certaines études ont également montré que les hommes fournissent du soutien de moins bonne qualité, spécifiquement lorsque leur partenaire exprime de la détresse émotionnelle (Bodenmann et al., 2015), et que leur soutien décline avec le temps (Luszczynska et al., 2007). Enfin, une étude sur 1'551 personnes âgées a montré que les personnes qui ont un plus haut niveau de formation fournissent plus de soutien à autrui (Krause et al., 1992).

Impact sur la santé mentale

D'anciennes conceptualisations du soutien social affirmaient que celui-ci était bénéfique pour la personne qui reçoit le soutien, mais qu'il était coûteux pour la personne qui fournit le soutien. Plus récemment (au cours des 10-20 dernières années), la recherche a mieux compris les bienfaits du soutien, y compris pour la personne qui le fournit (Taylor, 2011). Par exemple, on a observé une amélioration de la santé mentale chez les participant·e·s aux cours de premiers secours en santé mentale, un effet inattendu des auteur·e·s (Kitchener & Jorm, 2006). Plusieurs revues récentes de la littérature (Nurullah, 2012; Taylor, 2011) notent donc principalement des bénéfices et non des coûts dans le fait de fournir du soutien : réduction du stress, consolidation de la relation, augmentation de la probabilité de bénéficier à son tour de soutien, réduction de la détresse émotionnelle, amélioration générale de la santé, meilleures stratégies d'adaptation en situations de stress, et même une réduction de la mortalité sur 5 ans. Le mécanisme invoqué pour expliquer ces résultats repose sur une réduction de l'activation du système nerveux sympathique (préparation de l'organisme pour l'action), menant à

un plus grand calme, ainsi que sur les propriétés anxiolytiques de l'ocytocine sécrétée durant l'action de soutien.

On peut également s'inspirer de la littérature sur le *comportement prosocial* pour tenter de comprendre les bienfaits du soutien social fourni. Les comportements prosociaux se définissent comme le fait d'agir envers les autres avec gentillesse, coopération et compassion, et peuvent prendre plusieurs formes, telles que les petits actes de gentillesse, les donations, le bénévolat, ou encore le don du sang ou d'organe (Hui et al., 2020). Une méta-analyse sur 27 études expérimentales incluant 4'045 participant·e·s conclut à un effet positif faible à moyen sur le bien-être subjectif chez les personnes qui ont réalisé des actes de gentillesse. Puisque ces études sont expérimentales (et non corrélationnelles) il est possible d'affirmer que c'est bien la réalisation des actes de gentillesse qui a entraîné un plus haut bien-être (Curry et al., 2018). Deux méta-analyses incluant au total plus de 200 études et près de 200'000 participant·e·s, concluent que la prosocialité a un effet significatif positif sur le bien-être de la personne qui a un comportement prosocial. Cet effet est plus fort pour les formes *informelles* de prosocialité, telles que l'aide spontanée et non-officielle (tenir la porte à quelqu'un, donner une pièce spontanément dans la rue), que pour les formes *formelles*, c'est-à-dire à travers une organisation, qu'il



s'agisse de temps (bénévolat) ou d'argent (donations à une œuvre de charité) (Hui et al., 2020). Cet effet ne semble pas varier en fonction de l'âge ou du genre (Curry et al., 2018).

Le *bénévolat* est un exemple particulier de comportement prosocial dont les effets sur le bien-être et la santé mentale ont été largement étudiés. Une revue systématique incluant 40 études (dont 17 études de cohortes utilisant donc une méthodologie longitudinale) montre un effet bénéfique du bénévolat non seulement sur la satisfaction dans la vie et sur le bien-être, mais aussi sur la dépression (Jenkinson et al., 2013). Selon une étude longitudinale incluant 2'867 participant·e·s, cette relation est bidirectionnelle : d'une part le nombre d'heures de bénévolat augmente significativement le bonheur, la satisfaction dans la vie et le sens de maîtrise de sa vie, et d'autre part, ces différents aspects du bien-être augmentent la probabilité de faire du bénévolat (Thoits & Hewitt, 2001). Selon une autre étude longitudinale réalisée au Royaume-Uni incluant 66'343 observations (chaque participant·e a répondu à plusieurs vagues de l'enquête), cette relation positive entre bénévolat et santé mentale apparaît dès l'âge de 40 ans et perdure chez les personnes âgées (Tabassum et al., 2016). Par ailleurs, une méta-analyse incluant 37 études se focalisant sur les personnes âgées trouve également un lien significatif positif (Wheeler et al., 1998). Les personnes sans emploi pourraient particulièrement bénéficier de ces effets positifs : le bénévolat pourrait compenser les effets négatifs du chômage sur la santé mentale car il permet de structurer son emploi du temps, de contribuer à la collectivité, d'avoir des contacts sociaux, et d'avoir une activité qui est valorisée socialement. Une étude incluant 2'449 participant·e·s dans 29 pays différents confirme cette hypothèse : les chômeur·se·s qui font du bénévolat

« La prosocialité a un effet significatif positif sur le bien-être de la personne qui a un comportement prosocial »

régulièrement rapportent de plus hauts niveaux de bien-être, santé mentale et satisfaction dans la vie que ceux-celles qui n'en n'ont pas fait (Kamerāde et al., 2015). Il faut néanmoins nuancer ces résultats en mentionnant les risques liés à certaines formes de bénévolat, par exemple après des désastres (actes terroristes, tsunami, crash aériens, explosions et accidents). En effet, une revue de la littérature analysant ces situations montre que ces bénévoles présentent plus de problèmes de santé mentale et de symptômes de détresse traumatique que les professionnels intervenant sur ces désastres (Thormar et al., 2010). La mise en place d'un soutien après ces activités bénévoles dans le cadre de crises pourrait prévenir ces troubles mentaux.

