HAL
open science

Exploration du rôle de la positivité dans la santé mentale

Florian Boiroux

To cite this version:

Florian Boiroux. Exploration du rôle de la positivité dans la santé mentale. Psychologie. Université de Nanterre - Paris X, 2019. Français. NNT : 2019PA100126 . tel-02892890

HAL Id: tel-02892890

https://theses.hal.science/tel-02892890v1

Submitted on 7 Jul 2020

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

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

Université Paris Nanterre
200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Membre de l'université Paris Lumières

École doctorale 139 :
Connaissance, langage, modélisation

Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale (LAPPS)

Exploration du rôle de la positivité dans la santé mentale

Florian Boiroux

Thèse de doctorat de Psychologie

Sous la direction de
Madame Liliane Rioux, Professeure,
Université Paris Nanterre
Présentée et soutenue publiquement le 02/12/2019

Rapporteurs	Patricia DELHOMME	Professeure à l'IFSTTAR
	Fabrizio SCRIMA	Maître de conférences à l'Université de Rouen
Membres du jury	René MOKOUNKOLO	Maître de conférences à l'Université de Tours
	Fabien FENOUILLET	Professeur à l'Université Paris Nanterre
Directrice de thèse	Liliane RIOUX	Professeure à l'Université Paris Nanterre

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Liliane Rioux, Professeure de Psychologie de l'université Paris Nanterre, d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. Je suis très reconnaissant pour son accompagnement, sa disponibilité, son ouverture d'esprit et ses retours constructifs.

Un grand merci aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

J'éprouve aussi une forme de gratitude envers les auteurs cités car ils m'ont permis d'élaborer, d'enrichir et de soutenir la réflexion de ce travail de recherche.

J'adresse également mes remerciements à Amandine, Adrian et sa maman, Kasia et David pour leur contribution au comité d'adaptation de l'échelle de positivité.

Je suis aussi très reconnaissant envers les personnes qui ont participé aux études et à celles qui les ont relayés.

Je souhaite aussi remercier mon entourage familial et amical pour leur soutien. Une pensée toute particulière pour mes filles qui ont rythmé le travail de recherche avec joie et bonheur.

Résumé

La positivité, facteur commun et latent entre l'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie, est la “disposition de base” de l’affect positif. L’objectif de cette thèse est d’explorer l’influence de la positivité sur la santé mentale. Elle se décompose en trois objectifs :

- (1) définir la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale en proposant : (a) de concevoir la structure de la dimension cognitive de manière multidimensionnelle, impliquant la présence des dimensions *Cognition positive* et *Cognition négative*, (b) d’adapter et de valider l’échelle de positivité de Caprara et collaborateurs (2012) en langue française, (c) un modèle de la subjectivité mentale composé de quatre dimensions : la *Cognition positive*, la *Cognition négative*, l’*Affect positif* et l’*Affect négatif*.

- (2) déterminer le rôle de la positivité parmi les autres indicateurs de la santé mentale positive en explorant : (1) l’influence majeure de la positivité sur le fonctionnement psychologique positif, l’affect positif et l’affect négatif, (2) la fonction de la positivité dans l’influence de la régulation motivationnelle autonome des comportements sur le bonheur.

- (3) identifier le rôle de la positivité dans l’effet de la régulation émotionnelle fonctionnelle sur la sphère affective de la santé mentale, que ce soit dans les situations positives ainsi que dans les situations négatives.

Enfin, cette thèse présente un méta-modèle expliquant la place et l’influence prépondérante de la positivité sur la santé mentale. En s’appuyant sur la méta-théorie de l’autodétermination, il sera proposé une articulation théorique reflétant le développement de la positivité, de manière analogue à celui de l’être humain.

Mots clés : positivité, santé mentale positive, fonctionnement psychologique positif, régulation de soi, affect positif, affect négatif

Abstract

Positivity, a common and latent factor between self-esteem, optimism and life satisfaction, is the "basic disposition" of positive affect. The purpose of this thesis is to explore the influence of positivity on mental health. It is made up upon three objectives :

- (1) to define the place of positivity in the subjectivity of mental health by proposing : (a) to conceive the structure of the cognitive dimension in a multidimensional way, involving the presence of the dimensions of positive cognition and negative cognition, (b) adapt and validate the positivity scale of Caprara and collaborators (2012) in French, (c) a model of mental subjectivity composed of four dimensions : positive cognition, negative cognition, positive affect and negative affect.

- (2) to determine the role of positivity among the other indicators of positive mental health by exploring : (1) the major influence of positivity on positive psychological functioning, positive affect and negative affect, (2) the function of positivity in the influence of autonomous motivational regulation of behaviors on happiness.

- (3) to identify the role of positivity in the effect of functional emotional regulation on the affective sphere of mental health, both in positive and negative situations.

Finally, this thesis presents a meta-model explaining the place and the preponderant influence of positivity on mental health. Based on the meta-theory of self-determination, a theoretical articulation will be put forward, reflecting the development of positivity in a similar way to that of the human being.

