



HAL
open science

Les psychologues dans le champ de la santé mentale : les perspectives en promotion de la santé mentale positive

Arnaud Carre, R. Shankland, V. Flaudias, Y. Morvan, B. Lamboy

► To cite this version:

Arnaud Carre, R. Shankland, V. Flaudias, Y. Morvan, B. Lamboy. Les psychologues dans le champ de la santé mentale : les perspectives en promotion de la santé mentale positive. *Pratiques Psychologiques*, 2021, 27 (1), pp.71-84. 10.1016/j.prps.2018.11.009 . hal-03177104

HAL Id: hal-03177104

<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-03177104>

Submitted on 13 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

Les Psychologues dans le champ de la Santé Mentale : les perspectives en Promotion de la Santé Mentale Positive

Toward the Development of Positive Mental Health Promotion: The Role of the Psychologist

Arnaud Carre ^{1,2*}, Rebecca Shankland ^{1*}, Valentin Flaudias ^{3,4},
Yannick Morvan ^{5,6}, & Béatrice Lamboy ¹

¹ Univ. Grenoble Alpes, Univ. Savoie Mont Blanc, LIP/PC2S (EA4145), F-38000, Grenoble, France

² Université Paris-Saclay, Univ. Paris-Sud, UVSQ, CESP, INSERM (UMR1018), F-94800, Villejuif, France

³ Université Clermont Auvergne, NPsy-Sydo (EA7280), BP 10448, F-63000, Clermont-Ferrand, France.

⁴ CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, F-63001, Clermont-Ferrand, France.

⁵ Université Paris Nanterre, Université Paris Lumières, Laboratoire CLIPSYD (EA4430), F-92000, Nanterre.

⁶ Inserm, Université Paris Descartes, Hôpital Sainte-Anne, Centre de Psychiatrie et Neurosciences (UMR894), F-75014, Paris.

- **Correspondance :**

Arnaud CARRE & Rebecca SHANKLAND

Arnaud.Carre@univ-smb.fr

Rebecca.Shankland@univ-grenoble-alpes.fr

Univ. Savoie Mont Blanc, Domaine Universitaire de Jacob-Bellecombette

BP1104, F-73011 Chambéry Cedex

Tel. : +33 (0)4 79 75 85 89

UFR LLSH
Domaine Universitaire de Jacob
Département de Psychologie
Laboratoire LIP/PC2S (EA4145)

Tél. +33(4) 79 75 85 89

Arnaud CARRE
Maitre de Conférences
Psychologue
Laboratoire LIP/PC2S
Chambéry-Grenoble
Associé INSERM U1018
Tél. +33(4) 79 75 85 89
Arnaud.Carre@univ-smb.fr

A l'attention de :
Revue Pratiques Psychologiques ;
Monsieur l'Editeur en Chef,
Laurent Auzoult-Chagnault ;
Mesdames et messieurs les Editrices et
Editeurs de la revue

Chambéry,
le 17 octobre 2018,

Objet : transmission de la révision du manuscrit expertisé

Mesdames, Messieurs,
Chers collègues,

C'est avec intérêt et plaisir que nous avons pris connaissance des retours issus des deux expertises effectuées et de la possibilité de transmettre une version révisée de notre manuscrit pour nouvelle considération.

Comme convenu, nous répondons aux remarques de manière linéaire dans la présente lettre de réponse, et effectuons les modifications en rouge dans le corps de texte du manuscrit révisé.

Nous espérons que ce travail d'intégration des commentaires saura vous
Revue.

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, chers membres du comité éditorial, en l'assurance de nos salutations les plus distinguées.

Bien cordialement,

Pour l'ensemble des auteurs,
Dr. Arnaud Carré



UFR LLSH –
Domaine Universitaire de Jacob
Département de Psychologie
Laboratoire LIP/PC2S (EA 4 145)
Tél. +33(4) 79 75 85 29

Arnaud Carré
Maître de Conférences
Psychologue
Laboratoire LIP/ PC2S
Chambéry-Grenoble
Associé INSERM U 10 18
Tél. +33(4) 79 75 85 89
Arnaud.Carre@univ-smb.fr

A l'attention de :
Revue Pratiques
Psychologiques ;
Monsieur l'Editeur en Chef,
Laurent Auzoult-Chagnault ;
Mesdames et messieurs les
Editrices et Editeurs

*Chambéry,
le 25 avril 20 18,*

Objet : soumission d'un article pour publication dans votre revue



LABORATOIRE
PERSONNALITÉ
INTER-UNIVERSITAIRE
COGNITION
DE PSYCHOLOGIE
CHANGEMENT SOCIAL



Mesdames, Messieurs, Cher.e.s collègues,

A travers cet article, nous souhaitons transmettre à la communauté des psychologues praticiens francophones ce travail (1) qui rappelle les enjeux de santé mentale en santé publique, (2) qui insiste sur la dimension préventive à renforcer en santé mentale, et (3) qui suggère l'insertion des psychologues en tant que professionnels de santé mentale dans une perspective prévention et de promotion de l'état des individus.

Ces éléments se veulent basés sur des données théoriques et cliniques reconnues pour leur qualité, et en lien avec les questions et projets qui sont mis en avant au niveau sociétal.

Nous espérons que notre manuscrit saura trouver un écho favorable auprès de votre équipe éditoriale, et nous tenons à disposition pour de plus amples renseignements.

Pour l'équipe des auteurs,
Arnaud Carré

Les Psychologues dans le champ de la Santé Mentale : les perspectives en Promotion de la Santé Mentale Positive

RESUME

Introduction. La promotion de la santé mentale est encore assez peu connue des psychologues et insuffisamment portée par ceux-ci, notamment parce qu'elle s'appuie sur des concepts et des données issues de la Santé Publique. De plus, elle est portée par une approche dite « positive » de la santé – qui se distingue des modèles de déficits – dont le type d'intervention consiste à mobiliser le potentiel humain en amont afin d'éviter l'apparition d'un éventuel trouble psychiatrique. **Discussion.** L'enjeu actuel en matière de santé mentale implique ainsi un changement de paradigme chez les psychologues permettant de passer d'une action majoritairement curative à une action orientée vers les potentialités individuelles et collectives, les objectifs de ces deux champs étant complémentaires. Cet article présente une synthèse de déterminants de la santé mentale et de politiques publiques nationales et internationales ayant pour objet de favoriser la promotion de la santé. **Conclusion.** L'article conclut sur la manière dont les psychologues pourraient devenir des acteurs essentiels de ce champ jusqu'à présent sous-investi par la profession.

MOTS CLES : Prévention ; Promotion de la santé mentale ; Résilience ; Santé mentale positive ; Psychologie positive ; Santé Publique

Toward the Development of Positive Mental Health Promotion: The Role of the Psychologist

ABSTRACT

Literature findings. Mental health promotion is still insufficiently known by psychologists and few of them work in this field, in part because it is based on public health concepts and data. Furthermore, its approach is focused on positive health – as opposed to deficit models – which proposes interventions consisting in developing human competencies and strengths as a means of preventing potential future mental illnesses. **Discussion.** The present state, in the field of mental health, thus requires a paradigmatic change in psychologists which would enable to move from mainly curative interventions to actions oriented towards individual and collectives' potentialities. This article presents a synthesis of mental health determinants as well as national and international public policies aiming at developing health promotion. **Conclusion.** It concludes on how psychologist could become major actors in this field.