Le *don monétaire* est une autre forme de comportement prosocial, qui consiste à dépenser de l'argent pour les autres. Le don d'argent est lié à un plus grand bien-être (Aknin et al., 2019). Cet effet a été largement démontré, par exemple sur des données de cohortes allemandes qui montrent que les personnes qui paient le plus d'impôts rapportent le bien-être le plus élevé (en contrôlant pour le revenu et d'autres facteurs) (Akay et al., 2012). Un échantillon de 600 personnes représentatif des États-Unis a montré que les individus qui dépensent le plus d'argent pour les autres

chaque mois rapportent de plus hauts niveaux de bonheur (Dunn et al., 2008). Enfin, selon des données mondiales sur plus d'un million de participant·e·s dans 130 pays, le don de bienfaisance est un des six facteurs principaux de la satisfaction dans la vie (Aknin et al., 2019). La recherche a montré que les dons activent les zones du cerveau liées à la récompense, ce qui pourrait expliquer ces effets sur le bien-être (Harbaugh et al., 2007). Cela étant dit, l'existence d'une relation inverse reste possible : les personnes ayant un bien-être plus élevé sont peut-être plus généreuses. Il est nécessaire d'étudier le sens de cette relation dans de plus amples recherches futures.

Selon une revue qui s'est penchée spécifiquement sur le bénévolat et le don monétaire, les conditions cadres pour que les donneur·se·s bénéficient d'un meilleur bien-être sont au nombre de trois. Premièrement, les personnes qui donnent doivent en faire le choix librement ; les bienfaits disparaissent si le choix est forcé. Deuxièmement, les personnes qui donnent doivent se sentir connectées aux personnes qui reçoivent le don. Et troisièmement, les personnes qui donnent doivent avoir l'impression que l'aide a un impact, qu'elle fait une différence pour la ou les personnes qui la reçoivent.



Conclusion

Cette synthèse révèle que le fait de fournir du soutien aux personnes autour de soi a de nombreux bienfaits pour la santé mentale du·de la donneur·se lui·elle-même. Ainsi, ces comportements sont bénéfiques à plusieurs niveaux : pour la personne qui reçoit le soutien, pour la personne qui offre le soutien, et pour la relation entre elles. La promotion des comportements de soutien social est ainsi susceptible d'améliorer la santé mentale de la population par plusieurs biais.

Conclusion

Dans cette synthèse, nous avons présenté trois catégories de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. Après avoir défini ces catégories et leurs sous-catégories, nous avons présenté l'état actuel de la littérature scientifique sur leur impact sur la santé mentale (sur l'axe négatif de souffrance mentale mais aussi sur l'axe positif de santé mentale), et, lorsque possible, nous avons mis en avant les déterminants de ces comportements. Le tableau ci-dessous (cf. **Tableau 1**) présente une vue d'ensemble des comportements présentés. Pour chacun d'entre eux, nous avons indiqué si les travaux existants montrent un lien avec la santé mentale (axe positif) ou la souffrance mentale (axe négatif), ou les deux. De plus, nous avons estimé la solidité de la preuve pour chaque comportement, c'est-à-dire la mesure dans laquelle on peut être certain·e·s que ces liens existent, sur la base du nombre et de la qualité des études existantes.

Les comportements de self-care sont catégorisés en quatre dimensions : le self-care physique, émotionnel/psychologique, social, et spirituel. Des travaux ont montré les impacts bénéfiques sur la santé mentale de toutes ces dimensions. Les bienfaits de l'exercice physique (y compris le yoga) ont été particulièrement étudiés et plusieurs études ont montré qu'ils sont aussi efficaces que des traitements médicamenteux pour certains problèmes de santé mentale (les symptômes dépressifs en particulier). En revanche, il a été difficile de trouver des travaux sur les déterminants de ces comportements.

Le comportement de recherche d'aide a fait l'objet de très nombreux travaux et est appréhendé par les chercheur·se·s sous l'angle des différents types de sources d'aide : informelles, auto-assistance, semi-formelles et formelles pour les professionnel·le·s (spécifiques à la santé mentale ou non). Alors que les personnes ont tendance à se tourner vers des sources informelles en premier lieu en cas de besoin, l'impact de ces dernières sur la santé mentale de la personne qui demande de l'aide est mitigé. Ceci souligne l'importance d'outiller la population afin qu'elle soit en mesure de répondre aux demandes d'aide de leur entourage de la façon la plus bienfaitante. Par contre, le recours aux sources formelles semble clairement bénéfique et celui-ci mérite donc d'être promu et déstigmatisé.

Les comportements de soutien social à autrui peuvent également être organisés en quatre dimensions : le soutien émotionnel, informationnel, instrumental, et d'intégration sociale. Il se dégage de la littérature que le fait de fournir du soutien social à autrui est bénéfique pour la santé mentale de la personne qui donne.

« Chaque personne dispose d'un certain pouvoir d'agir sur sa propre santé mentale »

Ces travaux se sont principalement penchés sur le soutien de type instrumental, il est donc nécessaire d'étudier l'impact des autres types de soutien social à autrui sur la santé mentale avant de pouvoir conclure définitivement quant à la nature et la force de leur impact sur la santé mentale.

Il est important de noter certaines limites aux travaux présentés dans cette synthèse. Avant de formuler des recommandations, il est indispensable d'atteindre un niveau élevé de qualité des recherches concernant chaque comportement. Or, la vaste majorité des études présentées dans cette synthèse suivent une méthodologie corrélationnelle, qui ne permet pas de conclure à la nature causale des comportements étudiés : on ne sait pas si ces comportements influencent le niveau de santé mentale, ou si une bonne santé mentale cause ces comportements, ou si ces comportements et le niveau de santé mentale sont influencés par un autre facteur non étudié.

Concernant les quelques études expérimentales existantes, elles sont rarement menées en aveugle, et pratiquement jamais en double-aveugle. Une étude est dite en aveugle si les participant·e·s ne connaissent pas le groupe expérimental dans lequel ils se trouvent ; le double-aveugle concerne les études dans lesquelles les chercheur·se·s ne connaissent pas non plus le groupe expérimental dans lequel les participant·e·s se trouvent. Cette pratique est considérée comme la norme de référence absolue en termes de méthodologie de recherche scientifique car elle élimine nombre de biais pouvant potentiellement influencer les résultats et les conclusions. De plus, de nombreux·ses chercheur·se·s ont investigué les effets de leurs propres pratiques, causant des conflits d'intérêts.