Keywords : positivity, positive mental health, positive psychological functioning, self-regulation, positive affect, negative affect

Sommaire

INTRODUCTION 16

Modèle bifactoriel de la santé mentale 17

Classification de la santé mentale 18

La santé mentale positive 22

CADRE CONCEPTUEL 26

Introduction 27

Chapitre I. La dimension cognitive de la santé mentale 30

Introduction 31

1.1 L'évaluation cognitive 32

1.2 La négativité 34

1.3 La positivité 35

Conclusion 37

Chapitre II. La dimension affective de la santé mentale 39

Introduction 40

2.1 Définition et composant de l'affect 41

2.2 Modèle bifactoriel de l'affect 43

Conclusion 48

Chapitre III. La subjectivité dans la santé mentale 50

Introduction 51

3.1 Subjectivité mentale : cognition et affect 52

3.2 De la cognition vers l'émotion : la théorie de l'évaluation cognitive ... 53

3.3 De l'affect vers la cognition 56

3.4 Description de la subjectivité de la santé mentale : Balance entre positif et négatif 57

Conclusion 57

Chapitre IV. La perspective développementale et fonctionnelle de la santé mentale positive 60

Introduction 61

4.1 Définition du besoin psychologique 62

4.2 Les besoins selon Murray 62

4.3 La hiérarchie progressive des besoins fondamentaux 64

4.4 Les besoins psychologiques de la théorie de l'autodétermination 65

4.5 Le bien-être psychologique 67

4.6 Le fonctionnement psychologique négatif : frustration des besoins psychologiques 68

Conclusion 70

Chapitre V. Vers une approche intégrative de la modélisation de la santé mentale positive 72

Introduction 73

5.1 La structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive 74

5.2 Les modèles intégratifs 75

5.2.1 Le modèle PERMA 75

5.2.2 Le modèle du continuum de santé mentale..... 76

5.2.3 L'Enquête Sociale Européenne 77

5.3 Vers une dimension générale de la santé mentale positive..... 79

5.4 Explication d'un modèle général de la santé mentale positive 83

Conclusion 85

Chapitre VI. L'approche régulatrice et fonctionnelle de la santé mentale..... 88

Introduction..... 89

6.1 La régulation métacognitive 90

6.2 La régulation motivationnelle 92

6.3 La régulation comportementale 94

6.4 La régulation des affects 96

6.4.1 Le coping..... 97

6.4.2 La régulation émotionnelle 98

6.4.3 Savoring 104

Conclusion 107

Chapitre VII. L'approche conative de la santé mentale..... 110

Introduction..... 111

7.1 Définition de la personnalité..... 112

7.2 Le Big-Five 112

7.3 Vertus et forces de caractère 115

7.4 Le modèle de personnalité positive 118

Conclusion 119

Conclusion de la revue de littérature 122

ETUDES EMPIRIQUES 127

Chapitre VIII. Problématique, objectifs et méthodologie de recherche 128

Introduction 129

8.1 Problématique et objectifs de recherche 130

8.2 Méthodologie 132

8.2.1 Déontologie 135

8.2.2 Présentation des échelles 135

8.2.3 Présentation des analyses statistiques 138

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Exploration de la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale 143

9.1 Étude 1 : Exploration de la structure de la dimension cognitive 145

9.1.1 Structure des échelles 146

9.1.2 Étude de la structure des échelles 147

9.1.2.1 Analyse de la structure de l'échelle d'estime de soi 149

9.1.3 Vers une description de la structure de la dimension cognitive 154

9.1.4 Analyse de la structure de la dimension cognitive 160

9.2 Étude 2 : Adaptation et validation de l'échelle de positivité en langue française 162

9.2.1 Présentation de l'instrument : l'échelle de positivité 163

9.2.2 Étude 2.1 163

9.2.2.1 Méthode 163

9.2.2.2 Résultats 165

9.2.3 Étude 2.2 167

9.2.3.1 Méthode 167

9.2.3.2 Résultats 167

9.2.4 Étude 2.3 167

9.2.4.1 Résultats 168

9.3 Étude 3 : Exploration de la structure de la subjectivité mentale 169

9.3.1 Exploration de la structure de la subjectivité mentale 170

9.3.2 Résultats : Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle PANAS .. 182

9.3.3 Résultats : de la modélisation du bien-être subjectif à la subjectivité mentale 184

9.3.3.1 Le bien-être subjectif 184

9.3.3.2 Résultats : modélisation de la subjectivité 185

9.3.3.2.1 La subjectivité positive et la subjectivité négative 185

9.3.3.2.2 La subjectivité mentale 187

Discussion 189

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive 194

10.1 Étude 1 : Exploration de la relation entre la positivité, la satisfaction des besoins psychologiques et les affects positifs et négatifs 196

10.1.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la satisfaction des besoins psychologique et les affects 196

10.1.2 Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif 197

10.2 Étude 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive 199

10.2.1 Analyse des corrélations entre la positivité et les dimensions de la santé mentale positive 199

10.2.2 Modélisation de la santé mentale positive 200

10.2.3 Effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif 203

10.2.4 Effet médiateur de la positivité dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif 205

10.3 Etude 3 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la régulation de la motivation autonome sur le bonheur 207

10.3.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la régulation motivationnelle et le bonheur 207

10.3.2 Effet médiateur de la positivité dans la relation entre la régulation de la motivation et le bonheur 208

Discussion 210

Chapitre XI. Objectif de recherche 3 : Exploration du rôle de la positivité dans la régulation affective de la mentale positive 213

11.1 Etude 1 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la régulation émotionnelle sur les affects positifs et négatifs 215

