

Les comportements promoteurs
d'une bonne santé mentale:
Synthèse de la littérature scientifique

VERSION DE TRAVAIL AU 15 DÉCEMBRE 2021

Table des matières

Introduction	2
La santé mentale et sa promotion	2
Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale	3
Recherche d'aide	4
Définition	4
Les sources d'aide	5
Les sources d'aide formelles	5
Les sources d'aide informelles	6
L'auto-assistance (self-help)	7
Déterminants de la recherche d'aide	7
Déterminants socio-démographiques	8
Littératie et compétences émotionnelles	8
Impact sur la santé mentale	9
Mesures de la recherche d'aide	10
Bienveillance envers soi	12
Définition	12
Dimensions de la bienveillance envers soi	12
La bienveillance physique	13
La bienveillance psychologique ou émotionnelle	13
La bienveillance sociale	13
La bienveillance spirituelle	13
Impact sur la santé mentale	14
Impact de la bienveillance envers soi dans son ensemble	14
Impact de la dimension physique	15
Impact de la dimension psychologique ou émotionnelle	17
Impact de la dimension sociale	19

Impact de la dimension spirituelle	20
Soutien social	22
Bibliographie	23
Annexes	34
Liste des comportements de bienveillance envers soi	34

Introduction

La santé mentale et sa promotion

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme “un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté” (WHO, 2013). Il est important de noter que cette définition de la santé mentale va bien au-delà de l'absence de maladie mentale : une personne peut être en mauvaise santé mentale sans présenter de symptômes cliniques de trouble ou maladie mentale, et inversement, une personne peut être en bonne santé mentale tout en présentant certains symptômes. La santé mentale inclut des aspects liés au bien-être, la joie de vivre, l'optimisme, la confiance en soi, la capacité relationnelle et la régulation émotionnelle. Il ne s'agit pas d'un état figé mais d'une recherche constante d'équilibre entre contraintes et ressources.

Selon le modèle bidimensionnel de la santé mentale (Keyes, 2005), santé et maladie mentales représentent deux dimensions distinctes (et modérément corrélées l'une avec l'autre). La première dimension représente l'absence ou la présence de symptômes de **souffrance** (*mental illness* dans la version originale en anglais). Ceux-ci comprennent des symptômes de dépression, d'anxiété généralisée, d'addiction, etc. Cette dimension comprend toute la gamme de symptômes de souffrance de faible intensité (ou légers) à haute intensité (ou sévères). La seconde dimension du modèle représente l'absence ou la présence de symptômes de **santé** mentale (*mental health*). Ceux-ci sont des symptômes “positifs” et comprennent des facteurs de bien-être émotionnel (e.g., émotions positives, satisfaction de la vie), psychologique (e.g., acceptation de soi, autonomie) et social (e.g., contribution et intégration sociales)(Keyes, 2007). Ces facteurs sont indicateurs d'une bonne santé mentale permettant de mener une vie épanouie.

Avoir une bonne ou une mauvaise santé mentale a un impact important sur les personnes et sur la société. La santé mentale, tout comme la santé physique, est une ressource pour les personnes, leur permettant de vivre une vie épanouie. L'absence de santé mentale ou la mauvaise santé mentale a des coûts à la fois monétaires et non-monétaires.

Une majorité de la population suisse se considère en bonne santé mentale, mais 15% de la population déclare souffrir de détresse psychologique moyenne ou élevée. Ce chiffre s'élève à 23% pour la population genevoise. En Suisse, les troubles psychologiques occupent la troisième place en termes de charge de morbidité occasionnant 13,6% du total des années de vie perdues en bonne santé (indicateur DALY, Murray & Lopez, 1996). À un niveau sociétal et économique, en plus des coûts directs liés aux traitements médicaux, il faut prendre en compte les coûts indirects engendrés par les pertes de productivité et l'absentéisme. 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). Les troubles psychologiques sont par ailleurs la cause la plus fréquente d'invalidité, représentant 46% de tous les rentiers AI en 2015.

Afin de réduire ces coûts négatifs aux niveaux individuels et collectifs, il est important d'agir en amont de la maladie et de la prévenir, ainsi que de promouvoir la santé mentale. Selon

l'OMS, la promotion de la santé en général est "un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci" (WHO, 1986). Elle a pour but de donner les moyens à la population d'agir favorablement sur sa propre santé, à travers le développement des aptitudes personnelles, la création d'environnements promoteurs de santé, le renforcement de l'action communautaire et des politiques publiques saines, selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

minds souhaite appliquer cette vision de la santé en général à la santé mentale en particulier. De fait, la promotion de la santé mentale va bien au-delà de la diminution de la prévalence des troubles psychologiques (réduction de la souffrance, ciblée par une action de prévention de la souffrance mentale). La promotion de la santé mentale vise en effet également à l'augmentation de la prévalence de symptômes positifs de santé mentale (deuxième dimension du modèle).

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale sont toutes les actions, décisions, ou activités qu'une personne peut réaliser au niveau individuel pour promouvoir sa propre santé mentale ou celle des autres. Ils peuvent être classés en trois catégories : la bienveillance envers soi, la recherche d'aide, et le soutien à autrui.

La présente revue présente la littérature scientifique concernant les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale selon ces trois catégories.

Recherche d'aide

Définition

Il n'existe pas de définition consensuelle du comportement de recherche d'aide dans la sphère académique. Pourtant, sa définition littérale semble évidente. La recherche se comprend par "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 a été introduit dans la littérature de la sociologie de la santé s'intéressant aux comportements des individus face à leur santé. Ces comportements se réfèrent à la définition et l'interprétation des symptômes, à la prise d'actions 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). Cette aide peut se présenter sous forme de conseils, d'informations, de traitement ou encore de soutien (Rickwood et al., 2012). En effet, on peut également comprendre l'aide recherchée et reçue en fonction de sa nature : les 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. Or, il serait très utile d'étudier les formes d'aide recherchée pour en dresser des catégories pertinentes. Rickwood et al. (2012) propose une classification des formes d'aide se basant sur cinq types, que nous décrivons brièvement ici :

- **L'aide instrumentale** : aide financière, transport etc.;
- **L'aide informationnelle** : informations en lien avec la santé, sur les ressources existantes, etc.;
- **L'aide affiliative** : soutien des pairs;
- **L'aide émotionnelle** : soutien pour le bien-être émotionnel;
- **Les traitements** : thérapies, traitement, etc.