KEY WORDS: Prevention; Mental health promotion; Resiliency; Positive mental health; Positive psychology; Public Health

Introduction

En France, la stratégie nationale de santé 2018-2022 a ciblé comme axe principal la mise en place d'une politique de prévention et de promotion de la santé (Ministère des solidarités et de la santé, 2017), avec une priorité particulière concernant la santé mentale (e.g.. troubles des conduites alimentaires, pratiques addictives, promotion des compétences psychosociales)¹. Ce vœu a de nouveau été accentué par la Ministre Mme Agnès Buzyn lors du dernier congrès de l'Encéphale le 26 janvier 2018 ², où elle a réaffirmé l'importance de la prise en charge de la santé mentale et des moyens à développer en France. Pour cause, la santé mentale, définie dans un sens large comme se rapportant aux problèmes, difficultés et perturbations psychologiques, devrait toucher une personne sur 5 au cours de la vie entière, et plus de 25% de la population pour un difficulté d'ordre mentale au cours d'une année d'après les prédictions relayées par l'Organisation Mondiale de la Santé (Brundtland, 2001; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Murthy, 2001).

Tenant compte de contributions des sciences psychologiques à la détermination des problématiques de santé mentale, à la prévention des risques et complications dans les contextes cliniques ainsi qu'à l'élaboration d'actions de promotion de la santé (Kempf, Llorca, Pizon, Brousse, & Flaudias, 2017; Shankland & Lamboy, 2011), nous proposons un argumentaire soutenant le recours aux psychologues dans la dynamique d'élaboration d'une politique de santé publique. Ainsi, cet article propose de faire une synthèse de la problématique actuelle de la santé mentale en termes de santé publique en s'intéressant aux facteurs de risque et de protection identifiés. **Il se propose ensuite de présenter un champ relativement récent qu'est celui de la santé mentale positive afin d'en tirer les conclusions qui s'imposent concernant le rôle du psychologue dans notre société, et son impact suggéré sur le**

¹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

² https://www.youtube.com/watch?v=HmH98N_4SQQ

bien-être des individus. L’ancrage dans le champ disciplinaire de la psychologie, s’il n’est pas exhaustif et apparaît davantage tourné vers la psychopathologie et la psychologie clinique, voire la psychologie de la santé, ne se veut pas exclusif.

La santé mentale : définition et épidémiologie

L’importance des troubles mentaux dans le monde ainsi que les liens établis entre santé mentale, santé physique et développement socio-économique des pays font de la santé mentale un enjeu majeur de santé publique et de projets sociétaux, si bien qu’un article publié dans la prestigieuse revue *The Lancet* titrait « *No health without mental health* » (ou « pas de santé sans santé mentale » ; Prince et al., 2007). Cet article plaçait la santé mentale comme une grande cause mondiale au même titre que la promotion pour l’égalité femme/homme, la réduction de la mortalité infantile ou encore la lutte contre le VIH. Dès 2001, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que les troubles mentaux pouvaient toucher environ 450 millions de personnes dans le monde (Murthy, 2001). Les souffrances individuelles engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que leurs répercussions familiales, sociales et économiques peuvent également être conséquentes (Andrews & Titov, 2007). Dans ce contexte, les décideurs deviennent de plus en plus sensibles au poids de cette problématique, et nombreux sont ceux qui ont placé l’action en santé mentale comme une priorité (Horton, 2007). Ainsi, en 2008, un « Pacte européen pour la santé mentale », auquel la France a souscrit a été conclu, et un « Appel à l’action » a également été lancé au niveau européen. Les difficultés rencontrées aujourd’hui, en lien avec les évolutions sociétales (e.g. survenues de problèmes d’emploi, de logement, familles monoparentales isolées), alertent les professionnels de santé qui ne peuvent pas nécessairement répondre de manière adéquate à l’ensemble des demandes formulées ou des besoins repérés. Les experts internationaux dans le domaine s’entendent donc sur la nécessité d’un investissement en amont de l’apparition des troubles, en mettant en avant la prévention notamment grâce à la promotion de la santé mentale positive. Pourtant dès 2004, l’OMS soulignait que les ressources avaient été investies

quasi-exclusivement dans les services de soins et de réadaptation davantage que dans la prévention et la promotion de la santé mentale. Elle invitait à cette réorientation des ressources dans les politiques de santé mentale en santé publique. Ainsi, des leçons doivent être tirées de ces choix et orientations budgétaires, notamment au regard des indicateurs épidémiologiques.

L'action des professionnels de santé mentale a longtemps été envisagée sous l'angle du curatif ou du palliatif afin de répondre aux situations d'urgence et de remédier aux crises à court terme. Le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale (**Figure 1**), qu'il soit dans l'anticipation de l'apparition de troubles (prévention primaire des troubles mentaux et promotion de la santé et du bien-être), ou qu'il soit consécutif aux pathologies pour restreindre la fréquence et l'intensité des rechutes (prévention tertiaire) mérite tout autant d'attention que les interventions centrées sur le problème de santé avéré si l'on souhaite développer de nouvelles stratégies efficaces pour faire face aux problèmes sociétaux majeurs que représentent les troubles de santé mentale (Siméone et al., 2018) .

S'IL VOUS PLAÎT, INSERER LA FIGURE 1 ICI

Selon l'OMS, parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle, cinq sont des troubles mentaux (dépression, troubles bipolaires, addictions, schizophrénie et troubles obsessionnels compulsifs). Les troubles mentaux se caractérisent par des perturbations affectives, cognitives et comportementales entraînant une souffrance psychique et/ou des problèmes de fonctionnement personnel et social. Ils sont définis et répertoriés par deux classifications reconnues et utilisées au niveau international aussi bien en pratique clinique qu'en recherche : la Classification Internationale des Maladies proposées par l'OMS

(CIM-10) et le Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) développé par l'Association Psychiatrique Américaine (American Psychiatric Association, 2013). A partir de ces référentiels, récemment, les indicateurs européens ont estimé qu'une personne sur trois était concernée par les risques mentaux (comprenant les troubles anxieux tels que les phobies, les pathologies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, tout comme les pathologies neuro-développementales comme les troubles du spectre autistique ; Olesen et al., 2012). Par ailleurs, il est à remarquer qu'au niveau européen, malgré d'importantes disparités entre les pays, la prévalence des troubles mentaux dans les consultations de soins primaires est particulièrement élevée, et ce de longue date (Goldberg, Privett, Ustun, Simon, & Linden, 1998).