11.1.1 Analyse des corrélations entre la régulation dysfonctionnelle des émotions et les dimensions de la subjectivité mentale 216

11.1.2 Analyse des corrélations entre la régulation fonctionnelle des émotions et les dimensions de la subjectivité mentale 217

11.1.3 Modélisation du Fonctionnement de la subjectivité mentale positive 218

11.1.4 Effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs ... 219

11.1.5 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs 220

11.2 Etude 2 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et du savoring sur le bonheur 223

11.2.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la disposition à l'instant présent, le savoring et le bonheur 223

11.2.2 Modélisation du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives 224

11.2.3 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et la stratégie de savoring dans le présent 228

11.2.4 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et le bonheur 230

11.2.5 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur 231

Discussion 233

DISCUSSION GÉNÉRALE 236

Vers l'intégration de la positivité dans une méta-théorie de la santé mentale 237

La positivité sous l'angle de la méta-théorie de l'autodétermination..... 238

De la positivité à la sagesse 241

La vision positive : approche individuelle, sociale et sociétale 243

CONCLUSION 247

Références 252

Annexes 306

Annexe 1 : Formulaire de consentement 307

Annexe 2 : Analyses complémentaires des recherches 308

Table des figures 314

Table des tableaux 320

INTRODUCTION

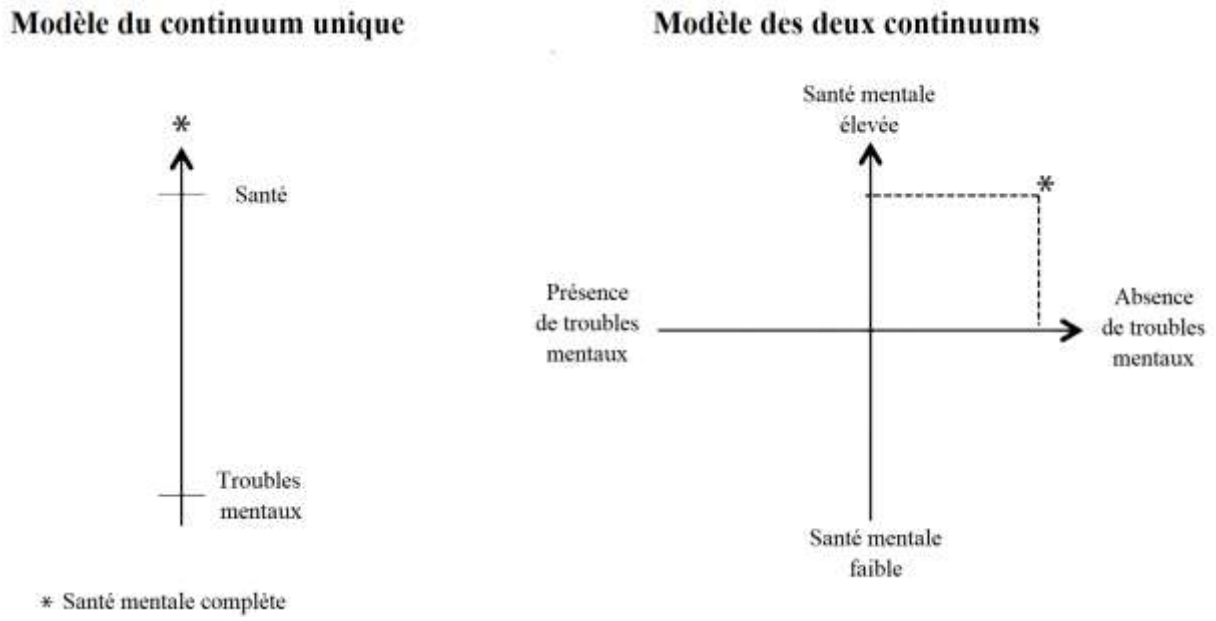
Jusqu'au début de la seconde moitié du XXe siècle, la question de la santé mentale n'a été traitée qu'à travers le prisme de l'absence de maladie mentale ou de troubles mentaux (Jahoda, 1958). Cette conception définit la maladie mentale comme un continuum unique où le degré d'absence-présence de troubles mentaux détermine le niveau de santé mentale d'une personne. En 1954, Maslow, psychologue humaniste, mit en évidence le manque de recherches sur la santé mentale des personnes saines et proposa l'exploration du développement et du fonctionnement positif de la personnalité, permettant aux personnes d'être adaptées à la réalité, heureuses tout en continuant à se développer. Il évoqua notamment un idéal de société dans lequel la culture favoriserait efficacement la santé mentale des individus. Parallèlement, la recherche sur le bien-être dans une perspective hédonique s'est développée lorsque l'on a commencé à chercher des indicateurs de qualité de vie pour évaluer le changement social et améliorer la politique sociale (Land, 1975). Si les chercheurs considérèrent qu'éliminer la maladie mentale permettait de parvenir à la santé mentale, l'absence de maladie mentale ne constitua plus qu'un critère nécessaire, mais insuffisant pour définir la santé mentale (Jahoda, 1958). L'OMS (2004) a choisi d'incorporer la dimension positive à la définition de la santé

mentale. La santé mentale est « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2004, p.12). Si la santé mentale implique des dimensions positives et des dimensions négatives, comment se structure-t-elle ? Comment s'articulent ses dimensions ? La question de sa structure a fait l'objet de plusieurs études depuis les années 80 et les résultats amènent à concevoir une modélisation bi-factorielle de la santé mentale.