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 chercher de l'aide;
3. l'action de recherche d'aide.

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.

Les 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 élargi le panel existant de supports pouvant soutenir l'acte de fournir de l'aide (Rickwood et al., 2010). Les chercheurs ont proposé d'organiser les différentes sources d'aide en trois grandes catégories : les sources d'aide formelles (elles-mêmes divisées en sources *formelles* et *semi-formelles*), les sources d'aide informelles et l'auto-assistance.

Les sources d'aide formelles

Psychologues, psychiatres, services de santé mentale, médecins généralistes, travailleur.se.s sociaux, 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 formelles* des *sources d'aide semi-formelles*. La première catégorie fait référence aux professionnel.le.s de services de santé avec un rôle spécifique dans les soins de santé mentale (e.g., psychologues, psychiatres, infirmier.ères en psychiatrie). La deuxième catégorie comprend des professionnel.le.s actif.ve.s dans un champs autre que la santé mentale (e.g., médecins généralistes, enseignant.e.s, travailleur.se.s sociaux.ales et éducateur.trice.s). 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 soigneur traditionnel 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).

Le principal déterminant de la recherche d'aide auprès de spécialistes est l'intensité des symptômes ressentis (Bebbington et al., 2000). Néanmoins, on note que globalement, les gens sont plutôt réticents à rechercher de l'aide auprès de professionnels. 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 fait recours à une aide *formelle* ou *semi-formelle* (Vanheusden et al., 2009). 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.s.

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 (e.g. conseiller - *aide semi-formelle*) plutôt que des expert.e.s (e.g. 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 ont montré une tendance à privilégier leur médecin généraliste (source semi-formelle) aux spécialistes de la santé mentale (source formelle) (Vanheusden et al., 2009 ; Eisenberg, Golberstein & Gollust,

2007). De nombreuses études ont démontré une certaine réticence de la part des jeunes à utiliser des services compétents en santé mentale (Rickwood et al., 2007).

La population plus âgée (plus de 60 ans) est celle qui connaît la plus grande réticence à chercher de l'aide auprès de sources formelles (Conner et al., 2010). Cette tranche de la population favorise les sources d'aide semi-formelle comme les médecins généralistes par exemple (Phillips & Murrell, 1994).

Finalement, on observe une exception liée à une dimension genrée de cette préférence : les femmes se dirigent plus facilement vers des expert.e.s en santé mentale que les hommes (Rickwood et al., 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, contrairement aux sources d'aide formelle, 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).

De nombreuses études ont montré que les sources d'aide informelles sont largement mieux perçues dans l'opinion publique que les sources d'aide formelle (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 principalement demander de l'aide auprès de leur réseau, comme les ami.e.s ou la famille, lorsqu'elles rencontrent un problème. 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 leur proche 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 comme les ami.e.s ou la famille (Walters et al., 2008).

Les mêmes préférences se retrouvent auprès des enfants et adolescent.e.s. Ces derniers montrent également une préférence pour des sources d'aide informelles, principalement les ami.e.s et la famille (Rickwood et al., 2015 ; Rickwood, 1992 ; Boldero & Fallon, 1995 ; Rickwood, 1995). Selon une étude, les adolescent.e.s se sont d'abord tourné vers leurs ami.e.s, puis leur famille, puis, finalement, leur.e.s professeur.e.s et d'autres professionnel.le.s, comme des médecins ou conseiller.e.s (Boldero & Fallon, 1995). Les études ne montrent aucune différence de genre : les filles autant que les garçons se tournent principalement vers leurs parents (plus spécifiquement vers leur mère) en cas de détresse au niveau de leur santé mentale. 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 passés par le biais de l'école (Burns et al., 1995 ; Leaf et al., 1996).

L'auto-assistance (*self-help*)

Sites internet, applications, livres.

L'auto-assistance est une source d'aide qui ne requiert 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 (e.g., psychothérapie), et sont bien moins coûteuses (Cuijpers et al., 2010; Cuijpers & Schuurmans, 2007).

Les adolescent.e.s sont très friands 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% de leurs 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 leurs problèmes émotionnels – ce qui est un taux comparable au pourcentage de recherche d'aide de source formelle. Toutefois, l'utilisation d'Internet reste une méthode de recherche d'aide en santé mentale moins utilisée que les sources informelles (Gould et al., 2002).

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. La recherche d'aide est donc cruciale à l'amélioration de la santé mentale. Malheureusement, de nombreux individus retardent ou évitent ce comportement (SAXENA et al., 2006). Plusieurs études en Europe et aux USA démontrent que seul un tiers des personnes souffrant d'un trouble mental avaient 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 ont été identifiés qui agissent comme barrières ou au contraire accélérateurs à la recherche d'aide, particulièrement lorsque l'on s'intéresse à l'aide formelle.

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 s'opère. Ainsi, ce sont des facteurs tels que la disponibilité des informations et des ressources, la volonté de se conformer aux normes culturelles et le soutien social qui influencent le comportement de recherche d'aide (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010), conforme aux 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. Ces dernières ont, par exemple, souligné le rôle du genre, du statut marital ou du niveau d'éducation (Kessler et al., 1981; Parslow & Jorm, 2000; Simon, 2002). L'un des résultats les plus communément trouvé est que les individus de genre féminin sont plus enclins à chercher de l'aide. Cette différence de comportement peut en partie s'expliquer par les différents rôles culturels attribués aux hommes et aux femmes en ce qui concerne la prise en charge socio-émotionnelle familiale (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010).

Littératie et compétences émotionnelles

Comme mentionné précédemment, la première étape du processus de recherche d'aide est la définition du problème. Les individus sont donc plus susceptibles de demander de l'aide lorsqu'ils reconnaissent avoir un problème de santé mentale et qu'ils disposent de connaissances, compétences et du soutien nécessaire 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 est donc 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 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).