L'enquête par échantillonnage aléatoire ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – ESEMED, European Policy Information Research on Mental Disorders – EPREMED) réalisée en 2001-2003 (Alonso, Lépine, et al., 2007; Lépine et al., 2005) auprès de 21 425 adultes dans six pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Espagne, Pays-Bas) a évalué la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents en population générale (troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles liés à la consommation d'alcool) à 26% en Europe et à 38,4% en France au cours de la vie . Les troubles dépressifs (Épisode Dépressif Majeur et Dysthymie) et les troubles anxieux (Phobies spécifiques, Trouble d'Anxiété Généralisée, Stress Post-Traumatique) sont les troubles les plus fréquents en Europe, leurs prévalences globales étant semblables : 14,7% pour les troubles dépressifs et 14,5% pour les troubles anxieux au cours de la vie. Ces prévalences sont plus élevées en France avec 24,1% pour les troubles dépressifs et 22,4% pour les troubles anxieux mesurés au cours de la vie. Avec des prévalences avoisinant 1%, les troubles bipolaires et la schizophrénie (Kaymaz & van Os, 2009) sont des troubles qui peuvent apparaître moins

importants numériquement mais dont le « poids sociétal » n'en reste pas moins élevé (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009). De même, les coûts de prise en charge de patients atteints de troubles des conduites alimentaires avoisinent ceux de la prise en charge de troubles chroniques parfois invalidant comme la schizophrénie (Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin, & Rosenheck, 2000). En 2005, l'enquête ESEMED-EPREMED a estimé que plus d'une personne sur trois en France a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, et une sur cinq d'un trouble au cours de l'année, les problématiques anxiodépressives étant représentées à hauteur de 8 à 13%.

Dans une perspective qualifiable d'intégrative, car réunifiant problématiques de santé mentale et de santé somatique, une étude publiée en 2007 a mis en avant qu'il existe trois types d'interactions entre maladie somatiques et troubles mentaux : (1) les troubles mentaux affectent la prévalence d'autres pathologies (par les effets métaboliques ou encore les altérations de la qualité de vie qui peuvent être induits par les troubles mentaux) ; (2) les pathologies « non mentales » augmentent le risque de présenter un trouble mental (notamment pour les maladies somatiques qui, comme le VIH ou les AVC, peuvent avoir une action délétère sur le cerveau ou encore par le poids psychologique qu'entraîne la maladie pour ceux qui en souffrent); (3) les troubles mentaux peuvent altérer le traitement et la guérison des maladies somatiques. Cet effet tient à l'impact de troubles des perturbations et troubles psychologiques en termes de retard dans le recours aux soins, d'altération de la bonne observance du traitement, ou simplement parce que les structures de soins ne sont pas adaptées aux personnes souffrant à la fois d'une maladie somatique et d'un trouble mental comorbide, Prince, et al., 2007). Ainsi, deux méta-analyses ont permis de constater, d'une part, qu'entre trois mois et deux ans après une dépression, le risque de mortalité cardiaque double et, d'autre part, que la dépression augmente de 50% le risque de maladie coronarienne chez les patients qui présentaient antérieurement une bonne santé cardiovasculaire (Barth et

Schumacher, 2004 ; Desjardins et al., 2008). Le lien entre les maladies physiques et psychiques peut s'expliquer, entre autres, par la répercussion négative des troubles mentaux sur les habitudes de vie et l'augmentation de certains comportements de santé problématiques (e.g., tabagisme, alcoolisme, consommation de substances psychoactives, troubles du comportement alimentaire, sédentarité, pratiques sexuelles à risque). Par ailleurs, si la prédisposition à un cancer par une maladie mentale telle une dépression a été écartée (tant en ce qui concerne la durée, l'intensité ou l'ancienneté), il est souligné que la mortalité est accrue lorsque la problématique du cancer est associée à un trouble psychiatrique (Lemogne et al., 2013).

Les rapprochements d'intérêts et de méthodes entre la santé mentale et la santé publique doivent permettre la meilleure intégration de la prévention et la promotion dans un cadre attestant que la santé mentale va au-delà du champ de la clinique psychiatrique (Saraceno, & Zullino, 2013). De façon générale, les troubles mentaux entraînent d'importantes conséquences économiques et sociales pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la société. Au nombre des premiers qui sont évalués figurent le coût des services sanitaires et sociaux, la perte d'emploi et la perte de productivité, l'incidence sur la famille et les aidants, la violence agie ou subie, le sentiment d'insécurité ainsi que les décès prématurés (Murthy, 2001; Prince et al., 2007). A l'échelle française, il a récemment été discuté des impacts et des coûts globaux, dans une perspective intégrative, des troubles cliniques relevant de la perturbation thymique et émotionnelle. Ainsi, un remarquable et ambitieux travail a estimé le coût direct et indirect pour l'individu et la société d'un trouble de l'humeur ou de l'anxiété (Dezetter, 2012). Il ressort que pour 1€ investi dans la prise en charge d'un épisode dépressif majeur, le système de santé remboursant des pratiques thérapeutiques cadrées économiserait 1€30 à 2€60 (et une moyenne de 1€14 dans le cadre de troubles anxieux). Ces données prennent en compte une action de santé publique lors des premiers symptômes d'un

pathologie mentale, et vont dans le sens d'expérimentations récentes concernant les difficultés psychologiques traversées par les jeunes et dont l'assurance maladie assure un cadre de prise en charge financière (Carre & Morvan, 2016). Ces connaissances et ce type d'expérimentation souligne une nouvelle fois la nécessité pour les individus comme pour la société de proposer des mobilisations précoces. Toutefois, des interventions en amont, tenant compte des facteurs impliqués dans la genèse des troubles et leur anticipation, permettraient de meilleurs résultats.

Facteurs de risque et facteurs protecteurs

L'aspect multi-causal de la santé mentale et des troubles mentaux fait maintenant consensus. Comme la santé somatique, la santé mentale est déterminée par un ensemble de facteurs bio-psycho-sociaux, certains facteurs étant favorables à une bonne santé (les facteurs de protection) et d'autres étant défavorables (les facteurs de risque). Ainsi, dans le champ de la santé mentale, les approches multifactorielles, écologiques et développementales sont à présent reconnues et mises en avant (Mackereth, Brown, & Learmonth, 2014). La santé mentale dépend non seulement de facteurs individuels (génétiques et psychobiologiques) et environnementaux (sociaux, culturels, naturels), mais également de leur interaction et intègre une dimension développementale, c'est-à-dire considérant que la maturation et le développement résultent de l'interaction entre l'ensemble des facteurs individuels et environnementaux. En ce sens, les expériences vécues lors de périodes critiques du développement, tout comme lors des périodes de transition, peuvent avoir des effets sur la santé mentale d'un individu plus tard au cours de sa vie. Un modèle sur le développement positif des jeunes (ou *Positive Youth Development*, Silbereisen & Lerner, 2007) propose de regrouper six critères d'épanouissement (les « 6 C ») que sont les compétences intra et interpersonnelles, la confiance dans ses propres habiletés, la confiance dans les autres, le caractère fort, les connexions sociales, la contribution active à la société.