Modèle bifactoriel de la santé mentale

Plusieurs recherches ont montré les prémices d'une structure bi-factorielle de la santé mentale parmi les adultes et les adolescents avec pour facteurs la maladie mentale et le bien-être subjectif (Veit & Ware, 1983 ; Wilkinson & Walford, 1998). Greenspoon et Sak-Lofske (2001) sont les premiers à proposer un modèle bifactoriel de la santé mentale qu'ils ont nommé "système à deux facteurs de la santé mentale". D'autres chercheurs ont dénommé le modèle bifactoriel, « modèle d'état complet de la santé mentale » en proposant de nommer les deux facteurs « santé mentale » et « maladie mentale » (Keyes & Lopez, 2002). Keyes (2007) l'a renommé "modèle de deux continuums de santé mentale et des troubles mentaux". Suldo et Shaffer (2008) ainsi que Doll (2008) l'ont nommé "modèle bi-factoriel de la santé mentale". La santé mentale est un état complet qui comprend l'absence de symptôme négatif de maladie mentale et la présence élevée de bien-être subjectif (Greenspoon & Saklofske, 2001 ; Keyes & Lopez, 2002 ; Keyes, 2005 ; 2007 ; Suldo & Shaffer, 2008 ; Doll, 2008). Le modèle de Keyes (2005) comprend deux continuums distincts, mais corrélés entre eux, le premier continuum correspond à l'absence-présence de troubles mentaux, le second fait référence au niveau de santé mentale. La santé mentale complète correspond à l'absence de troubles mentaux ainsi qu'à la présence d'un niveau élevé de santé mentale.

Figure A. Modèles du continuum unique et des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux (Doré & Caron, 2017)

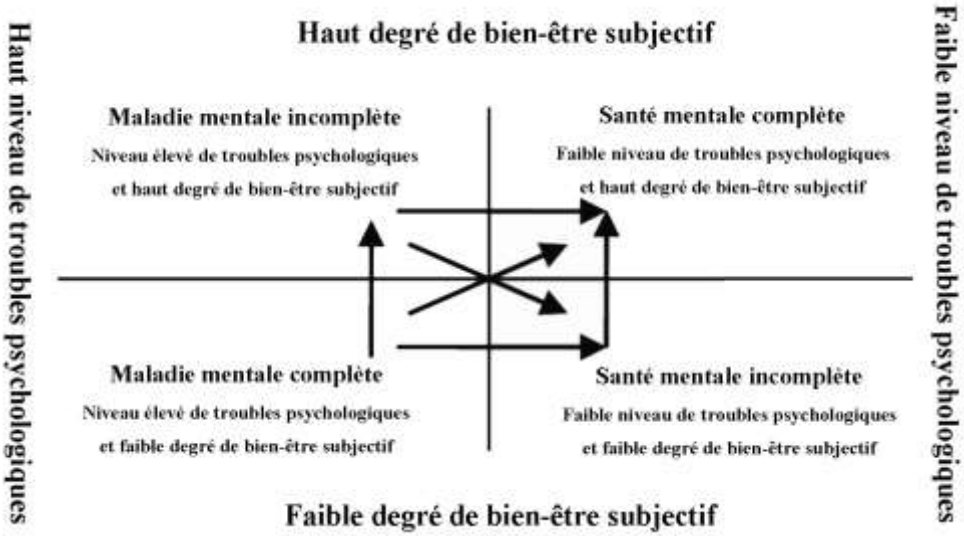


L'étude longitudinale MIDUS (Midlife in the United State) effectuée entre 1995 et 2005 aux États-Unis et dont les résultats publiés par Keyes (2005) ont confirmé la présence de deux continuums différents : la santé mentale et les troubles mentaux. Les résultats montrent qu'environ trois-quarts des participants n'ont pas de troubles mentaux et qu'un peu moins de 20 % ont une santé mentale épanouissante (niveau de santé mentale considérée comme supérieure). Ils ont mis en évidence le fait (a) que l'absence de troubles mentaux ne reflète pas la présence de santé mentale et que (b) la présence de troubles mentaux ne constitue pas nécessairement l'absence de santé mentale.

Classification de la santé mentale

Plusieurs chercheurs (Greenspoon & Saklofske, 2001 ; Keyes & Lopez, 2002 ; Suldo & Shaffer, 2008) ont élaboré une classification de la santé mentale en quadrants, soit en 4 groupes selon les symptômes de maladie mentale et les symptômes de bien-être subjectif : la santé mentale complète, la santé mentale incomplète, la maladie mentale incomplète et la maladie mentale complète.