A noter qu'il existe différentes formes de stigma : la 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 discrimination envers les personnes atteintes de troubles mentaux. La deuxième forme de stigma, l'*internalisation*, 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 son environnement social. Un processus d'intériorisation des

croyances publiques (ici négatives) s'opère (Conner et al., 2010) et mène à des attitudes négatives envers soi-même.

En plus de cette réticence générale face au recours aux soins, il existe des différences en fonction de certaines 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 influencent l'attitude face au comportement de recherche d'aide et des disparités dans les soins (C. Henderson et al., 2013). Des études ont montré que parmi les adolescent.e.s issu.e.s de minorité ethniques, la perception de discrimination par les autorités et le corps médicaux, les croyances traditionnelles et culturelles sur les maladies mentales et les obligations familiales sont un obstacle aux comportements de recherche d'aide et entraînent la sous-utilisation des services de santé (Shefer et al., 2013). Des résultats semblables ont été trouvés dans 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 afro-américains sont plus susceptibles d'intérioriser la stigmatisation liée aux troubles mentaux que leurs homologues blancs (Conner et al., 2010).

Impact sur la santé mentale

Les comportements de recherche d'aide et leur impact sur la santé mentale ont largement été 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 notre vie (F. 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 (D. 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, certaines nuances sont apportées.

Concernant les sources d'aide informelle, par exemple, l'aide fournie serait souvent inappropriée (D. J. Rickwood, 1995). Le réseau informel n'est pas forcément équipé pour fournir le soutien nécessaire pour des situations difficiles (D. Rickwood et al., 2005). Mais il est important de noter également les effets positifs de la recherche d'aide informelle: cette dernière peut également largement influencer positivement la santé mentale des individus. 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 anciennes études avaient démontré que le fait de rechercher de l'aide au sein de son entourage est une stratégie efficace au regard de la gestion du stress (Gourash, 1978), et peut également diminuer le risque de burnout (Burke & Weir, 1977). En effet, avoir 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).

Par ailleurs, Internet et les nouvelles technologies ont créé une multitude d'opportunités 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 et anxieux (Andersson et al., 2011). Néanmoins, certain.e.s auteur.e.s ont souligné le risque associé à ces communautés virtuelles, qui pourraient encourager des comportements négatifs de recherche d'aide, tels que l'exacerbation des troubles alimentaires ou encore d'auto-mutilation (Andersson et al., 2011; E. M. Henderson et al., 2012 ; Mitchell et al., 2017).

Contrairement à la recherche d'aide auprès de sources informelles et l'auto-assistance qui présente certaines ambivalences, l'aide obtenue auprès de sources d'aide formelles est largement reconnue pour sa protection contre une variété de troubles de la santé mentale (Martin, 2002). Effectivement, la recherche d'aide professionnelle peut protéger contre les risques de suicide, et réduit la détresse produite par des problèmes sociaux, émotionnels et personnels (Rickwood, 1995 ; Bergin & Garfield, 1994 ; Tracey, Sherry, & Keitel, 1986). 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). Il a été constaté que 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 informelle), 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 que le risque ne puisse se transformer en pensées ou en comportements suicidaires actifs (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001; Kalafat, 1997). Les interventions professionnelles sont souvent plus efficaces pour des problèmes de santé mentale qui sont sérieux et complexes (Martin, 2002 ; Greenberg et al., 2001). L'enjeu demeure évidemment dans la cohérence du type de thérapie avec le problème traité (Smith et al., 1980).

Mesures de la recherche d'aide

Parallèlement à la conception théorique du comportement de recherche d'aide présentée ci-dessus, il est intéressant de se pencher sur les méthodes et indicateurs utilisés pour mesurer ce comportement. Il n'existe, aujourd'hui, pas de mesure unique standardisée permettant d'évaluer le comportement de recherche d'aide dans son ensemble. Les mesures usuelles s'intéressent chacune à une ou plusieurs étapes du processus de recherche d'aide; l'attitude, l'intention ou les comportements passés. Les scientifiques ayant travaillé sur la thématique ont principalement utilisé des méthodes quantitatives, standardisées ou non, mais également des méthodes qualitatives.

Les mesures non-standardisées s'intéressent principalement aux comportements de recherche d'aide. Voici une liste non-exhaustive de certaines mesures utilisées dans différentes études s'intéressant à la population atteinte de troubles mentaux :

- les traitements médicamenteux ou les thérapies perçus (Eisenberg et al., 2007) ;
- la prise de contact ou l'aide reçue des services de santé mentale (Vanheusden et al., 2009 ; Phillips & Murrell, 1994 ; Sawyer et al., 2000 ; Rickwood, 1995 ; Sen, 2004 ; Hoyt et al., 1997 ; Boldero & Fallon, 1995 ; Saunders et al., 1994) ;

- le nombre de consultations obtenues chez un.e professionnel.le ou chez un.e confident.e (Gasquet et al., 1999) ;
- l'utilisation et la fréquence de l'utilisation de différents types de sources d'aide (Barker & Adelman, 1994 ; Sayers et al., 2019) ;
- les discussions menées avec autrui (source d'aide informelles) (Oliver et al., 2005) ;
- le renoncement à demander de l'aide (Sen, 2004).

Outre les mesures non-standardisées, il existe des questionnaires créés et validés empiriquement pour mesurer les différents concepts de la recherche d'aide. Le *Help Seeking Utilization Questionnaire* (Gould et al., 2002), par exemple, s'intéressent aux comportements passés et à l'attitude des participant.e.s face aux différentes sources d'aide. Le *Child and Adolescent Services Assessment* (Burns et al., 1992) a également été élaboré pour mesurer les comportements passés et donc l'utilisation des services de santé mentale, exclusivement pour les populations enfantine et adolescente.