Les facteurs sont considérés comme génériques lorsqu'ils sont associés à plusieurs troubles mentaux. Ces facteurs, qui peuvent être de risque ou de protection, s'articulent en trois principaux groupes (les facteurs individuels, familiaux et environnementaux), chacun d'entre eux pouvant être subdivisé ensuite en 2, 3 ou 4 catégories (voir tableau 1). Ainsi au niveau individuel, un certain nombre de vulnérabilités biologiques, cognitives, sociales et émotionnelles favorisent le développement de troubles mentaux, alors que certaines capacités cognitives, sociales et émotionnelles protègent l'individu et participent à un état de « bonne santé mentale ». Les facteurs protecteurs sont le plus souvent présentés comme facilitant la résistance à l'adversité et atténuant l'impact du stress et des troubles de l'adaptation. On peut citer, notamment, le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986), défini comme la croyance en sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser une situation donnée. Au niveau des compétences sociales on peut également citer la capacité à susciter et/ou à rechercher du soutien, ce dernier ayant un impact globalement positif sur le bien-être des individus. Au niveau familial, les difficultés psychologiques et comportementales des parents, les carences relationnelles, la maltraitance et les problèmes familiaux apparaissent comme d'importants prédicteurs des troubles mentaux. Une synthèse, regroupant toutes les études longitudinales réalisées entre 1970 et 2008, a permis d'établir le lien entre des relations parentales problématiques durant l'enfance (e.g., abus, négligence, carences affectives précoces), et l'apparition de troubles dépressifs et anxieux à l'âge adulte (Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009). Inversement, des interactions parent-enfant adaptées et des pratiques parentales positives favorisent une bonne santé mentale et préviennent un certain nombre de troubles psychiques. Ainsi, les études menées sur l'échec scolaire auprès de populations défavorisées, par exemple, montrent que les enfants dont les parents formulaient leurs directives dans un contexte comportant peu d'affection présentaient une moindre

longévité scolaire que leurs pairs en résistants aux contraintes de l'environnement scolaire (Bouteyre, 2008).

Enfin, plusieurs facteurs environnementaux, économiques et sociaux, ont également un impact qui peut être important sur la santé mentale, comme l'implication dans des associations de quartier, les revenus des familles, l'établissement de relations satisfaisantes avec des « tuteurs de résilience » (Cyrułnik & Seron, 2003), ce qui est particulièrement important pour favoriser l'adaptation et qui est de plus en plus accessible pour le grand-public. Cette classification des facteurs génériques met en exergue la multitude des facteurs associés à la santé mentale, ainsi que l'importance d'une accumulation de facteurs de risque associé à un manque de facteurs de protection comme potentiels déclencheurs de problèmes de santé mentale. La notion de promotion des capacités de résilience apparaît centrale dans la perspective d'accompagnement de la santé mentale (Rutten et al., 2013) et de promotion du bien-être (Anderson & Jané-Llopis, 2011) et ce dès le plus jeune âge (Ager, 2013).

S'IL VOUS PLAÎT, INSERER LE TABLEAU 1 ICI

Essor de la santé mentale positive

L'autre dimension de la santé mentale se distingue d'un ancrage dans la psychopathologie et la sémiologie psychiatrique classique. La santé mentale est ainsi considérée comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (Murthy, 2001). Ryff suggère que la thématique biopsychologique du bien-être, essentielle en santé mentale (Ryff & Singer, 1996; Ryff, Singer, & Diener Love,

2004) doit être prise en compte sous son angle développemental et évolutif, associée aux considérations de personnalité, et intégré à la diversité de l'environnement, des expériences et des facteurs de risque de l'individu et de son milieu (Ryff, 2014). Selon l'Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC), elle est dite positive dans la mesure où elle ne consiste donc pas seulement en une absence de troubles mentaux, mais serait composée de cinq caractéristiques (Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae, & Jayaraman, 2016). La première composante concerne l'aptitude à jouir de la vie, qui se réfère essentiellement à la notion de bien-être subjectif et émotionnel. Tout individu dans son développement a le potentiel pour devenir une personne qui s'épanouit dans son environnement et ses projets (Weichold & Silbereisen, 2012). La seconde porte sur la capacité à s'adapter aux événements de vie, renvoyant à la capacité à faire face avec succès aux événements et au stress par la mise en œuvre de stratégies émotionnelles, cognitives et comportementales adaptées (i.e., stratégies de *coping*, Lazarus & Folkman, 1984). La résilience, définie comme le fait de maintenir un fonctionnement adaptatif en dépit d'un traumatisme vécu peut également être considérée comme faisant partie intégrante de cette composante. La troisième composante est le bien-être émotionnel, compris comme la capacité à maîtriser ses émotions³ (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2009). La régulation émotionnelle est d'ailleurs un point essentiel en psychopathologie et psychologie de la santé (Gross, 2002). Par exemple, les perturbations des capacités d'introspection et de conscience émotionnelle au niveau intra-individuel comme l'alexithymie (notamment la difficulté à identifier, mentaliser et verbaliser ses émotions) sont envisagées comme un marqueur important et pouvant être considéré de manière transdiagnostique (Berthoz, Pouga, & Wessa, 2011; Grynberg et al., 2012). L'empathie, en tant que processus impliqué dans les capacités de traitement des états affectifs d'autrui peut également être envisagée sur le versant inter-personnel (Carré, 2016) . La

³ https://secure.cihi.ca/free_products/mh_report_13Feb2009_f.pdf

quatrième caractéristique concerne les valeurs spirituelles, ou le sentiment de « bien-être spirituel », qui correspond au sentiment d'appartenance à une réalité plus grande que soi et au fait de trouver un sens à sa vie. Cette dimension tend d'ailleurs à devenir un objet de recherches croissant en neurosciences affectives (Davis & Panksepp, 2011). Enfin, l'appartenance sociale constitue la cinquième composante, celle-ci étant liée au respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle. Les travaux en psychologie sociale insistent sur cette variable dans l'épanouissement et la qualité de vie, en particulier dans le cadre de la perte d'emploi (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004; Lyubomirsky, 2010; Lyubomirsky, Martin-Krumm, & Nelson, 2012).

L'intérêt et l'importance accordés à une santé mentale dite positive sont relativement récents (Lerner, Dowling, & Anderson, 2003). Les travaux portant sur cette thématique connaissent un essor depuis ce début du XXI^e siècle, tant en psychologie qu'en santé publique (Lecomte, 2014; Shankland, 2014). Toutefois, étant donné la diversité des composantes de la santé mentale positive, nous manquons aujourd'hui de travaux portant sur la globalité du concept. Au niveau européen, des enquêtes réalisées sur la santé mentale (Eurobaromètre) se sont par exemple appuyées sur le questionnaire SF-36 (Ware, Gandek, & Group, 1994) afin d'étudier certains de ses aspects. Plus précisément, cet instrument permet d'estimer la perception (telle que déclarée par les personnes interrogées) de certaines variables rattachées au bien-être subjectif et émotionnel. Il se situe donc au niveau de la première des cinq composantes de la santé mentale positive, telle que définie par l'ASPC. Cette enquête aléatoire, réalisée en population générale dans 25 pays européens auprès de 26800 personnes (1053 Français) à l'aide d'entretiens en face à face assistés par ordinateur, a permis de montrer qu'en France au cours des quatre semaines précédant l'entretien, 69% des personnes ont déclaré avoir été heureuses tout le temps ou la plupart du temps (61% en Europe), et 85% se sont sentis jamais, rarement heureuses ou malheureuses selon l'Eurobaromètre en 2010

(Easterlin, 2015). Bien que balbutiante en termes de méthodologie, cette étude européenne montre que la dimension positive de la santé mentale est maintenant une dimension intégrée aux grandes enquêtes populationnelles. Ce nouveau champ d'investigation est particulièrement prometteur au regard de la complémentarité des applications pratiques en amont des prises en charge thérapeutiques classiques, ainsi que des implications qu'il porte vis-à-vis des politiques de santé mentale publique.