Figure B. Classification de la santé mentale en quadrant selon les symptômes de maladie mentale et les symptômes de bien-être subjectif (Keyes & Lopez, 2002)



Pour Keyes (2002, 2007), la santé mentale complète renvoie à un faible niveau de troubles psychologiques associé à un haut degré de bien-être subjectif, état qu'il appelle aussi l'épanouissement. Cet état permettrait de prévenir les troubles psychologiques à court terme (Keyes, 2007). Les personnes ayant une santé mentale incomplète ont un faible niveau de troubles psychologiques associé à un faible degré de bien-être subjectif. Suldo et Shaffer (2008) les définissent comme "vulnérables" alors que Keyes (2002, 2007) les perçoit comme "languissantes". Les personnes classées dans la catégorie maladie mentale incomplète ont des symptômes élevés de maladie mentale, tout en ayant un bien-être subjectif élevé. Suldo et Shaffer (2008) les nomment aussi "symptomatiques, mais contenus". Si ces personnes ont une maladie mentale, elles disposent aussi de caractéristiques positives, en ayant un bien-être subjectif allant de modéré à élevé. Si ces personnes sont identifiées comme anormales, elles n'ont pas le même niveau de trouble psychologique (Suldo & Shaffer, 2008). En effet, pour plusieurs chercheurs (Keyes & Lopez, 2002), elles peuvent s'appuyer sur les émotions positives ainsi que sur leurs cognitions positives relatives à la satisfaction de vie et compenser leur maladie mentale. Les personnes atteintes d'une maladie mentale complète ont des symptômes élevés de maladie mentale ainsi qu'un faible niveau de bien-être subjectif. Suldo et Shaffer (2008) les ont nommées "troublées".

Greenspoon et Saklofske (2001) ainsi que Suldo et Shaffer (2008) ont vérifié l'hypothèse de la classification de la santé mentale en quadrants avec des preuves empiriques auprès d'une population d'élèves issus d'écoles primaires et de collèges. Les résultats ont montré que la santé mentale complète était présente parmi 57% des élèves, la santé mentale incomplète parmi 13% des élèves, la maladie mentale incomplète parmi 13% des élèves et la maladie mentale complète touchait 17% des élèves. Ils ont aussi établi que le groupe Santé mentale complète avait de meilleurs résultats en termes de compétence de lecture, de fréquentation scolaire, de perceptions scolaires, de buts académiques, de soutien social des camarades de classe et des parents, de santé physique perçue, et moins de problèmes sociaux que les groupes Santé mentale incomplète et Maladie mentale incomplète. Par la suite, Keyes (2005) proposa une classification de la santé mentale en six catégories dans laquelle il associe la présence ou l'absence de troubles mentaux à trois niveaux de bien-être subjectif qui peut être bas (languissant), modéré (modérément sain pour la santé) ou élevé (florissant).

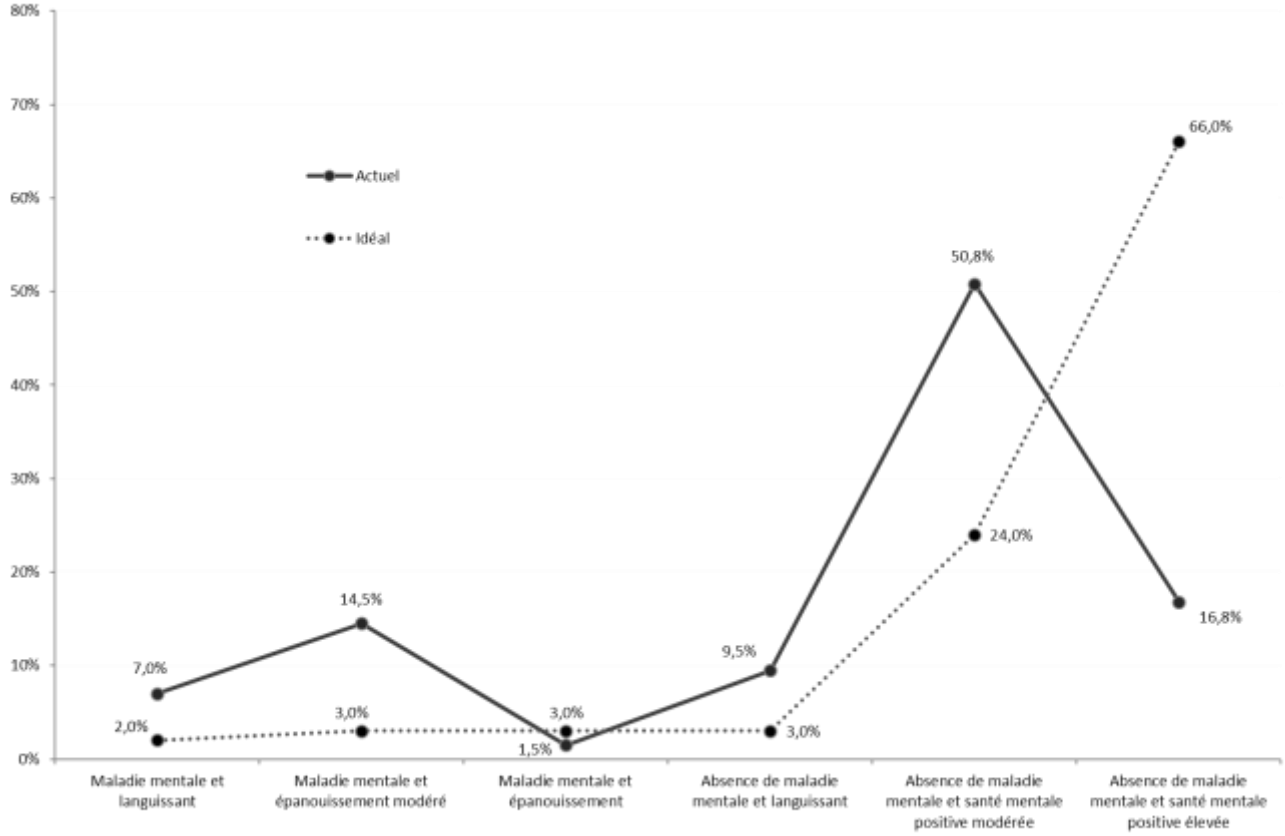
Figure C. Classes de diagnostic du modèle de santé mentale complet (Keyes, 2005)