Finalement, les chercheur·se·s ont rarement théorisé les processus sous-jacents aux effets observés. On peut donc conclure qu'un comportement donné est bon pour la santé mentale, mais on ne sait pas pourquoi. Il est important d'étudier les processus qui sous-tendent les effets de différents comportements. Ceci permettrait de promouvoir un protocole approprié pour chaque comportement. Ce protocole doit en effet inclure ces « ingrédients actifs » afin de garantir une adoption correcte et efficace du comportement donné.

Malgré ces limites, les recherches présentées dans cette synthèse sont prometteuses et porteuses d'espoir : chaque personne dispose en effet d'un certain pouvoir d'agir sur sa propre santé mentale afin de la favoriser, que ce soit dans des moments plus difficiles de la vie, ou de façon continue tout au long de la vie. Cette synthèse permet ainsi à chacun·e de prendre conscience des comportements promoteurs existants et ainsi de choisir ceux qui leur semblent les plus judicieux d'adopter, en fonction de leurs possibilités et affinités personnelles.



Tableau 1. Vue d'ensemble des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, leur impact sur la santé versus la souffrance mentale, et la qualité de la recherche existante (I = qualité la plus haute, VI = qualité la plus basse)

Comportement	Santé	Souffrance	Qualité de la recherche*
Self-care			
Physique			
Activité physique	✓	✓	I - II
Sommeil		✓	II
Alimentation	✓	✓	III
Yoga	✓	✓	II
Relaxation musculaire	✓	✓	II
Exposition à la lumière du jour		✓	II
Exposition à la nature, à l'extérieur	✓		III
Émotionnel			
Régulation émotionnelle	✓	✓	III - IV
Méditation/Pleine conscience	✓	✓	II
Cohérence cardiaque	✓	✓	III
Maintien d'un équilibre de vie	✓	✓	IV
Pratique d'un hobby	✓	✓	III
Pratique de la gratitude	✓	✓	I
Social			
Identification à un groupe	✓	✓	III
Passer du temps avec ses proches	✓		III
Spirituel			
Spiritualité/Religiosité	✓	✓	II

Comportement	Santé	Souffrance	Qualité de la recherche*
Recherche d'aide			
Chercher de l'aide (dans l'ensemble)	✓		IV
Informelle			
Chercher de l'aide auprès de ses proches	✓	✓	IV
Auto-assistance			
Livres, ressources en ligne		✓	II
Semi-formelle			
Professionnel-le-s de la santé (non mentale), du social, représentant-e-s religieux		✓	II
Formelle			
Professionnel-le-s de la santé mentale		✓	II

Comportement	Santé	Souffrance	Qualité de la recherche*
Soutien social			
Fournir du soutien social à autrui (dans l'ensemble)	✓	✓	I - II
Émotionnel			
Comportements prosociaux	✓		I
Informationnel			
Compréhension et résolution de problème	✓		III
Instrumental			
Bénévolat	✓	✓	II
Don monétaire	✓	✓	III
Intégration sociale			
Renforcer les liens sociaux	✓	✓	N/A

* **Qualité de la recherche**
(selon la méthode proposée
par Ackley et al., 2007):

Pour chaque comportement promoteur, nous avons noté chaque article en suivant les critères ci-dessous. Dans le tableau présent, nous indiquons la médiane de la note attribuée à chaque article inclus pour chaque comportement promoteur. Le Niveau I représente la plus haute qualité de la recherche existante, et la plus forte confiance que l'on peut avoir quant à l'effet estimé (c'est-à-dire le résultat des recherches). Cette confiance dans l'effet estimé diminue à mesure que la qualité de la recherche passe aux niveaux suivants (II, III, etc.). Au Niveau VI, nous avons très peu confiance dans l'effet estimé (le vrai effet est susceptible d'être considérablement différent de l'effet estimé). La liste complète de l'évaluation de la qualité des articles est disponible sur demande.

Niveau I Revues systématiques et méta-analyses, ou au moins 3 études expérimentales de haute qualité méthodologique

Niveau II Moins de 3 études expérimentales de haute qualité méthodologique

Niveau III Études corrélationnelles de haute qualité méthodologique

Niveau IV Études de qualité sur des cohortes ; études corrélationnelles de basse qualité méthodologique

Niveau V Revues d'études qualitatives

Niveau VI Études qualitatives

Bibliographie

A

Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Swan, B. A., & Tucker, S. J. (2007). *Evidence-Based Nursing Care Guidelines - E-Book: Medical-Surgical Interventions*. Elsevier Health Sciences.

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>

Ahn, S., & Fedewa, A. L. (2011). A Meta-analysis of the Relationship Between Children's Physical Activity and Mental Health. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 385-397. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq107>

Akay, A., Bargain, O., Dolls, M., Neumann, D., Peichl, A., & Siegloch, S. (2012). *Income, Taxes and Happiness. Income Taxation and Well-Being. IZA Discussion Paper*, 6999, 1-31.

Åkerstedt, T., Kecklund, G., & Axelsson, J. (2007). Impaired sleep after bedtime stress and worries. *Biological Psychology*, 76(3), 170-173. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.07.010>

Aknin, L., Whillans, A., Norton, M., & Dunn, E. (2019). Happiness and prosocial behavior: An evaluation of the evidence. In J. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Éds.), *World Happiness Report 2019*. Sustainable Development Solutions Network. https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19_Ch4.pdf

Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. (Macmillan: New York).