L'approche des phénomènes mentaux sous un angle complémentaire autre que celui de la problématique déficitaire d'une part, et des soins curatifs apportés à des diagnostics cliniquement significatifs d'autre part, paraît pertinente pour anticiper les situations et favoriser les meilleures trajectoires développementales. Le concept de rétablissement introduit et interprété positivement dans la vision d'un processus davantage que d'un état final recherché (Huguelet, 2007) participe à cette démarche. Ainsi, il s'agit de considérer un rapport optimisé d'une personne à sa condition psychopathologique, y compris lorsque celle-ci est d'une sévérité intense (davantage que parvenir à évaluer la variabilité symptomatologique associée à l'efficacité thérapeutique). Andresen et ses collègues ont proposé que le rétablissement est un processus de réalisation de sa vie impliquant plusieurs objectifs. Ceux-ci sont 1) trouver l'espoir, 2) la redéfinition de son identité, 3) apporter un sens à sa vie, et 4) prendre la responsabilité du rétablissement (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). Inscrite dans cette perspective, l'expérience d'une condition associée à une santé mentale altérée prend une dimension positive, cherchant à dépasser stigmatisations, discriminations et mauvaises pratiques ressenties ou vécues par les individus (Sunkel, 2012). Tel un nouveau cadre éthique, le changement de pratique associé à l'implication du patient dans son rétablissement fonctionnel permet d'envisager des objectifs essentiels à court terme. Il s'agit de l'autonomisation (« *empowerment* ») et de la satisfaction notamment, qui participent à l'accès au soin, leur qualité objective et perçue, et concourent à l'accès à une

meilleure santé et qualité de vie (Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2014). La dimension communautaire de la pratique de la psychologie, passant d'un fonctionnement institutionnel et qualifiable de relativement statique à une flexibilité et diversité des actions et cadres d'intervention (Daumerie et al., 2009; Minkoff, 2015). Cette vision du travail des psychologues cliniciens et de la santé, intégrés à la cité et agissant avec les autres professionnels de santé mentale conduit, au-delà de l'activité psychothérapeutique, à participer à la recherche sur le terrain, à faire de la promotion de la santé et de la prévention, et à agir en réseau et dépasser les cadres institutionnels classiques (Daumerie et al., 2009; Minkoff, 2015).

Discussion : place des psychologues dans le champ de la santé mentale

Cet état des lieux associé à l'épidémiologie et aux enjeux qui découlent, ne peut que conduire à prendre plus encore en considération l'importance de la santé mentale et à tracer de nouvelles perspectives pour son organisation. L'abord des questions de santé mentale par la santé publique, en adoptant un questionnement similaire à celui en « santé somatique », a conduit à constater ce qui s'apparenterait à une inadéquation du « logiciel » en santé mentale. En effet, depuis plusieurs décennies maintenant, un grand nombre de données scientifiques et médicales (i.e. recherche en génétique, physiopathogénie, efficacité thérapeutique, suivis épidémiologiques) a conduit optimiser la conceptualisation des maladies. De fait, la génétique et la neuroimagerie, tout comme l'épidémiologie, ont permis l'introduction de la notion de marqueurs de vulnérabilité et de facteurs de risques permettant, au-delà même des diagnostics plus précis et précoces, l'établissement de stratégies de prévention (Gould & Manji, 2004). C'est ainsi qu'en santé dite somatique, la mortalité associée aux pathologies cardiovasculaires (Luepker, 2016) ou aux cancers a pu être considérablement améliorée (Centers for Disease

Control and Prevention, *CDC*, 2004). L'institut américain de santé mentale (National Institute of Mental Health, *NIMH*) a pris acte de ces constats en relevant, notamment par la voix de son ancien directeur Thomas Insel, que l'ensemble de la stratégie d'identification et de prise en charge des troubles neuropsychiatriques nécessitait d'être changée (Insel, 2009). Pour cause, si la mortalité a considérablement diminué dans plusieurs pathologies aiguës ou chroniques telles que celle évoquées précédemment, ce profil d'évolution des résultats n'est pas retrouvé en santé mentale. Plus alertant encore, Insel (2009) souligne que, malgré les avancées scientifiques et cliniques, certaines études mettent en avant des espérances de vies diminuées jusqu'à plus de 30 années (Colton & Manderscheid, 2006), ou bien encore que les taux de suicides sont élevés voire sont restés assez constants (Heron et al., 2009; Murphy, Xu, Kochanek, Curtin, & Arias, 2017). Dans ce contexte, le NIMH pointait également le fait qu'en santé mentale une promotion a largement été faite concernant les traitements pharmacologiques. Cependant, la dimension psychosociale de l'intervention –incluant la psychoéducation, la psychothérapie, l'accompagnement social– produit des effets positifs dans des pathologies chroniques invalidantes telles que les schizophrénies. Ces effets sont rapportés en termes de recouvrement d'un état stable ou bien encore de diminution des rechutes (Medalia & Saperstein, 2011 ; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010), y compris en vie réelle (Ali, Carré, Orri et al., 2017). **Il apparaît ici nécessaire de préciser que recherche et pratique en santé mentale peuvent schématiquement se référer à deux stratégies. La première centrant ses efforts sur les perturbations, et la seconde sur les potentialités permettant de vivre avec les difficultés rencontrées (Slade & Longden, 2015). Ainsi, un glissement a été opéré de la recherche d'un rétablissement dit « clinique » (standardisé et visant classiquement à la disparition du trouble) à un rétablissement dit « personnel » intégrant une diversité d'objectifs selon les personnes et un continuum d'évolutions (Anthony, 1993). Cela soutient que les actions de rétablissement personnel consistent à optimiser la**

dimension fonctionnelle et subjective de bonne qualité de vie et d'acceptation de sa condition de santé mentale (Law & Morrison, 2014). Dans ce cadre, apparaît la possibilité de quitter une vision pessimiste quant aux perspectives d'amélioration, tout en prenant en considération les efforts et difficultés que cela représente pour les patients (Lieberman, 2012). Les perspectives d'accompagnement et de rémission se proposent d'ailleurs d'intégrer différents niveaux de l'intervention psycho-sociale en tenant compte des différences (et capacités) interindividuelles, et de ce que l'environnement (Shean, 2009). Ces données couplées à celles indiquant l'importance d'identifier les facteurs de risques psychosociaux, notamment en termes de vécus aversifs et menaçants dans l'enfance pour leur effet sur les trajectoires de vie des individus (Felitti et al., 1998) sont autant d'arguments qui soutiennent la nécessité d'une approche qui se situe en amont, de prévention et de promotion en santé dont les psychologues ont la compétence dans une perspective biopsychosociale (Charras et al., 2012). En effet, l'impact des maltraitances (physiques, émotionnelles ou sexuelles), de l'isolement, des antécédents familiaux de troubles mentaux ou bien encore judiciaires a été mis en avant dans les perturbations du développement cognitif et affectif, conduisant à des comportements à risques et perturbation de la santé (somatique et mentale) réduisant l'espérance de vie (Anda et al., 2006; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Felitti et al., 1998; Larkin, Shields, & Anda, 2012).