		Diagnostic de santé mentale		
		Languissant	Moyennement sain	Mentalement florissant
Diagnostic maladie mentale : DSM – III – R 12 mois	Non	Santé mentale languissante	Santé mentale modérée	Florissante : santé mentale complète
	Oui	Maladie mentale et santé mentale languissante	Maladie mentale et santé mentale modérée	Maladie mentale et santé mentale florissante

Remarque. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux DSM – III – R (3 e éd., Rév.; American Psychiatric Association, 1987).

Dans son étude réalisée auprès de 3 032 adultes américains âgés de 25 à 74 ans, Keyes (2005) montre que les participants se répartissent de la manière suivante : 7% des individus dans la classe Maladie mentale et languissante, 14,5% dans la classe Maladie mentale et épanouissement modéré, 1,5% dans la classe Maladie mentale et épanouissement élevé, 9,5% dans la classe Absence de maladie mentale et languissante, 50,8% dans la classe Absence de maladie mentale et santé mentale positive modérée et 16,8% dans la classe Absence de maladie mentale et santé mentale positive (santé mentale complète ou florissante).

Figure D. Prévalence ponctuelle de la santé mentale complète dans la population adulte américaine en 1995 (N=3032), de 25 à 74 ans, comparée avec une vision idéalisée de la distribution de la santé mentale complète (Keyes, 2007, données provenant de Keyes, 2005)



Les recherches sur les adolescents et adultes (Greenspoon & Saklofske, 2001 ; Keyes, 2007 ; Suldo & Shaffer, 2008 ; Doll, 2008) ont montré la pertinence d'un modèle en quatre catégories et la possibilité de classer les individus en fonction de leur degré de symptômes négatifs psychopathologiques et de symptômes positifs comme le bien-être subjectif. Ce modèle permet ainsi d'évaluer, de manière simultanée, le niveau de santé mentale négative et le niveau de santé mentale positive pour offrir un profil plus complet de la santé mentale. Ces travaux offrent un soutien théorique pour la prévention et le traitement positif de la maladie mentale (Seligman, 2008) et l'éducation positive de la santé mentale (Meng, 2008). Le traitement de la santé mentale doit ainsi intégrer le développement de facteurs positifs comme le bien-être subjectif (Weissberg, Kumpfer & Seligman, 2003 ; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005). En effet, plus les personnes sont heureuses, moins elles ont tendance à présenter de symptômes de psychopathologie (Diener & Seligman, 2002 ; Koivumaa-Honkanen & al., 2001). Le modèle de santé mentale permet d'élaborer un diagnostic de la santé mentale intégrant la dimension

négative et la dimension positive générant une prévention et une action plus complète notamment dans le traitement des symptômes psychopathologiques (Keyes & Lopez, 2002 ; Suldo & Shaffer, 2008). Si pour déterminer la santé mentale négative, la recherche a identifié les symptômes de maladies mentales, qu'en est-il de la santé mentale positive ? Quels en sont ses causes ? Ses symptômes ?

La santé mentale positive

Les travaux de Rogers (1951), Maslow (1954, 1962), Jahoda (1958), Erikson (1963, 1982), Vaillant (1977), Deci et Ryan (1985), Ryff et Singer (1996) ainsi que d'autres chercheurs (Cameron, Dutton & Quinn, 2003 ; Easterbrook, 2003 ; Gardner, Csikszentmihalyi & Damon, 2001 ; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999 ; Murray, 2003 ; Vaillant, 2000) nous ont offert la possibilité de « *mieux comprendre les raisons, les moyens et les conditions dans lesquels les émotions positives, les traits de personnalité positifs et les institutions permettent aux personnes de s'épanouir* » (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005, p.411). Selon Gable et Haidt (2005), la psychologie positive renvoie ainsi à « *l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des institutions* » (p.103). Sur le plan individuel, de nombreux auteurs se sont intéressés aux traits de personnalité dit « positifs » (Maslow, 1954), c'est-à-dire aux dispositions personnelles à fonctionner de manière à produire des conséquences positives comme les traits de personnalité du « Big Five » (Fiske, 1949 ; Tupes & Christal, 1961 ; Borgatta, 1964 ; Norman, 1963 ; Smith, 1967 ; Digman & Takemoto-Chock, 1981) et l'optimisme dispositionnel (Carver & Scheier, 2014). Certains chercheurs (Wang, Zhang & Wang, 2011) proposent d'inclure dans le modèle de la santé mentale, d'autres indicateurs positifs en plus de la satisfaction de vie ou de la remplacer par d'autres construits de cognition positive comme l'optimisme ou des dispositions de personnalité positive. En s'appuyant sur la réflexion Scheier et Carver (1993) sur "la pensée positive" et celles de Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto et Suh (2000) et Kozma, Stone et Stones (2000) sur "la positivité ", plusieurs chercheurs ont identifié un facteur commun et latent à l'estime de soi, à la satisfaction de vie et à l'optimisme (Alessandri, Caprara & Tisak, 2012 ; Caprara, Steca, Alessandri, Abela & McWhinnie, 2010) qu'ils ont appelé "la pensée positive" (Caprara & Steca, 2005, 2006), "l'orientation positive" (Alessandri & al., 2012 ; Caprara,

Fagnani, Alessandri, Steca, Gigantesco, Cavalli-Sforza & Stazi, 2009 ; Caprara & al, 2010) ou “la positivité” (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012).