Alonzo, R., Hussain, J., Anderson, K., & Stranges, S. (2019). Interplay between social media use, sleep quality and mental health outcomes in youth: A systematic review. *Sleep Medicine*, 64, S365. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.11.1017>

Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>

Anderson, R. T., King, A., Stewart, A. L., Camacho, F., & Rejeski, W. J. (2005). Physical activity counseling in primary care and patient well-being: Do patients benefit? *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), 146-154. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3002_7

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>

Andersson, G., Ljótsson, B., & Weise, C. (2011). Internet-delivered treatment to promote health: *Current Opinion in Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283438028>

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>

B

Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds III, C. F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, 142(9), 969-990. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>

- Baillergeau, E., & Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk & Society*, 18(7-8), 407-426. <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1269878>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services. *PSYCHOL MED*, 30(6), Art. 6. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002950>
- Best, P., Manktelow, R., & Taylor, B. J. (2016). Social Work and Social Media: Online Help-Seeking and the Mental Well-Being of Adolescent Males. *British Journal of Social Work*, 46(1), 257-276. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu130>
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Bodenmann, G., Meuwly, N., Germann, J., Nussbeck, F. W., Heinrichs, M., & Bradbury, T. N. (2015). Effects of Stress on the Social Support Provided by Men and Women in Intimate Relationships. *Psychological Science*, 26(10), 1584-1594. <https://doi.org/10.1177/0956797615594616>
- Boyd, J. L. (2013). *The Effect of Socializing During Exercise on Psychological Need Satisfaction, Motivation to Exercise, and Wellbeing*. <https://uwspace.uwaterloo.ca/handle/10012/7628>
- Breedvelt, J. J. F., Amanvermez, Y., Harrer, M., Karyotaki, E., Gilbody, S., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). The Effects of Meditation, Yoga, and Mindfulness on Depression, Anxiety, and Stress in Tertiary Education Students: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00193>
- Briguglio, M., Vitale, J. A., Galentino, R., Banfi, G., Zanaboni Dina, C., Bona, A., Panzica, G., Porta, M., Dell'Osso, B., & Glick, I. D. (2020). Healthy Eating, Physical Activity, and Sleep Hygiene (HEPAS) as the Winning Triad for Sustaining Physical and Mental Health in Patients at Risk for or with Neuropsychiatric Disorders: Considerations for Clinical Practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 55-70. <https://doi.org/10.2147/NDT.S229206>
- Brinsley, J., Schuch, F., Lederman, O., Girard, D., Smout, M., Immink, M. A., Stubbs, B., Firth, J., Davison, K., & Rosenbaum, S. (2020). Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101242>
- Büssing, A., Michalsen, A., Khalsa, S. B. S., Telles, S., & Sherman, K. J. (2012). Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of Reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, e165410. <https://doi.org/10.1155/2012/165410>
- Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416-424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>
- Cabral, P., Meyer, H. B., & Ames, D. (2011). Effectiveness of Yoga Therapy as a Complementary Treatment for Major Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13(4). <https://doi.org/10.4088/PCC.10r01068>

- Calicchia, J. A., & Graham, L. B. (2006). Assessing the relationship between spirituality, life stressors, and social resources: Buffers of stress in graduate students. *North American journal of psychology*, 8(2). <https://psycnet.apa.org/record/2006-09074-011>
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x>
- Carsley, D., Khoury, B., & Heath, N. L. (2018). Effectiveness of Mindfulness Interventions for Mental Health in Schools: A Comprehensive Meta-analysis. *Mindfulness*, 9(3), 693-707. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0839-2>
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: A cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739-746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
- Chen, J. M., Kim, H. S., Mojaverian, T., & Morling, B. (2012). Culture and Social Support Provision: Who Gives What and Why. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/0146167211427309>
- Chen, J., & Zhu, S. (2016). Online Information Searches and Help Seeking for Mental Health Problems in Urban China. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(4), 535-545. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0657-6>
- Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01034>
- Chitwood, D. D., Weiss, M. L., & Leukefeld, C. G. (2008). A Systematic Review of Recent Literature on Religiosity and Substance Use. *Journal of Drug Issues*, 38(3), 653-688. <https://doi.org/10.1177/002204260803800302>
- Chong, E. S. K., Zhang, Y., Mak, W. W. S., & Pang, I. H. Y. (2015). Social Media as Social Capital of LGB Individuals in Hong Kong: Its Relations with Group Membership, Stigma, and Mental Well-Being. *American Journal of Community Psychology*, 55(1-2), 228-238. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9699-2>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(2), 173-188. <https://doi.org/10.1080/03069880220128047>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27(1), 19-30. <https://doi.org/10.1093/swr/27.1.19>
- Colman, D. E., Echon, R., Lemay, M. S., McDonald, J., Smith, K. R., Spencer, J., & Swift, J. K. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 10(4), 188-197. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>
- Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C. F., & Brown, C. (2010). Mental Health Treatment Seeking Among Older Adults With Depression: The Impact of Stigma and Race. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 531-543. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0366>

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of Gender on Mental Health Literacy in Young Australians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x>

Cox, R. C., & Olatunji, B. O. (2016). A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 104-129. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.001>

Cramer, H., Anheyer, D., Saha, F. J., & Dobos, G. (2018). Yoga for posttraumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1650-x>

Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11), 1068-1083. <https://doi.org/10.1002/da.22166>

Cregg, D. R., & Cheavens, J. S. (2021). Gratitude Interventions: Effective Self-help? A Meta-analysis of the Impact on Symptoms of Depression and Anxiety. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 413-445. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00236-6>

Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and Social Identity: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 215-238. <https://doi.org/10.1177/1088868314523839>

Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>

Cuijpers, P., & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview. *Current psychiatry reports*, 9(4), 284-290. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0034-6>

Curry, O. S., Rowland, L. A., Van Lissa, C. J., Zlotowitz, S., McAlaney, J., & Whitehouse, H. (2018). Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor. *Journal of Experimental Social Psychology*, 76, 320-329. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.02.014>

Cutrona, C. E., & Russel, W. D. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason & I. G. Sarason (Éds.), *Social support: An interactional view*. https://www.researchgate.net/publication/232560583_Type_of_social_support_and_specific_stress_Toward_a_theory_of_optimal_matching

D Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-8>

D'Avanzo, B., Barbato, A., Erzegovesi, S., Lampertico, L., Rapisarda, F., & Valsecchi, L. (2012). Formal and Informal Help-Seeking for Mental Health Problems. A Survey of Preferences of Italian Students. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 8, 47-51. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010047>

Davis, D. E., Choe, E., Meyers, J., Wade, N., Varjas, K., Gifford, A., Quinn, A., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., Griffin, B. J., & Worthington Jr., E. L. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 20. <https://doi.org/10.1037/cou0000107>

Dinis, J., & Bragança, M. (2018). Quality of Sleep and Depression in College Students: A Systematic Review. *Sleep Science*, 11(4), 290-301. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180045>