L'attitude est mesurée en demandant aux participant.e.s leurs préférences en termes de types de source d'aide en fonction de potentiels troubles psychiques (souvent listés) (Wintre & Crowley, 1993). L'*Attitudes Towards Seeking Professional Help Scale* (Fischer & Turner, 1970) et l'*Attitudes Towards Seeking Professional Help Short Form* (Fischer & Farina 1995) sont deux exemples d'échelles de mesure standardisées évaluant l'attitude face au comportement de recherche d'aide.

L'intention, quant à elle, est principalement mesurée en demandant aux participant.e.s d'indiquer s'ils ou elles se tourneraient vers quelqu'un en cas de problèmes, et si oui, vers qui, (Tinsley et al., 1982), vers qu'ils se tourneraient s'ils ou elles en ressentent le besoin (Oliver et al., 2005 ; Saunders et al., 1994), la probabilité d'utiliser différents services (Best, Manktelow & Taylor, 2016), ou la volonté de les utiliser (Hoyt et al., 1997). Il existe différentes échelles standardisées pour mesurer l'intention de rechercher de l'aide ; le *General Help Seeking Questionnaire* (Deane et al., 2001), l'*Intentions to Seek Counseling Inventory* (Cash et al., 1975), le *General Help Seeking Questionnaire* (Deane et al., 2001) ou encore le *Help Seeking* (Rickwood, 2005). Le *Mental Health Utilization Questionnaire* (Offer et al., 1991) quant à lui mesure la perception de l'individu de son besoin de faire recours à un service de santé mentale, ainsi que sa connaissance de l'existence de ces services.

Finalement, plusieurs études ont utilisé une méthode qualitative pour comprendre le comportement de recherche d'aide (p.ex. Boulter & Rickwood, 2012 ; Jorm et al., 1997 ; Farmer, 1994 ; Zwaanswijk et al., 2003). Ce sont majoritairement des entretiens semi-structurés qui sont privilégiés. Les questions posées se réfèrent principalement aux types d'aide recherchés, à l'orientation des personnes vers les services compétents ainsi qu'à la disponibilité de l'information et la connaissances des sources d'aide.

Bienveillance envers soi

Le concept de bienveillance envers soi, *self-care* en anglais, a été énormément étudié en lien avec les professions psychosociales (par exemple : 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 de ces métiers exposés incluent une composante de bienveillance envers soi. Au-delà de la protection de la capacité professionnelle, on reconnaît l'importance et l'efficacité de la bienveillance envers soi sur le plan de la vie privée. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé considère le *self-care* comme un élément important des politiques de santé ([Organisation mondiale de la Santé, 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 de la bienveillance envers soi ; puis nous présenterons des travaux ayant étudié l'impact de ces différentes dimensions de la bienveillance envers soi sur la santé mentale.

Définition

De nombreuses définitions de la bienveillance envers soi ont été proposées. On peut noter les éléments suivants qui sont communs à nombre de définitions : une dimension comportementale, une composante intentionnelle, un processus de réflexion sur soi et une conscience de ses besoins, et 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; J. J. 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 revue, nous retenons la définition suivante : la bienveillance envers soi est un processus d'engagement intentionnel dans des pratiques qui promeuvent la santé et le bien-être holistique du soi (J. J. Lee & Miller, 2013). Elle 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 de la bienveillance envers soi

Bien que les auteurs s'accordent à dire que la bienveillance envers soi implique différentes dimensions, il n'existe pas de consensus quant au nombre et au contenu de ces dimensions. Pour les besoins de la présente revue, nous suivons une conceptualisation proposée par l'Organisation mondiale de la Santé et suivie par de nombreux auteurs. Cette conceptualisation inclut les quatre dimensions de la bienveillance suivantes : physique, émotionnelle ou psychologique, sociale, et spirituelle ([World Health Organization Regional](#)

[Office for South-East, 2014](#)). L'[Annexe 1](#) présente des exemples des comportements étudiés par les chercheurs, organisés en fonction de ces dimensions.

La bienveillance physique

La dimension de bienveillance physique comprend toutes les activités physiques, c'est-à-dire les activités impliquant un mouvement corporel ([Richards et al., 2010](#)). Certains auteurs intègrent également dans cette dimension les activités visant à prendre soin de son corps ou à se détendre ([Santana & Fouad, 2017](#)). Des exemples de bienveillance physique incluent le fait de faire de l'exercice physique, de manger sainement, de veiller à maintenir une bonne hygiène de sommeil.

La bienveillance psychologique ou émotionnelle

La dimension de bienveillance psychologique ou émotionnelle fait référence aux comportements favorisant la capacité à maintenir une image positive de soi-même, ainsi qu'à gérer les exigences de l'environnement (J. J. Lee & Miller, 2013). Cette capacité requiert des compétences de régulation émotionnelle et des choix comportementaux efficaces permettant la réponse à ses besoins. De nombreux auteurs ont de plus souligné l'importance de la réflexion sur soi et de l'écoute attentive de ses besoins. Ce sont donc souvent des comportements qui ont pour objectif de générer des affects positifs. Il s'agit par exemple d'activités récréatives agréables qui promeuvent le repos ou la relaxation, ou favorisent la créativité. Il peut également s'agir d'affirmation de phrases positives visant à maintenir un regard compassionnel envers soi-même.

La bienveillance sociale

Il existe une dimension de bienveillance sociale qui a trait à la construction d'un réseau social autour de soi. Il s'agit de la construction de relations interpersonnelles positives, solidaires, et/ou importantes avec les autres que ce dans le domaine privé ou professionnel (J. J. 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. mais aussi les comportements prosociaux envers autrui.

La bienveillance spirituelle

Finalement, la dimension de bienveillance spirituelle représente la capacité de connexion (avec autrui, le monde, la nature, ou encore une force supérieure), de foi (J. J. Lee & Miller, 2013), ainsi que le fait de donner un sens et un but à la 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 de la méditation et de la mindfulness, et même du yoga (Santana & Fouad, 2017; Valente & Marotta, 2005).