De manière générale, une littérature croissante a su mettre en avant que les mécanismes impliqués dans le maintien des troubles et la rechute sont proches de ceux qui peuvent être développés en amont pour diminuer les risques de troubles, notamment à travers des approches processuelles et transdiagnostiques (Monestes & Baeyens, 2016). La logique de l'approche par processus (psychologiques) qui sont moteurs des perturbations ou des risques apparaît prometteuse face aux limites que présente l'approche diagnostique classique, répondant à une logique essentialiste et basée sur des critères parfois peu compatible avec

l'identification des troubles précoces (Van der Linden, 2016). Il paraît important que dans les formations actuelles qui sont ancrées dans une approche dite processuelle et adossées aux niveaux de preuve, les psychologues apparaissent préparés à l'établissement d'actions de promotion de la santé mentale de qualité, *via* une compréhension et des outils d'intervention portant sur ces mécanismes. A titre d'exemple, l'un des processus transdiagnostiques impliqués dans l'ensemble des problématiques de santé mentale concerne la régulation des émotions et ses perturbations, pouvant conduire à des cognitions négatives répétitives (Baeyens, 2016). En explicitant le rôle et le fonctionnement biopsychosocial des émotions et des ruminations associées, et en proposant des approches favorisant la régulation émotionnelle, les psychologues peuvent aussi bien s'adresser à la population générale (prévention primaire et promotion de la santé) qu'à la population clinique ou à risque (préventions tertiaires et secondaires). Par ailleurs, des approches alternatives aux démarches diagnostiques actuelles reposant sur les catégories émergent, notamment à travers les conceptualisations et analyses en réseau. L'interrogation portée sur les diagnostics concerne notamment la distinction qui doit s'opérer entre l'utilité d'une part, et la validité d'autre part (Kendell & Jablensky, 2003). En effet, la validité des catégories diagnostiques est régulièrement questionnée dans la mesure où elles résultent d'un processus de construction par consensus d'expert et ne reposent pas leurs définitions, du moins de manières directes, sur la base de l'étiologie supposée des troubles, mais sur la base de regroupement de signes et de symptômes observables. En revanche, ces catégories ainsi définies permettent d'adopter un langage commun et des critères de mesures permettant de conduire des études standardisées et reproductibles). Ce dernier point permet notamment de mesurer de manière épidémiologique la prévalence des troubles supposés, leurs poids en termes d'impacts et de coûts pour la société ou encore de tester les effets de divers dispositifs de prévention et de soins (Kessler, 2007). L'approche en réseau insiste notamment sur le fait que les pathologies en vigueur dans

les classifications de sont des construits qui peuvent manquer de spécificité, qui ne reposent pas sur une condition biologique ou psychologique unique, et qu'au final il est souvent constaté une influence mutuelle entre symptômes émergeant dans différents troubles (Borsboom & Cramer, 2013). La compréhension des troubles à ce niveau conduit à une démarche centrée sur les comportements et états des individus qui constituent un niveau proximal et concret du fonctionnement des individus. Cette logique se retrouve également dans les RDoC – *Research Domain Criteria* – qui visent à dépasser les limites des taxonomies et visent à comprendre la nature des perturbations en intégrant notamment les différents niveaux du fonctionnement de l'être humain (de la biologie au comportement) ainsi que la spécificité de valence émotionnelle rencontrée et du contexte (Franklin, Jamieson, Glenn, & Nock, 2015; Insel, 2014; Morris & Cuthbert, 2012). D'un point de vue interventionnel, ces divers changements de paradigmes appelés en santé mentale (processus, transdiagnostique, réseaux, RDoc) ont pour projet de mieux adapter la prise en charge curative et préventive. En effet, la meilleure adéquation à la nature des perturbations et troubles mentaux permet d'envisager une meilleure adéquation des traitements (Hershenberg & Goldfried, 2015) en ciblant les composantes du traitement les plus impliquées dans le changement et de mieux traiter des facteurs de vulnérabilité et favoriser les facteurs de protection et de résilience (Schotte, Van Den Bossche, De Doncker, Claes, & Cosyns, 2006). Ces éléments montrent clairement l'importance que pourrait avoir le rôle du psychologue dans la promotion de la santé mentale, et en particulier d'une santé mentale positive. Mais malgré un argumentaire croissant et qui se consolide, la profession de psychologue semble peu représentée dans ce champ. Quels moyens seraient nécessaires pour accompagner un changement concernant la place du psychologue dans la santé mentale ?

En premier lieu, la *formation* doit être au cœur de ce changement. La formation des psychologues, mais également des autres professionnels de santé par les psychologues dans le

champ notamment de la santé mentale positive. Pour cela, les psychologues devraient être davantage être formés au champ de la santé mentale publique durant leur parcours professionnel, et prendre part à des dispositifs de santé publique qui les impliqueraient dans ce sens. Ainsi, il est étonnant de constater que les psychologues n'aient pas été inclus (ou moins pour partie ou sur base de volontariat) dans le service sanitaire en santé proposé par l'État (<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/bientot-un-service-sanitaire-pour-les-etudiants-en-sante>). Cela serait pourtant l'occasion d'apporter leur expertise dans ce champ, notamment dans les champs de santé mentale positive à travers la promotion de la santé et la prévention primaire, et de bénéficier d'une expérience de terrain permettant d'opérationnaliser et diffuser leurs connaissances sur la psychologie de la santé. De plus, il semblerait pertinent que ces étudiants aient davantage d'enseignement sur la pédagogie et techniques de transmission afin d'être en mesure eux-mêmes de former les autres professionnels de santé.

En deuxième lieu, la *recherche et l'expertise des psychologues en matière de protocoles expérimentaux* mais aussi de *l'évaluation psychométrique* devraient servir de support notamment pour la construction de mesures et l'évaluation des méthodes d'une part ainsi que des interventions en prévention/promotion de la santé mentale d'autre part. C'est ainsi que depuis quelques années l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (devenu Santé Publique France), les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Instances Régionales d'Éducation Pour la Santé (IREPS) ont développé des partenariats et financé des recherches interventionnelles afin d'asseoir les interventions sur des fondements scientifiques solides (*evidence-based practices*).

Pour finir, les psychologues et chercheurs en psychologie pourraient davantage se sentir impliqués dans *l'impact sociétal* de leurs actions. A ce titre, les auteurs encouragent la lecture de l'ouvrage de (Reed, 2016) qui expose en détails des outils et méthodes pour mettre

en place des recherches-actions qui ont un impact sociétal. Les psychologues sont encore trop souvent sous-représentés dans les instances politiques, et gagneraient à valoriser davantage leurs actions/travaux en mettant en avant la validité scientifique des approches sur lesquels ils fondent leurs interventions.