Doherty, D. T., & Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, 15(1), 213-228. <https://doi.org/10.1348/135910709X457423>

Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>

Dunkel-Schetter, C., & Skokan, L. A. (1990). Determinants of Social Support Provision in Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 437-450. <https://doi.org/10.1177/0265407590074002>

Dunn, E. W., Aknin, L. B., & Norton, M. I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319(5870), 1687-1688. <https://doi.org/10.1126/science.1150952>

Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>

Duyvendak, WGJ & Erasmus School of Philosophy. (1999). *De Planning van Ontplooiing, Wetenschap, politiek en de maakbare samenleving*. Sdu Uitgevers. <https://pure.eur.nl/en/publications/e3ca04c1-558b-40ca-9447-f5cb89fed100>

Dyrbye, L. N., Satele, D., & Shanafelt, T. D. (2017). Healthy Exercise Habits Are Associated With Lower Risk of Burnout and Higher Quality of Life Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, 92(7), 1006-1011. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001540>

E
Eakman, A. M. (2016). A Subjectively-Based Definition of Life Balance using Personal Meaning in Occupation. *Journal of Occupational Science*, 23(1), 108-127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.955603>

Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476. <https://doi.org/10.1177/1049732304273702>

F
Fancourt, D., Opher, S., & de Oliveira, C. (2020). Fixed-Effects Analyses of Time-Varying Associations between Hobbies and Depression in a Longitudinal Cohort Study: Support for Social Prescribing? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 111-113. <https://doi.org/10.1159/000503571>

Faulkner, S. M., Bee, P. E., Meyer, N., Dijk, D.-J., & Drake, R. J. (2019). Light therapies to improve sleep in intrinsic circadian rhythm sleep disorders and neuro-psychiatric illness: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 46, 108-123. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.04.012>

Featherstone, B., & Broadhurst, K. (2003). Engaging parents and carers with family support services: What can be learned from research on help-seeking? *Child & Family Social Work*, 8(4), 341-350. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.00289.x>

Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H., & Yung, A. R. (2017). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>

Forouhari, S., Hosseini Teshnizi, S., Ehrampoush, M. H., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Fallahzadeh, H., Tabei, S. Z., Nami, M., Mirzaei, M., Namavar Jahromi, Bahia, B., Hosseini Teshnizi, S. M., Ghani Dehkordi, J., & Kazemitabaeae, M. (2019). Relationship between Religious Orientation, Anxiety, and Depression among College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 48(1), 43-52.

Freyheit, S. (2009). *La luminothérapie et ses principales applications* [UHP - Université Henri Poincaré]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733443>

G

- Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A. F., Modrego-Alarcón, M., Gebbing, P., Delgado-Suárez, I., Gupta, R., Dean, L., Dalgleish, T., White, I. R., & Jones, P. B. (2021). Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 18(1), e1003481. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003481>
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
- Gerard, P., & Dollfus, S. (2014). La cohérence cardiaque: État des connaissances actuelles et bénéfiques en psychiatrie. *European Psychiatry*, 29(S3), 547-547. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.333>
- Gerber, M., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U., & Beck, J. (2013). Aerobic exercise training and burnout: A pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC Research Notes*, 6(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-78>
- Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Lindwall, M., & Ahlborg, G. (2014). Physical activity in employees with differing occupational stress and mental health profiles: A latent profile analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(6), 649-658. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.07.012>
- Gerber, M., Lang, C., Feldmeth, A. K., Elliot, C., Brand, S., Holsboer Trachsler, E., & Pühse, U. (2015). Burnout and Mental Health in Swiss Vocational Students: The Moderating Role of Physical Activity. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 63-74. <https://doi.org/10.1111/jora.12097>
- Gladding, S. T. (2007). Tapping Into the Wellspring of Wellness. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 46(1), 114-118. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2007.tb00029.x>
- Gleason, M. E., Iida, M., Bolger, N., & Shrout, P. E. (2003). Daily supportive equity in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1177/014616720325347>
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937-2949. <https://doi.org/10.1017/S003329715001166>
- Goncher, I. D., Sherman, M. F., Barnett, J. E., & Haskins, D. (2013). Programmatic perceptions of self-care emphasis and quality of life among graduate trainees in clinical psychology: The mediational role of self-care utilization. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(1), 53-60. <https://doi.org/10.1037/a0031501>
- Gong, H., Ni, C., Shen, X., Wu, T., & Jiang, C. (2015). Yoga for prenatal depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0393-1>
- Gothe, N. P., & McAuley, E. (2015). Yoga and Cognition: A Meta-Analysis of Chronic and Acute Effects. *Psychosomatic Medicine*, 77(7), 784-797. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000218>
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., McKenzie, B., Nason, S., & Andereg, M. (2005). Sources of renewal: A qualitative study on the experience and role of leisure in the life of counsellors and psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(1), 31-40. <https://doi.org/10.1080/09515070500099660>

Greeson, J. M. (2009). Mindfulness Research Update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18. <https://doi.org/10.1177/1533210108329862>

Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>

Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2016). «How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies»: Corrigendum. *Clinical Psychology Review*, 49, 119-119. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.011>

Gurtman, M. B. (1986). Depression and the response of others: Reevaluating the reevaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 99. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.1.99>

H

Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: The effect of gender. *Journal of Mental Health*, 28(5), 467-474. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340630>

Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.t01-1-00160>

Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 251, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>

Hall, W. J. (2018). Psychosocial risk and protective factors for depression among lesbian, gay, bisexual, and queer youth: A systematic review. *Journal of homosexuality*, 65(3), 263-316.