Impact sur la santé mentale

Lorsque la littérature a cherché à comprendre l'impact de la bienveillance envers soi sur la santé mentale, elle s'est généralement concentrée sur des populations vulnérables. La population la plus étudiée est celle des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en études ou pratiquant (en tant que psycho-thérapeutes, conseillers, assistants sociaux, etc.). Ils sont en effet considérés comme particulièrement à risque de stress, burn-out, fatigue de compassion, et traumatisme secondaire (Barnett & Cooper, 2009). Les chercheurs se sont aussi beaucoup intéressés aux personnes souffrant de maladies chroniques atteignant leur santé physique ou mentale. Cela étant dit, il n'existe pas de raison théorique pour laquelle les processus agissant sur ces populations n'agissent pas au même titre sur une population générale, en particulier dans des situations de souffrance psychologique.

Pour beaucoup d'auteurs, il va de soi que la bienveillance envers soi 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 bienveillance envers soi 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 professionnels de la santé mentale (Posluns & Gall, 2020). Dans cette section, nous présentons des travaux qui ont testé les liens entre la santé mentale et la bienveillance envers soi. Nous commençons par les études qui ont testé l'effet de plusieurs types de comportements de bienveillance envers soi dans leur ensemble, puis nous présentons les études qui ont examiné l'effet d'un comportement particulier de bienveillance envers soi, en organisant notre présentation en fonction de la dimension de la bienveillance envers soi concernée (physique, psychologique / émotionnelle, sociale, et spirituelle).

Impact de la bienveillance envers soi dans son ensemble

Des travaux ont examiné l'effet des comportements de bienveillance envers soi 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 que l'adoption de comportements de bienveillance envers soi ont 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 1890 participants (des étudiants en psychologie) montre que l'adoption de comportements de bienveillance envers soi augmente le sentiment de développement personnel et la satisfaction dans la vie (Colman et al., 2016). D'autres études ont montré que la fréquence rapportée des comportements de bienveillance envers soi est positivement corrélée au bien-être (Richards et al., 2010; Zahniser et al., 2017), à la qualité de vie rapportée (Goncher et al., 2013), à une augmentation des affects positifs et de la performance académique (Zahniser et al., 2017).

Concernant l'axe de souffrance mentale, des auteurs ont montré que l'adoption de comportements de bienveillance envers soi 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 affects négatifs (Zahniser et al., 2017). Certains auteurs ont montré que les effets bénéfiques de la bienveillance envers soi sont dûs à leur effet protecteur contre les effets négatifs du stress sur le bien-être (Zahniser et al., 2017). On considère ainsi que les comportements de bienveillance envers soi peuvent prévenir des troubles telle la détresse émotionnelle et le burn-out (Barnett et al., 2007).

Impact de la dimension physique

Au sein de la dimension physique de bienveillance envers soi, on peut inclure l'exercice physique (en particulier le yoga), le sommeil, et l'alimentation. Une approche développée par des chercheurs 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 **quatre** méta-analyses (Ahn & Fedewa, 2011; Rebar et al., 2015; White et al., 2017), ainsi qu'une revue des revues (Biddle & Asare, 2011) ont examiné cette relation. Même si la majeure partie des études sont corrélationnelles et ne permettent donc pas de conclure à un lien de causalité, quelques études expérimentales confirment le 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). L'une de ces méta-analyses indique également que ce lien bénéfique existe principalement pour l'activité physique liée aux loisirs, et qu'une activité physique liée au travail augmente même les symptômes négatifs de souffrance mentale (White et al., 2017). Une grande étude (plus d'un million de participants américains) a également montré que ces bénéfices sont plus importants pour, dans l'ordre: les sports d'équipe, le vélo, et l'activité aérobique (Chekroud et al., 2018). Plusieurs études ont également montré les effets bénéfiques de l'exercice physique sur les symptômes de burnout et sur la perception de stress (Anderson et al., 2005; Dyrbye et al., 2017; Gerber et al., 2013, 2014, 2015). Les 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. Les activités d'endurance, le renforcement musculaire, les étirements et l'équilibre sont tous bénéfiques pour la santé mentale (Briguglio et al., 2020).

Le lien entre *sommeil* et souffrance mentale semble également clair, même si des doutes subsistent quant à la direction causale de ce lien. Ce lien s'explique car le sommeil joue un rôle crucial dans la cognition (notamment la mémoire) et l'humeur des personnes (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 également 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, au trouble bipolaire et à la schizophrénie (Briguglio et al., 2020). Une autre revue systématique a montré que les problèmes de sommeil expliquent 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 du 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 du sommeil et les troubles dépressifs et anxieux (Alvaro et al., 2013): selon cette perspective, si les problèmes du 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 du 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 auteurs de cette revue expliquent que si les troubles du sommeil ont été auparavant considérés comme un symptôme des troubles anxieux, on les conceptualise maintenant comme des précurseurs des troubles anxieux. Ils proposent que ce lien passe par une altération des fonctions cognitives et un dérèglement du cortisol. On peut maintenir une bonne hygiène du sommeil par un auto-monitorage, par la création d'un environnement permettant le repos, excluant par exemple les écrans, 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 auteurs expliquent que les nutriments absorbés à travers l'alimentation affectent d'une part le cerveau, et d'autre part le microbiote de l'intestin, qui tous deux ont 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. L'alimentation la plus saine préconisée est le régime méditerranéen, et son adoption est efficace pour réduire les symptômes dépressifs. De plus, l'alimentation en pleine conscience est corrélée positivement à la santé mentale (Khan & Zadeh, 2014).

Le yoga fait partie de la tradition spirituelle indienne et correspond à un style de vie éthique et 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 spécifique d'exercice physique dans lequel les pratiquants focalisent leur esprit sur des postures avec conscience et concentration méditative (Cramer et al., 2013). Un nombre important de revues systématiques et de méta-analyses a été publié qui 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. Cette différence s'observe en comparant les personnes pratiquant le yoga à des personnes sédentaires, mais on observe pas de différence entre le 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, et même 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).