Conclusion

L'enjeu actuel en matière de santé mentale implique ainsi un changement de paradigme qui permettrait de passer d'une action majoritairement curative à une action plus orientée vers les potentialités des individus et des groupes, les objectifs de ces deux champs n'étant pas conflictuels, mais hautement complémentaires.

De par leur connaissance aigüe des facteurs de risque et de protection, des modèles théoriques de changement et des protocoles expérimentaux d'évaluation, les psychologues ont un rôle essentiel à jouer dans la santé mentale publique en France (au même titre que dans les pays anglo-saxons). Pour cela de nombreux freins et défis sont encore à relever : la formation, la recherche, la prise en compte de l'impact sociétal et surtout, le dépassement des clivages idéologiques qui opposent trop souvent les psychologues. En dépassant ses anciennes guerres intestines et en se fédérant autour de l'utilité sociale et de la santé mentale positive pour tous, la profession pourra ainsi gagner en visibilité, en efficacité et en reconnaissance.

Conflits d'intérêt : aucun

Références bibliographiques

- Ager, A. (2013). Annual Research Review: Resilience and child well-being--public policy implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(4), 488-500. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12030>
- Ali, A., Carre, A., Orri, M., Urbach, M., Barry, C., Hassler, C., ... Nordon, C. (2017). The real-life effectiveness of psychosocial therapies on social autonomy in schizophrenia patients: Results from a nationwide cohort study in France. *Psychiatry Research*, 247, 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.048>
- Alonso, J., Lépine, J.-P., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 2, 3-9.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anderson, P., & Jané-Llopis, E. (2011). Mental health and global well-being. *Health Promotion International*, 26 Suppl 1, i147-155. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar060>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Andrews, G., & Titov, N. (2007). Depression is very disabling. *The Lancet*, 370(9590), 808-809. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61393-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61393-2)
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Baeyens, C. (2016). D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées négatives répétitives. In C. Baeyens & J.-L. Monestes, *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (p. 103-124). Paris, France: Dunod.
- Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Berthoz, S., Pouga, L., & Wessa, M. (2011). Alexithymia from the Social Neuroscience Perspective. In J. T. Cacioppo & J. Decety (Éd.), *The Oxford Handbook of Social Neuroscience*. Oxford University Press.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Bouteyre, E. (2008). *La résilience scolaire. De la maternelle à l'université: De la maternelle à l'université*. Belin.
- Brundtland, G. H. (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. *JAMA*, 286(19), 2391-2391. <https://doi.org/10.1001/jama.286.19.2391>
- Carré, A. (2016). Vers une approche processuelle et transdiagnostique de l'empathie. In C. Baeyens & J.-L. Monestes, *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (p.

- 191-210). Paris, France: Dunod.
- Carré, A., & Morvan, Y. (2016, novembre 29). Accès gratuit au psychologue, une arme contre le mal-être des ados. Consulté 6 décembre 2016, à l'adresse <http://theconversation.com/acces-gratuit-au-psychologue-une-arme-contre-le-mal-etre-des-ados-68266>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Cancer survivorship--United States, 1971-2001. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(24), 526-529.
- Charras, K., Depeau, S., Wiss, M., Lebihain, L., Brizard, Y., & Bronsard, G. (2012). L'enfance et l'adolescence in situ : facteurs environnementaux facilitateurs et inhibiteurs de troubles cognitifs et comportementaux. *Pratiques Psychologiques*, 18(4), 353-372. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2011.07.001>
- Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in Increased Mortality Rates, Years of Potential Life Lost, and Causes of Death Among Public Mental Health Clients in Eight States. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1-14.
- Cyrułnik, B., & Seron, C. (2003). Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience. In B. Cyrułnik, *La résilience ou comment renaître de sa souffrance* (p. 23-43). Paris: Fabert.
- Daumerie, N., Caria, A., Monchicourt, C., & Vandeborre, A. (2009). Pratiques de psychologues dans un service de santé mentale intégré dans la communauté urbaine : Vers une définition des rôles du « psychologue communautaire ». *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 49-63.
- Davis, K. L., & Panksepp, J. (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1946-1958. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.004>
- Dezetter, A. (2012). *Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies* (phdthesis). Université René Descartes - Paris V. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00676243/document>
- Easterlin, R. A. (2015). Happiness and Economic Growth – The Evidence. In W. Glatzer, L. Camfield, V. Møller, & M. Rojas, *Global Handbook of Quality of Life* (p. 283-299). Dordrecht (Pays Bas): Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9178-6_12
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Franklin, J. C., Jamieson, J. P., Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2015). How developmental psychopathology theory and research can inform the research domain criteria (RDoC) project. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(2), 280-290. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.873981>
- Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B., Simon, G., & Linden, M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 48(437), 1840-1844.
- Gould, T. D., & Manji, H. K. (2004). The molecular medicine revolution and psychiatry:

- bridging the gap between basic neuroscience research and clinical psychiatry. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 598-604.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017.S0048577201393198>
- Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Maurage, P., Vermeulen, N., Berthoz, S., & Luminet, O. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): Systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLoS ONE*, 7(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042429>
- Heron, M., Hoyert, D. L., Murphy, S. L., Xu, J., Kochanek, K. D., & Tejada-Vera, B. (2009). Deaths: final data for 2006. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 57(14), 1-134.
- Hershenberg, R., & Goldfried, M. R. (2015). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy*, 46(2), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.014>
- Horton, R. (2007). Launching a new movement for mental health. *Lancet*, 370(9590), 806. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61243-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61243-4)
- Huguelet, P. (2007). Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 158(6), 271-278.
- Insel, T. R. (2009). Translating Scientific Opportunity Into Public Health Impact: A Strategic Plan for Research on Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 128-133. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.540>
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Kaymaz, N., & van Os, J. (2009). Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 249-252. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01472.x>
- Kempf, C., Llorca, P.-M., Pizon, F., Brousse, G., & Flaudias, V. (2017). What's New in Addiction Prevention in Young People: A Literature Review of the Last Years of Research. *Frontiers in Psychology*, 8, 1131. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01131>
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kessler, R. C. (2007). Psychiatric epidemiology: Challenges and opportunities. *International Review of Psychiatry*, 19(5), 509-521. <https://doi.org/10.1080/09540260701564914>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Larkin, H., Shields, J. J., & Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263-270. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707439>
- Law, H., & Morrison, A. P. (2014). Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1347-1355. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu047>
- Lecomte, J. (2014). *Introduction à la psychologie positive*. Paris: Dunod. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-positive--9782100705337.htm>