Harbaugh, W. T., Mayr, U., & Burghart, D. R. (2007). Neural responses to taxation and voluntary giving reveal motives for charitable donations. *Science*, 316(5831), 1622-1625. <https://doi.org/10.1126/science.1140738>

Haslam, C., Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G., & Chang, M. X.-L. (2016). Groups 4 Health: Evidence that a social-identity intervention that builds and strengthens social group membership improves mental health. *Journal of Affective Disorders*, 194, 188-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.010>

Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social Identity, Health and Well Being: An Emerging Agenda for Applied Psychology. *Applied Psychology*, 58(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>

Haslam, S. A., Jetten, J., & Waghorn, C. (2009). Social identification, stress and citizenship in teams: A five-phase longitudinal study. *Stress and Health*, 25(1), 21-30. <https://doi.org/10.1002/smi.1221>

Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2018). Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Developmental Review*, 47, 44-62. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.10.001>

- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Henderson, E. M., Rosser, B. A., Keogh, E., & Eccleston, C. (2012). Internet Sites Offering Adolescents Help With Headache, Abdominal Pain, and Dysmenorrhoea: A Description of Content, Quality, and Peer Interactions. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(3), 262-271. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr100>
- Hendriks, T., de Jong, J., & Cramer, H. (2017). The Effects of Yoga on Positive Mental Health Among Healthy Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7), 505-517. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0334>
- Hill, K., Wittkowski, A., Hodgkinson, E., Bell, R., & Hare, D. J. (2016). Using the Repertory Grid Technique to Examine Trainee Clinical Psychologists' Construal of Their Personal and Professional Development. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 425-437. <https://doi.org/10.1002/cpp.1961>
- Hobfoll, S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 565.
- Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, 19(4), 413-429. <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between Emotion Regulation and Mental Health: A Meta-Analysis Review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>
- Hui, B. P. H., Ng, J. C. K., Berzaghi, E., Cunningham-Amos, L. A., & Kogan, A. (2020). Rewards of kindness? A meta-analysis of the link between prosociality and well-being. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1084-1116. <https://doi.org/10.1037/bul0000298>
- Husaini, B. A., Moore, S. T., & Cain, V. A. (1994). Psychiatric Symptoms and Help-Seeking Behavior Among the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(3-4), 177-196. https://doi.org/10.1300/J083V21N03_12
- Jeannot, J.-G., Froehlich, F., Wietlisbach, V., Burnand, B., Terraz, O., & Vader, J.-P. (2004). Patient use of the Internet for health care information in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 134(21-22), 307-312.
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bamba, C. L., Lang, I., & Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13(1), 773. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-773>
- Jia, Y., Wang, X., & Cheng, Y. (2020). Relaxation Therapy for Depression: An Updated Meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 319-328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001121>
- Johnson, R., Stewart-Brown, S., & Clarke, A. (2013). *The 2013 Coventry Wellbeing Report: Understanding mental wellbeing in Coventry: Inequalities, levels and factors associated*. https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/research/validation/cwr_2013.pdf
- Jones, S. M., Bodie, G. D., & Hughes, S. D. (2019). The Impact of Mindfulness on Empathy, Active Listening, and Perceived Provisions of Emotional Support. *Communication Research*, 46(6), 838-865. <https://doi.org/10.1177/0093650215626983>

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2>

Jung, C. G. (2001). *Modern man in search of a soul*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203991701>

K

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. Delacorte.

Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194. <https://doi.org/10.1111/camh.12113>

Kamerāde, D., Bennett, M., & Bennett, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. In TSI Working Paper Series No. 8 (European Union, p. 27). *Third Sector Impact*. https://thirdsectorimpact.eu/site/assets/uploads/documentations/tsi-working-paper-no-7-unemployment-volunteering-subjective-well-being-and-mental-health/TSI_WP8_Unemployment-Volunteering.pdf

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>

Khan, Z., & Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and its Relationship with Mental Well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.330>

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>

Kim, H., & Kim, E. J. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6-8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01735.x>

Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Yew, P. Y. S., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1043-1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>

Klatte, R., Pabst, S., Beilmann, A., & Rosendahl, J. (2016). The Efficacy of Body-Oriented Yoga in Mental Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(12), 195-202. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0195>

Knoll, N., Burkert, S., & Schwarzer, R. (2006). Reciprocal support provision: Personality as a moderator? *European Journal of Personality*, 20(3), 217-236. <https://doi.org/10.1002/per.581>

Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing Support to Others and Well-Being in Later Life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, 300-311. <https://doi.org/10.1093/geronj/47.5.P300>

Kühn, S., Mascherek, A., Filevich, E., Lisofsky, N., Becker, M., Butler, O., Lochstet, M., Mårtensson, J., Wenger, E., Lindenberger, U., & Gallinat, J. (2021). Spend time outdoors for your brain – an in-depth longitudinal MRI study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 0(0), 1-7. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1938670>

L

Laborde, S., Allen, M. S., Borges, U., Dosseville, F., Hosang, T. J., Iskra, M., Mosley, E., Salvotti, C., Spolverato, L., Zammit, N., & Javelle, F. (2022). Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104711>

Lara-Cinisomo, S., Wood, J., & Fujimoto, E. M. (2019). A systematic review of cultural orientation and perinatal depression in Latina women: Are acculturation, Marianismo, and religiosity risks or protective factors? *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 557-567. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0920-4>

Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195. <https://doi.org/10.1037/h0044635>

Lee, C. M., Reissing, E. D., & Dobson, D. (2009). Work-life balance for early career Canadian psychologists in professional programs. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 50(2), 74. <https://doi.org/10.1037/a0013871>

Lee, F. (1999). Verbal Strategies for Seeking Help in Organizations. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(7), 1472-1496. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00148.x>

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *American Journal of Health Behavior*, 44(3), 282-291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>

Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013a). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96-103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>

Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013b). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96-103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>

Levin, K. H., Shanafelt, T. D., Keran, C. M., Busis, N. A., Foster, L. A., Molano, J. R. V., O'Donovan, C. A., Ratliff, J. B., Schwarz, H. B., & Sloan, J. A. (2017). Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurology residents and fellows in 2016. *Neurology*, 89(5), 492-501. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004135>

Li, M., Wang, L., Jiang, M., Wu, D., Tian, T., & Huang, W. (2020). Relaxation techniques for depressive disorders in adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(3), 219-226. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1764587>

Li, Z., Dai, J., Wu, N., Jia, Y., Gao, J., & Fu, H. (2019). Effect of Long Working Hours on Depression and Mental Well-Being among Employees in Shanghai: The Role of Having Leisure Hobbies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), Art. 24. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244980>

Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and aging*, 16(3), 511. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.511>

Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U., & Schwarzer, R. (2007). Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide? *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 156-163. <https://doi.org/10.1007/BF03000187>