Impact de la dimension psychologique ou émotionnelle

La dimension psychologique ou émotionnelle de bienveillance envers soi 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 consiste à changer l'interprétation cognitive d'une situation émotionnelle de sorte à en changer son impact émotionnel (Lazarus & Alfert, 1964); la suppression émotionnelle consiste à inhiber le comportement d'expression émotionnelle (Gross, 1998b, 1998a). Une méta-analyse, regroupant 48 études et plus de 21'000 participants, a examiné le lien entre la régulation émotionnelle et la santé mentale (Hu et al., 2014). Les deux stratégies susmentionnées 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'affects positifs) et une plus basse souffrance mentale (moins de symptômes dépressifs, anxieux, et moins d'affects négatifs), alors que la suppression émotionnelle est liée à une moins bonne santé mentale et plus de souffrance mentale. 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 sens de maîtrise environnementale, et un meilleur fonctionnement interpersonnel (Gross & John, 2003), et moins de stress (Moore et al., 2008). À l'inverse, la suppression émotionnelle a les méfaits inverses des bienfaits de la réévaluation cognitive susmentionnés, et est également liée à des symptômes de stress post-traumatique, anxieux, et dépressifs.

La pratique de la *pleine conscience* (*mindfulness*) est également un comportement qui a des effets positifs sur la santé mentale. Une revue de la littérature résumant 52 articles (Greeson, 2009) explique que cultiver la pleine conscience à travers la méditation est associé à des plus bas niveaux de détresse psychologique, anxiété, dépression, colère et inquiétude. Les personnes qui sont naturellement plus pleinement conscientes sont non seulement moins stressées, moins anxieuses et moins dépressives, mais elles sont également plus joyeuses, reconnaissantes, vives, pleines d'espoir, et satisfaites dans 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). Celle-ci serait due au fait que la pratique

de la pleine conscience modifie des régions cérébrales impliquées dans la régulation non seulement de l'attention et 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 reconnaissance 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 exemple dans des cas d'addictions.

Au vu de ces nombreux bienfaits, un grand nombre d'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 été menées afin de tester l'effet de ces interventions dans des populations diverses (adultes tout-venants, populations cliniques, personnes âgées, jeunes adultes, enfants et adolescents). 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 (e.g., relaxation, sommeil), et d'efficacité égale à d'autres traitements thérapeutiques (Thérapie Cognitivo-comportementale, par exemple).

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 diverse 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; Klainin-Yobas et al., 2015; Li et al., 2020) et anxieux (Kim & Kim, 2018; Klainin-Yobas et al., 2015; Manzoni et al., 2008) et sur le bien-être (Vancampfort et al., 2013; Wang & Agius, 2018). 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).

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'affects négatifs dans d'autres domaines : la personne est capable de distribuer son attention à plusieurs aspects de sa vie sans négliger des importants aspects. Les personnes en état d'équilibre ressentent moins de fatigue émotionnelle, plus de satisfaction dans la vie, moins de dépression, plus de satisfaction dans la vie, présentent un risque plus faible de burnout, un plus haut 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 péjore d'autres domaines (Sirgy & Wu, 2009). Un état de déséquilibre, par exemple parce qu'une personne travaille trop, peut mener à du stress, de la fatigue de compassion (Killian, 2008), à de l'épuisement (Scanlan et al., 2013), de l'anxiété et un sentiment d'instabilité (Hill et al., 2016). On peut atteindre et maintenir un équilibre en ayant des temps des loisirs, 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; C. M. Lee et al., 2009; Matheson & Rosen, 2012; Nurit & Michal, 2003; Patsiopoulos & Buchanan, 2011; Thériault et al., 2015).

Des interventions existent qui visent à augmenter la *pratique de la gratitude*, c'est-à-dire augmenter l'appréciation de qu'on a pour les situations, les personnes et les aspects positifs dans sa vie (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, 20151116).

Impact de la dimension sociale

La dimension sociale de la bienveillance envers soi comprend des comportements qui impliquent une personne autre que l'acteur, tout en ayant pour but premier d'augmenter le bien-être de l'acteur. Il s'agit de comportements qui visent à maintenir ou à acquérir des liens sociaux. Nous distinguons ces comportements de ceux qui visent principalement à favoriser le bien-être d'autrui, bien que ceux-ci puissent également avoir un bénéfice pour l'acteur. Ces derniers sont présentés dans la section sur le Soutien social à autrui, ci-dessous.

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 des gens 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). L'identification à son équipe de travail a un impact positif sur le bien-être et protège contre le burnout (S. A. Haslam, Jetten, & Waghorn, 2009). Certain.e.s chercheur.se. 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 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 des gens. De plus, l'identification à un groupe social fournit un socle fiable de soutien social (S. A. 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. Notamment, il a un effet protecteur contre la mortalité comparable à l'effet délétère d'autres facteurs de risque tels que la fumée, la sur-consommation d'alcool, ou encore l'obésité (Holt-Lunstad et al., 2010). Des travaux montrent que cet effet protecteur du soutien social est plus important entre membres d'un même groupe social (S. A. Haslam, Jetten, Postmes, et al., 2009).

Cette approche a donné lieu à une intervention visant à améliorer la santé mentale à travers le sentiment d'appartenance à des groupes sociaux. Celle-ci 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 (C. Haslam et al., 2016).

Ainsi, le fait de socialiser, ou passer du temps avec des proches, est associé à un plus haut 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 (Price & Launay, 2018; Rebecca Johnson et al., 2013). 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). De plus, 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.ses 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 chercheurs se sont intéressés au lien entre la spiritualité, notamment la religiosité, et la santé mentale. Selon de nombreux psychologues classiques, 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 naturel, qui servirait de protection contre les stressors de la vie (Calicchia & Graham, 2006). Les points communs dans les définitions de la spiritualité utilisées par les différents auteurs 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 que la spiritualité 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) et 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 focalisées sur les adultes, deux méta-analyses montrent ces bénéfices de la spiritualité et/ou religion également chez les adolescents et les étudiants (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).