Les différences individuelles dans le bien-être subjectif seraient la conséquence de différences dans la manière dont les personnes conçoivent le monde et de différences dans l’interprétation de l'information, qu’elle soit agréable ou désagréable (Diener, Lucas & Oishi, 2002), la positivité constituant une “disposition de base” au bonheur (Caprara, Eisenberg & Alessandri, 2017). S’il existe des preuves suggérant que les différences individuelles dans le bien-être seraient influencées par la génétique (Lykken & Tellegen, 1996), plusieurs chercheurs pensent que le bonheur des personnes serait en grande partie sous leur contrôle (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Par exemple, plusieurs interventions incitant les personnes à visualiser de manière positive un futur d’eux-mêmes idéal ont permis d’améliorer leur bien-être (Boehm, Lyubomirsky & Sheldon, 2011 ; King, 2001 ; Layous, Nelson & Lyubomirsky, 2013 ; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm & Sheldon, 2011 ; Sheldon & Lyubomirsky, 2006).

L’objectif de cette thèse est d’explorer l’influence de la positivité sur la santé mentale positive en abordant le rôle et la place de la positivité dans la santé mentale. Il s’agira d’examiner son effet sur les dimensions de la santé mentale positive, qu’elles soient régulatrices, fonctionnelles ou affectives.

La première partie de la thèse aura ainsi pour objet, la présentation des dimensions de la santé mentale : cognitive, affective, fonctionnelle, régulatrice et dispositionnelle notamment dans son orientation positive.

La deuxième partie abordera les différentes recherches sur la positivité, que ce soit à travers son opposition à la négativité, sa place dans la subjectivité mentale, son rôle dans le fonctionnement psychologique positif, ainsi que dans la régulation adaptative et la dimension affective de la santé mentale. En examinant son degré d’impact sur la santé mentale positive, cette recherche aura pour objectifs : (1) d’explorer différentes hypothèses sur la relation entre la positivité et d’autres construits de la santé mentale positive, (2) d’étudier différents modèles possibles intégrant la positivité, (3) de tester différents effets de médiation possible impliquant la positivité parmi d’autres indicateurs, ce qui permettra de saisir plus précisément le rôle de la positivité dans la santé mentale positive.

Dans la troisième partie, les résultats de l'ensemble de ces études nous conduiront à synthétiser l'apport des recherches réalisées en présentant un méta-modèle qui explique la place et l'influence prépondérante de la positivité sur la santé mentale. Il sera aussi proposé une articulation théorique entre le développement de la positivité et celui de l'être humain. Pour finir, nous aborderons différentes perspectives de recherche sur la positivité impliquant notamment une orientation pratique.

CADRE CONCEPTUEL

Introduction

La première partie de cette thèse se propose d'aborder l'ensemble des dimensions de la santé mentale afin de pouvoir, d'un point de vue théorique, commencer à situer la positivité parmi les autres indicateurs de la santé mentale positive.

Dans un premier chapitre, il s'agira de présenter la dimension cognitive de la santé mentale, d'expliquer la notion d'évaluation cognitive et de comprendre comment la balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives permet d'expliquer le degré de santé mentale. Par la suite, sera abordé le concept de négativité afin de décrire son rôle dans la santé mentale négative, à la fois en tant qu'indicateur de mal-être et à la fois en tant qu'élément faisant partie du processus de déclenchement et de maintien du trouble psychologique. En opposition à la négativité, pour finir, sera présentée la positivité, indicateur de santé mentale positive, afin de comprendre son influence dans la santé mentale et par conséquent l'intérêt que revêt son étude.

Le deuxième chapitre abordera la dimension affective de la santé mentale. Il s'agira dans un premier temps de définir la notion d'affect par l'intermédiaire des différents éléments qui la composent (humeur, émotions, stress). Ensuite, seront proposés une description de la structure de l'affect ainsi que des concepts d'affect positif et d'affect négatif. Il sera enfin expliqué comment la balance entre l'affect positif et l'affect négatif permet de définir la dépression et le bonheur.

Le troisième chapitre abordera la notion de subjectivité mentale, en s'appuyant notamment sur le travail de Diener (1984) portant sur la santé mentale positive. Il s'agira de proposer un modèle qui reflète la subjectivité mentale, composée des dimensions que sont la cognition positive, la cognition négative, l'affect positif et l'affect négatif ainsi que de présenter le lien entre cognition et affect. Il sera par la suite expliqué comment la balance cognition positive/cognition négative associée à la balance affect positif/ affect négatif peut permettre de déterminer la santé mentale positive et négative.