M

Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>

- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- Martin, G. (2002). *The prevention of suicide through lifetime mental health promotion: Healthy, happy young people don't suicide, do they?* (p. 245-257). McGraw-Hill. <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:68851>
- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259-274. <https://doi.org/10.1080/07294360903470969>
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 25-29. <https://doi.org/10.1080/08039480802315640>
- Matheson, J. L., & Rosen, K. H. (2012). Marriage and Family Therapy Faculty Members' Balance of Work and Personal Life. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 394-416. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00137.x>
- Mayorga, M. G., De Vries, S. R., Wardle, E. A., Assistant Professor, Texas AandM University, San Antonio, Texas, USA., Ann Wardle, E., & Assistant Professor, Department of Educational Leadership and Counseling, Texas AandM University, Kingsville, USA. (2015). The Practice of Self-Care among Counseling Students. *I-Manager's Journal on Educational Psychology*, 8(3), 21-28. <https://doi.org/10.26634/jpsy.8.3.3101>
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Kabasakalian-McKay, R., & Alterman, A. I. (1996). Gender Differences in the Relapse Experiences of Cocaine Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(10), 616-622.
- McKinzie, C., Burgoon, E., Altamura, V., & Bishop, C. (2006). Exploring the Effect of Stress on Mood, Self-Esteem, and Daily Habits with Psychology Graduate Students. *Psychological Reports*, 999, 439-448. <https://doi.org/10.2466/PRO.99.2.439-448>
- McNeill, K. G., Kerr, A., & Mavor, K. I. (2014). Identity and norms: The role of group membership in medical student wellbeing. *Perspectives on Medical Education*, 3(2), 101-112. <https://doi.org/10.1007/s40037-013-0102-z>
- Mitchell, C., McMillan, B., & Hagan, T. (2017). Mental health help-seeking behaviours in young adults. *British Journal of General Practice*, 67(654), 8-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688453>
- Monié, B. (2018). 27. Cohérence cardiaque. In *Thérapies comportementales et cognitives: Vol. 3ème éd.* (p. 249-254). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0249>
- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. *Health behavior: Theory, research and practice*, 70(4), 231.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993-1000. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001>
- Morina, N., Kip, A., Hoppen, T. H., Priebe, S., & Meyer, T. (2021). Potential impact of physical distancing on physical and mental health: A rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. *BMJ Open*, 11(3), e042335. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042335>
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Thrasher, S., Bybee, D., & Harris, S. (1996). Consumers as community support providers: Issues created by role innovation. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47-67. <https://doi.org/10.1007/BF02249367>

- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., ... Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197–2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- N
- Nurit, W., & Michal, A.-B. (2003). Rest: A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational therapy international*, 10(4), 227–238. <https://doi.org/10.1002/oti.187>
- Nurullah, A. S. (2012). Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions (SSRN Scholarly Paper ID 2158458). *Social Science Research Network*. <https://papers.ssrn.com/abstract=2158458>
- O
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: Cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.297>
- Ordway, M. R., Condon, E. M., Ibrahim, B. B., Abel, E. A., Funaro, M. C., Batten, J., Sadler, L. S., & Redeker, N. S. (2021). A Systematic Review of the Association between Sleep Health and Stress Biomarkers in Children. *Sleep Medicine Reviews*, 101494. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101494>
- Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Interventions d'auto-prise en charge*. Consulté 10 août 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/self-care>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Lignes directrices consolidées sur les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé : Santé sexuelle et reproductive et droits connexes*.
- P
- Padesky, C. A., & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, 7(3), 309–320. <https://doi.org/10.1007/BF00287545>
- Pandi-Perumal, S. R., Vaccarino, S. R., Chattu, V. K., Zaki, N. F. W., BaHammam, A. S., Manzar, M. D., Maestroni, G. J. M., Suchecki, D., Moscovitch, A., Zizi, F., Jean-Louis, G., Narasimhan, M., Ramasubramanian, C., Trakht, I., Seeman, M. V., Shneerson, J. M., Maes, M., Reiter, R. J., & Kennedy, S. H. (2021). 'Distant socializing,' not 'social distancing' as a public health strategy for COVID-19. *Pathogens and Global Health*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1930713>
- Parslow, R. A., & Jorm, A. F. (2000). Who Uses Mental Health Services in Australia? An Analysis of Data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 997–1008. <https://doi.org/10.1080/000486700276>
- Patsiopoulou, A. T., & Buchanan, M. J. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301. <https://doi.org/10.1037/a0024482>
- Pereira, A., Dubath, C., & Anne-Marie, T. (2021). *Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique*. minds - Promotion de la santé mentale à Genève. <https://minds-ge.ch/wp-content/uploads/2021/04/Les-d%C3%A9terminants-de-la-sant%C3%A9-mentale.pdf>
- Pirkis, J., Too, L. S., Spittal, M. J., Krysinaka, K., Robinson, J., & Cheung, Y. T. D. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 994–1001. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00266-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00266-7)

Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: A Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>

Price, M., & Launay, J. (2018). *Increased Wellbeing from Social Interaction in a Secular Congregation*. <https://bura.brunel.ac.uk/handle/2438/16655>

R

Reangsing, C., Rittiwong, T., & Schneider, J. K. (2020). Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1793901>

Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366-378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>

Renahy, E., & Chauvin, P. (2006). Internet uses for health information seeking: A literature review. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54(3), 263-275. [https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(06\)76721-9](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(06)76721-9)

Reynolds, K. A., Mackenzie, C. S., Medved, M., Dudok, S., & Koven, L. (2022). Older adults' mental health information preferences: A call for more balanced information to empower older adults' mental health help-seeking. *Ageing & Society*, 1-30. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001896>

Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>

Rickwood, D. J. (1995). The effectiveness of seeking help for coping with personal problems in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 685-703. <https://doi.org/10.1007/BF01536951>

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(S7). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

Rickwood, D., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). *Help-seeking measures in mental health: A rapid review*. 35.