- Lemogne, C., Consoli, S. M., Melchior, M., Nabi, H., Coeuret-Pellicer, M., Limosin, F., ... Zins, M. (2013). Depression and the risk of cancer: a 15-year follow-up study of the GAZEL cohort. *American Journal of Epidemiology*, *178*(12), 1712-1720. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt217>
- Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encephale*, *31*(2), 182-194.
- Lerner, R. M., Dowling, E. M., & Anderson, P. M. (2003). Positive Youth Development: Thriving as the Basis of Personhood and Civil Society. *Applied Developmental Science*, *7*(3), 172-180. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_8
- Lieberman, R. P. (2012). Recovery from schizophrenia: form follows functioning. *World Psychiatry*, *11*(3), 161-162.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, *15*(1), 8-13.
- Luepker, R. V. (2016). Falling Coronary Heart Disease Rates: A Better Explanation? *Circulation*, *133*(1), 8-11. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019862>
- Lyubomirsky, S. (2010). Hedonic Adaptation to Positive and Negative Experiences. In S. Folkman, *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (p. 200-224). New-York (USA): Oxford University Press. Consulté à l'adresse <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195375343.001.0001/oxfordhb-9780195375343-e-011>
- Lyubomirsky, S., Martin-Krumm, C., & Nelson, S. k. (2012). Psychologie positive et modèle de l'adaptation hédonique. *Pratiques Psychologiques*, *18*, 133-146. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.007>
- Mackereth, C. J., Brown, J. S., & Learmonth, A. M. (2014). *Promoting Public Mental Health and Well-being: Principles into Practice*. London (UK): Jessica Kingsley Publishers.
- Medalia, A., & Saperstein, A. (2011). The Role of Motivation for Treatment Success. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(suppl 2), S122-S128. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr063>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégies nationales de santé 2018-2022*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
- Minkoff, K. (2015). Rebranding « community mental health ». *Community Mental Health Journal*, *51*(4), 383-384. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9878-0>
- Monestes, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Paris, France: Dunod.
- Morris, S. E., & Cuthbert, B. N. (2012). Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(1), 29-37.
- Murphy, S. L., Xu, J., Kochanek, K. D., Curtin, S. C., & Arias, E. (2017). Deaths: Final Data for 2015. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, *66*(6), 1-75.
- Murthy, R. (2001). OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Consulté 5 avril 2018, à l'adresse <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group, & the European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, *19*(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring

- positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(1), 1-10.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Reed, M. (2016). *The research impact handbook*.
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3-20. <https://doi.org/10.1111/acps.12095>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23. <https://doi.org/10.1159/000289026>
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>
- Saraceno, B., & Zullino, D. (2013). Mental health and public health: an essential bond. *Revue médicale suisse*, 9(398), 1661-1663.
- Schotte, C. K. W., Van Den Bossche, B., De Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23(5), 312-324. <https://doi.org/10.1002/da.20177>
- Shankland, R. (2014). *La psychologie positive*. Paris, France: Dunod.
- Shankland, R., & Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 17(2), 153-172. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.11.001>
- Shean, G. D. (2009). Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry*, 72(4), 307-320. <https://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.4.307>
- Silbereisen, R. K., & Lerner, R. M. (2007). *Approaches to Positive Youth Development*. SAGE.
- Siméone, A., Derguy, C., Lamboy, B., Follenfant, A., Bosone, L., & Préau, M. (2018). Promotion de la santé mentale. In M. Préau, *Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé* (Editions des Archives Contemporaines).
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 381-389.
- Sunkel, C. (2012). Empowerment and partnership in mental health. *The Lancet*, 379(9812), 201-202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61270-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61270-1)
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17(1), 138-150.

- <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, « just the facts » 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, *110*(1-3), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Van der Linden, M. (2016). S'affranchir du DSM ou d'une approche essentialiste des problèmes psychologiques. In J.-L. Monestes & C. Baeyens, *L'approche transdiagnostique en psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (p. 11-32). Paris (France): Dunod. Consulté à l'adresse <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:92999>
- Ware, J. E., Gandek, B., & Group, I. P. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, *23*(2), 49-73.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *194*(5), 392-398. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042515>
- Weichold, K., & Silbereisen, R. (2012). Pour la promotion d'une vision positive de l'adolescence. *Enfance*, (3), 345-356.

Tableau 1.

Catégories	Sous-catégories	Facteurs de protection	Facteurs de risque et de vulnérabilité
Facteurs individuels	Facteurs cognitifs	Capacité de résolution de problèmes et créativité	Biais de perception ou d'interprétation, troubles de l'attention
	Facteurs sociaux	Comportements prosociaux, compétences relationnelles	Faibles compétences relationnelle
	Facteurs émotionnels	Capacité à gérer ses émotions et son stress, sentiment de sécurité et de contrôle	Difficultés d'autorégulation des émotions
Facteurs familiaux	Facteurs liés à la relation parent-enfant	Stimulation cognitive précoce, attachement sécurisant	Carences de soins, maltraitance, problèmes d'interaction et de communication
	Facteurs liés à la famille	Soutien familial, communication non-violente	Conflits conjugaux et familiaux, violence intrafamiliale
Facteurs environnementaux	Facteurs économiques	Stabilité économique	Difficultés économiques, problèmes de logement
	Facteurs sociaux et contextuels	Soutien social, relations interpersonnelles constructives, services sociaux de proximité	Isolement, exclusion sociale, contexte à risque (délinquance, accès aux drogues), événements de vie stressants

Légende du tableau :

Tableau 1. Principaux facteurs génériques de santé mentale (d'après Shankland, 2014)

Légende de la figure :

Figure 1. Conceptualisation des différents niveaux de prévention et de soin.

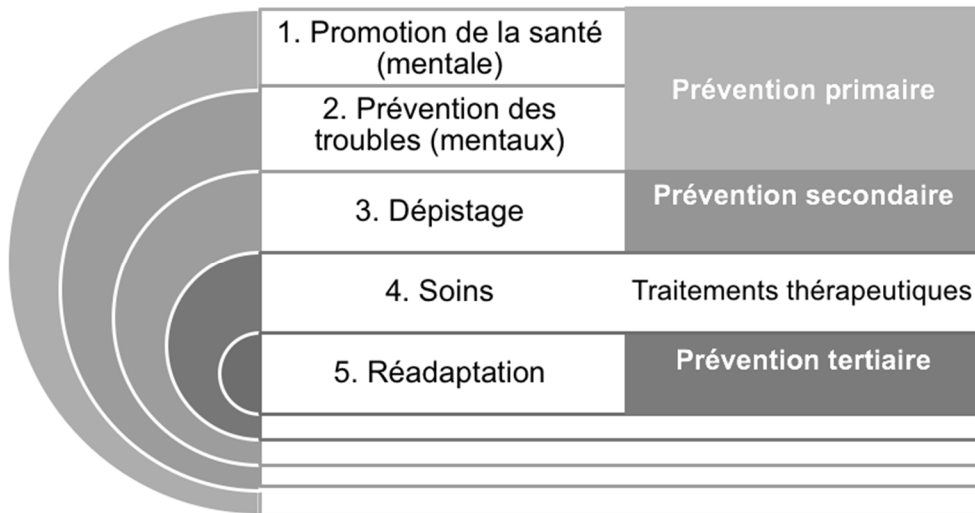


Figure 1. Conceptualisation des différents niveaux de prévention et de soin.