Mesures de la bienveillance envers soi

Les études sur la bienveillance envers soi se sont principalement concentrées sur les comportements que les psychologues peuvent effectuer afin de prendre soin d'eux, en utilisant des mesures standardisées (Coster & Schwebel, s. d.; Dorociak et al., 2017; Goncher et al., 2013; Santana & Fouad, 2017; Stevanovic & Rupert, 2004; Zahniser et al., 2017). Par exemple, le *Self-Care Assessment for Psychologist* (Dorociak et al., 2017) mesure le soutien professionnel que reçoivent les psychologues, leur développement professionnel, l'équilibre avec la vie quotidienne, et la conscience cognitive. Le *Self-Care Assessment Worksheet* (Saakvitne et al., 1996) mesure la bienveillance envers soi physique, psychologique, émotionnelle, spirituelle, et professionnelle, en incluant également une notion d'équilibre entre vie privée et professionnelle. Le *Well-Functioning Questionnaire* (Coster & Schwebel, s. d.) mesure, entre autres, les activités physiques et les relations amicales, physiques ainsi que maritales. Finalement, il existe également le *Self-Care Utilization Questionnaire* (Goncher et al., 2013), qui évalue le degré d'utilisation de stratégies de bienveillance envers soi se trouvant dans les composantes d'adaptation positive et d'accomplissement personnel. Malgré que ces mesures aient été créées spécifiquement pour les psychologues, certains items peuvent être ajustés pour mesurer la bienveillance envers soi de la population générale. D'autres études utilisant des mesures non-standardisées évaluent l'importance du self-care pour les individus (Butler et al., 2017; Richards et al., 2010), ainsi que la fréquence de leurs comportements de bienveillance envers soi (Richards et al., 2010).

Au sein de la population générale, il existe des mesures se focalisant sur l'ensemble des comportements, c'est-à-dire incluant toutes les dimensions de la bienveillance envers soi, ainsi que des mesures visant spécifiquement l'un ou l'autre type de comportement de bienveillance envers soi. Les mesures standardisées évaluant différents types de

comportements de bienveillance envers soi (comme l'hygiène de sommeil, l'exercice physique ou encore les pratiques spirituelles) comprennent le *Health Promoting Lifestyle Profile II* (Walker & Hill-Polerecky, 1996), le *Self-care Quiz* (Oregon State University, 2017), le *Self-care Frequency* (Bauer, 2016) ou encore le *Denyes Self-Care Practice Instrument-90* (Denyes, 1990a). Il existe également des mesures évaluant l'auto-efficacité concernant la bienveillance envers soi, c'est-à-dire la perception d'une personne de sa capacité à prendre soin d'elle-même (Orem, 1995), comme l'*Exercices of Self-Care Agency* (Kearny & Fleischer, 1979) ou le *Denyes Self-Care Agency Instrumental-90* (Denyes, 1990b).

Soutien social

La partie dédiée au soutien social est encore en cours de rédaction.

Bibliographie

- 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>
- 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>
- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion : A psychological interpretation*.
- 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., 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>
- 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>
- 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>
- Beauregard, L., & Dumont, S. (2005). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76. <https://doi.org/10.7202/706737ar>
- 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>
- 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'Oso, 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).
- 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)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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 & Epidemiology in Mental Health*,

- 8(1), 47-51. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010047>
- Davis, D. E. (20151116). 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Forouhari, S., Hosseini Teshnizi, S., Ehrampoush, M. H., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Fallahzadeh, H., TABEL, S. Z., NAMI, M., MIRZAEI, M., NAMAVAR JAHROMI, B., HOSSEINI TESHNIZI, S. M., GHANI DEHKORDI, J., & KAZEMITABAEI, 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.
- 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>
- 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>
- 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/S0033291715001166>
- 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>
- Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., McKenzie, B., Nason, S., & Anderegg, 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.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bambra, 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>
- Jung, C. G. (2001). *Modern man in search of a soul*. Psychology Press.
- 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. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. In *TSI Working Paper Series No. 8* (European Union, p. 27). Third Sector Impact.
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking : Evidence from Four Large-Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 49-64. <https://doi.org/10.2307/2136367>
- Khan, Z., & Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and it's 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.
- Klatte, R., Pabst, S., Beelmann, 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>
- 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.
- 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 Organizations¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(7), 1472-1496. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00148.x>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). 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.
- 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>
- 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. (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>
- 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*, 99, 439-448. <https://doi.org/10.2466f/PR0.99.2.439-448>
- 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>
- 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>
- 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>
- Nurit, W., & Michal, A.-B. (2003). Rest : A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational therapy international*, 10(4), 227–238.
- 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.smr.2021.101494>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé : Santé sexuelle et reproductive et droits connexes*.
- 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.
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselfes : 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*. <http://bura.brunel.ac.uk/handle/2438/16655>
- 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., & Vandelandotte, 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>
- Rebecca Johnson, Sarah Stewart-Brown, & Aileen Clarke. (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
- 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., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). *Help-seeking measures in mental health : A rapid review*. 35.
- Rickwood, Debra 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support : Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- 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.
- 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>
- Tabassum, F., Mohan, J., & Smith, P. (2016). Association of volunteering with mental well-being : A lifecourse analysis of a national population-based longitudinal study in the UK. *BMJ Open*, 6(8), e011327. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011327>
- 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).
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of health and social behavior*, 115–131.
- Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Marschang, A., Djakababa, M. N., & Olff, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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 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>
- 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>
- 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., Voursura, 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>