Rodgers, S., Vandeleur, C. L., Strippoli, M.-P. F., Castelao, E., Tesic, A., Glaus, J., Lasserre, A. M., Müller, M., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., & Preisig, M. (2017). Low emotion-oriented coping and informal help-seeking behaviour as major predictive factors for improvement in major depression at 5-year follow-up in the adult community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(9), 1169-1182. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1421-x>

Rupert, P. A. (2012). Predicting work-family conflict and life satisfaction among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 341. <https://doi.org/10.1037/a0026675>

Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>

S

Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140-145. <https://doi.org/10.1037/tep0000142>

Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research*, 72(2), 153-188. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5577-x>

Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: Implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1), 5-14.

Scanlan, J. N., Meredith, P., & Poulsen, A. A. (2013). Enhancing retention of occupational therapists working in mental health: Relationships between wellbeing at work and turnover intention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 395-403. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12074>

Schenk, J., Ledermann, K., & Sölch, C. M. (2021). Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies non- transmissibles. *Office fédéral de la santé publique OFSP*, 297.

Schmitt, M. T., & Branscombe, N. R. (2002). The Meaning and Consequences of Perceived Discrimination in Disadvantaged and Privileged Social Groups. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 167-199. <https://doi.org/10.1080/14792772143000058>

Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020. *Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, Obsan Rapport 15/2020*.

Shefer, G., Rose, D., Nellums, L., Thornicroft, G., Henderson, C., & Evans-Lacko, S. (2013). 'Our community is the worst': The influence of cultural beliefs on stigma, relationships with family and help-seeking in three ethnic communities in London. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(6), 535-544. <https://doi.org/10.1177/0020764012443759>

Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065-1096. <https://doi.org/10.1086/339225>

Sirgy, J. M., & Wu, J. (2009). The Pleasant Life, the Engaged Life, and the Meaningful Life: What about the Balanced Life? *Journal of Happiness Studies*, 10(2), 183-196. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9074-1>

Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>

Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Aakerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 175.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(03), 319. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>

Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>

T

Tabassum, F., Mohan, J., & Smith, P. (2016). Association of volunteering with mental well-being: A life-course analysis of a national population-based longitudinal study in the UK. *BMJ Open*, 6(8), e011327. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011327>

Tajfel, H., Turner, J. C., Austin, W. G., & Worchel, S. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *Organizational identity: A reader*, 56(65), 9780203505984-16.

Takeda, F., Noguchi, H., Monma, T., & Tamiya, N. (2015). How Possibly Do Leisure and Social Activities Impact Mental Health of Middle-Aged Adults in Japan?: An Evidence from a National Longitudinal Survey. *PLOS ONE*, 10(10), e0139777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139777>

Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In *The Oxford handbook of health psychology* (p. 189-214). *Oxford University Press*. https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/11/2011_Social-support_A-review.pdf

Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4). <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61031>

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>

Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of health and social behavior*, 115-131. <https://doi.org/10.2307/3090173>

Thom, B. (1986). Sex Differences in Help-seeking for Alcohol Problems—1. The Barriers to Help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81(6), 777-788. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00405.x>

Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Marschang, A., Djakababa, M. N., & Olf, M. (2010). The Mental Health Impact of Volunteering in a Disaster Setting: A Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 529-538. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ea1fa9>

Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U., & Szucs, T. D. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237-250. <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0026-9>

Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.

V

Valente, V., & Marotta, A. (2005). The impact of yoga on the professional and personal life of the psychotherapist. *Contemporary Family Therapy*, 27(1), 65-80. <https://doi.org/10.1007/s10591-004-1971-4>

Vancampfort, D., Correll, C. U., Scheewe, T. W., Probst, M., De Herdt, A., Knäpen, J., & De Hert, M. (2013). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: A systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 291-298. <https://doi.org/10.1177/0269215512455531>

Vibe, M. de, Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>

Virgili, M. (2015). Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*, 6(2), 326-337. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0>

Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 213-220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.075>

W

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629>

Wheeler, J. A., Gorey, K. M., & Greenblatt, B. (1998). The Beneficial Effects of Volunteering for Older Volunteers and the People They Serve: A Meta-Analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 47(1), 69-79. <https://doi.org/10.2190/VUMP-XCMF-FQYU-V0JH>

White, R. L., Babic, M. J., Parker, P. D., Lubans, D. R., Astell-Burt, T., & Lonsdale, C. (2017). Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 653-666. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.12.008>

Wise, E. H., & Barnett, J. E. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Éds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (Vol. 5). (p. 209-222). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14774-014>

Wolf, M. R., & Rosenstock, J. B. (2017). Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Academic Psychiatry*, 41(2), 174-179. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0526-y>

Wolpert, M., Dalzell, K., Ullman, R., Garland, L., Cortina, M., Hayes, D., Patalay, P., & Law, D. (2019). Strategies not accompanied by a mental health professional to address anxiety and depression in children and young people: A scoping review of range and a systematic review of effectiveness. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 46-60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30465-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30465-6)

Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A Systematic Review of Recent Research on Adolescent Religiosity/Spirituality and Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 161-183. <https://doi.org/10.1080/01612840500436941>

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. 5.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization.

World Health Organization Regional Office for South-East. (2014). *Self care for health*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>

Y
Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Research*, 188(1), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.014>

Ybarra, O., Burnstein, E., Winkielman, P., Keller, M. C., Manis, M., Chan, E., & Rodriguez, J. (2008). Mental Exercising Through Simple Socializing: Social Interaction Promotes General Cognitive Functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(2), 248-259. <https://doi.org/10.1177/0146167207310454>

Z
Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 283-289. <https://doi.org/10.1037/tep0000172>

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Voursora, E., Diamond, M. C., & Miller, L. (2019). Effect of yoga-based interventions for anxiety symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(4), 256-278. <https://doi.org/10.1037/scp0000202>

Zufferey, J. (2020). La santé dans le canton de Genève: Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017 (Obsan Rapport 04/2020) (Observatoire suisse de la santé).



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève

Rue Rothschild 50
1202 Genève
Tél. 022 900 07 11
contact@minds-ge.ch

 [@mindsge](#)
 [@minds_ge](#)
 [@minds-ge](#)
 [#observatoirege](#) [#mindsgeneve](#)
 www.minds-ge.ch

AVEC LE SOUTIEN DE



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

PODF TENERIAS LUX