Annexes

1. Liste des comportements de bienveillance envers soi

Physique	Activités ménagères (Henderson & Ainsworth, 2001 ; Leufstadius et al., 2016) Activité physique (Schwebel & Coster, 1998 ; Mahoney, 1997 ; Mayorga et al., 2015 ; Martorell-Poveda et al., 2015 ; Jorm et al., 2003, 2012 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996 ; Quartiroli et al., 2019) Alimentation saine (Posluns & Gall, 2019 ; Mayorga et al., 2015 ; Santana & Fouad, 2017 ; Gentry, 2002 ; Dumas, Margolin & John, 2008 ; Leufstadius et al., 2016 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996 ; Martorell-Poveda et al., 2015 ; Wise & Barnett, 2016 ; Quartiroli et al., 2019) Exercice physique (Callaghan, 2004 ; Gilmartin et al., 2017 ; Henderson & Ainsworth, 2001 ; Santana & Fouad, 2017 ; Gentry, 2002 ; Dumas, Margolin & John, 2008 ; Martorell-Poveda et al., 2015 ; Lucock et al., 2011 ; Walters et al., 2008 ; Wise & Barnett, 2016 ; Jorm 2012 ; Posluns & Gall, 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Hygiène du sommeil (Mairs & Mullan, 2015 ; Myers et al., 2012 ; Posluns & Gall, 2019 ; Mayorga et al., 2015 ; Dumas, Margolin & John, 2008 ; Martorell-Poveda et al., 2015 ; Jorm, 2012 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Massages (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Porter des habits qu'on apprécie (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Respiration (Gilmartin et al., 2017) Sexualité (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Sortir quotidiennement de chez soi – même pour un moment court (Jorm, 2012) Yoga (Jorm et al., 2003 ; Gilmartin et al., 2017 ; Quartiroli et al., 2019 ; Walters et al., 2008 ; Wise & Barnett, 2016)
------------------------	--

Spirituel	Comportements de Spiritualité (Schwebel & Coster, 1998 ; Posluns & Gall, 2019 ; Gentry, 2002 ; Smith & Moss, 2009 ; Lucock et al., 2011 ; Wise & Barnett, 2016 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Contribuer à des causes importantes (Santana & Fouad, 2017 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Méditation (Mahoney, 1997 ; Jorm, 2003 ; Mayorga et al., 2015 ; Santana & Fouad, 2017 ; Gentry, 2002 ; Posluns & Gall, 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Mindfulness (Gentry, 2002 ; Myers et al., 2012 ; Quartiroli et al., 2019 ; Wise & Barnett, 2016 ; Posluns & Gall, 2019) Passer du temps dans la nature (Santana & Fouad, 2017 ; Gentry, 2002 ; Posluns & Gall, 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Pratiquer la gratitude (Posluns & Gall, 2019) Pratiquer une religion (Mahoney, 1997 ; Tkach & Lyubomirsky, 2006 ; Walters et al., 2008) Prière (Mahoney, 1997 ; Santana & Fouad, 2017 ; Posluns & Gall, 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Se fixer des buts avec des objectifs de vie (Posluns & Gall, 2019)
------------------	--

Psychologique / émotionnel	Faire une thérapie (Mahoney,1997 ; Schwebel & Coster, 1998 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996 ; Jorm et al., 2003) Thérapie d'acceptation et d'engagement (Posluns & Gall, 2019) Faire de la réflexion sur soi (Posluns & Gall, 2019 ; Quartiroli et al., 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Avoir de la compassion pour soi (Posluns & Gall, 2019; Quartiroli et al., 2019) Tenir un journal intime (Mahoney,1997 ; Mayorga et al., 2015 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Écriture (Tkach & Lyubomirsky, 2006 ; Posluns & Gall, 2019) Imagerie guidée (Gilmartin et al., 2017) Mindfulness (Myers et al., 2012 ; Gentry, 2002 ; Wise & Barnett, 2016 ; Posluns & Gall, 2019) La méthode de relaxation (Schwebel & Coster, 1998 ; Gilmartin et al., 2017 ; Dumas, Margolin & John, 2008 ; Leufstadius et al., 2016 ; Jorm, 2012) Être conscients de ses propres états internes (Schwebel & Coster, 1998 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Stratégies de régulations émotionnelles (Myers et al., 2012) Self-talk positif (Smith & Moss, 2009 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Se permettre de pleurer (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Rire (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Stratégies d'adaptation (Martorell-Poveda et al., 2015) Cognitions restructuratives (Wise & Barnett, 2016) Contrôle mental (Tkach & Lyubomirsky, 2006) Essais directs, comme agir heureux, sourire (Tkach & Lyubomirsky, 2006)
---------------------------------------	--

	S'engager dans un hobby (Mahoney, 1997 ; Leufstadius et al., 2016 ; Walters et al., 2008) Lire pour le plaisir (Mahoney,1997 ; Wise & Barnett, 2016) Prendre des vacances (Mahoney, 1997 ; Schwebel & Coster, 1998 ; Santana & Fouad, 2017 ; Smith & Moss, 2009 ; Wise & Barnett, 2016 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Faire des voyages (Mahoney, 1997 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Aller voir des films/évènements artistiques/musées (Mahoney, 1997 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Lecture (Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Activités récréatives (Mahoney, 1997 ; Leufstadius et al., 2016 ; Posluns & Gall, 2019 ; Quartiroli et al., 2019 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Avoir des passions, intérêts non liés au professionnel (Posluns & Gall, 2019 ; Quartiroli et al., 2019) Défendre une cause (Santana & Fouad, 2017) Expression artistique (Gentry, 2002 ; Lucock et al., 2011) Rester tranquille chez soi (Tkach & Lyubomirsky, 2006) Activités passives (Tkach & Lyubomirsky, 2006) Faire des pauses (Posluns & Gall, 2019) Passer du temps avec les animaux (Quartiroli et al., 2019)
--	---

Social	Faire du volontariat (Mahoney, 1997) Aider les autres (Tkach & Lyubomirsky, 2006) Défendre une cause (Santana & Fouad, 2017) Utilisation du soutien social (Myers et al., 2012 ; Posluns & Gall, 2019) Passer du temps avec des gens qu'on apprécie (Quartiroli et al., 2019 ; Schwebel & Coster, 1998 ; Santana & Fouad, 2017 ; Smith & Moss, 2009 ; Saakvitne, Pearlman & Staff, 1996) Maintenir des relations interpersonnelles « profondes » (Quartiroli et al., 2019 ; Santana & Fouad, 2017 ; Martorell-Poveda et al., 2015) Rester en contact avec des gens importants pour nous (Santana & Fouad, 2017 ; Wise & Barnett, 2016) Prendre du temps pour parler avec ses pairs (Santana & Fouad, 2017 ; Leufstadius et al., 2016 ; Jorm, 2012) Partager avec les autres (Gentry, 2002)
---------------	---