Le quatrième chapitre présentera le fonctionnement psychologique sous une orientation positive et une orientation négative. Il s'agira de définir la notion de besoins psychologiques et de décrire l'importance de leur satisfaction dans le développement ainsi que dans le

fonctionnement positif de la santé mentale. À l'opposé, il sera aussi présenté l'insatisfaction des besoins amenant à un développement et un fonctionnement psychologique négatif, reflétant la santé mentale négative.

Le cinquième chapitre aura pour but de poser la question de la structure de la santé mentale positive. Pour commencer, nous verrons la complémentarité des approches hédonique et eudémonique, ces deux approches expliquant de manière séparée, la santé mentale positive. Par la suite, plusieurs modélisations de la santé mentale positive impliquant ces deux approches seront proposées. Pour finir, sera abordée la question de la structure de la santé mentale positive sous l'angle d'un facteur général multifacettes et proposée une explication théorique à cette perspective.

Le sixième chapitre présentera la dimension régulatrice et fonctionnelle de la santé mentale. Il proposera d'aborder l'ensemble des dimensions relatives à la régulation de soi : métacognitive, cognitive, motivationnelle, comportementale et affective. Cette approche permettra de mettre en lumière les stratégies de régulation qui contribuent à la santé mentale positive, ainsi que celles qui sont en relation avec l'optimisme et par conséquent avec la positivité, au contraire de celles qui sont liées à la santé mentale négative.

Le septième chapitre s'intéressera à la personnalité et présentera, selon l'approche différentielle, les modèles de personnalité permettant d'impliquer l'orientation positive de la personnalité telle que le Big-Five, le modèle des Vertus et des Forces de caractère et le modèle de la Personnalité Positive. La positivité, qui est un trait de personnalité positif, ne pourrait-elle pas aussi être considérée comme une force de caractère ?

L'ensemble de cette partie théorique aura pour but de décrire la santé mentale positive sous différents angles, les théories hédonique et eudémonique du bien-être, la régulation adaptative et fonctionnelle ainsi que les traits positifs de la personnalité.

Chapitre I. La dimension cognitive de la santé mentale

Introduction

En 1954, Maslow identifie la justesse dans la perception de la réalité comme une caractéristique de la personnalité saine, renvoyant à la clarté, à la précision et à la perspicacité dans l'observation et l'interprétation de la réalité. Quelques années plus tard, Jahoda (1958) propose différents indicateurs de la santé mentale positive parmi lesquels on retrouve la dimension « Perception de la réalité » qui fait référence à la capacité d'une personne à interpréter le monde autour d'elle de la manière la plus réaliste possible. Dans les années 60, l'approche cognitive de la santé mentale s'est développée autour des travaux sur la relation entre cognition et émotion (Arnold, 1960 ; Lazarus, 1966) et notamment entre cognition et maladie mentale (Ellis, 1962 ; Beck, 1963) affirmant que le fonctionnement de la santé mentale repose sur un ensemble de cognitions ou d'interprétations de la réalité dont certaines peuvent être liées à un trouble psychologique spécifique (Beck, 1976) ou à un trouble de la personnalité (Beck, Freeman & al., 1990). Existe-t-il des caractéristiques permettant de déterminer ce qui relève d'une vision juste et d'une interprétation juste de la réalité ? Ou s'en rapprochant ? Comment s'articuleraient la cognition positive et la cognition négative ? La meilleure caractéristique ne serait-elle pas le degré d'adaptation à la réalité ? Ainsi que l'effet positif sur la santé mentale ?

L'approche cognitive met en lumière le rôle prépondérant des pensées et des processus de pensée que ce soit dans la santé mentale négative ou dans la santé mentale positive. Dans la recherche sur la santé mentale négative, plusieurs chercheurs (Ellis, 1994 ; Ellis & Harper, 1975) suggèrent notamment que la cause des névroses relèverait davantage de l'interprétation des événements que de ces événements en eux-mêmes. Dans la recherche sur la santé mentale positive, plusieurs chercheurs (Diener, Lucas & Oishi, 2002) considèrent que la manière de penser est "*beaucoup plus importante pour le bonheur que les circonstances objectives*" (p.68). Si certains chercheurs pensent que la santé mentale est déterminée par la manière de penser (Ellis, 1994 ; Ellis & Harper, 1975 ; Schwartz & Garamoni, 1986, 1989), comment pouvons-nous décrire la sphère cognitive ? Existe-t-il une dimension globale ? Est-elle composée de plusieurs dimensions ? Positive et négative ?

Les différences entre les personnes dans la manière de voir et d'interpréter le monde expliqueraient les différences entre les personnes dans les symptômes de santé mentale positive par l'intermédiaire de la positivité et dans les symptômes de santé mentale négative par l'intermédiaire notamment de la négativité. La construction de la réalité est basée sur les perceptions et les interprétations de l'individu, qui peuvent notamment être faillibles (Bedrosian & Beck, 1980).

1.1 L'évaluation cognitive

L'ensemble des construits que sont l'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie ont en commun la dimension cognitive évaluative renvoyant à une comparaison entre la situation actuelle et les standards, que ce soit à propos de soi, du futur et de la vie. L'estime de soi fait référence à une « *attitude favorable ou défavorable envers soi-même* » (Rosenberg, 1965, p.18), l'attitude « *incluant les faits, opinions et valeurs dans le regard porté sur soi, en tant qu'orientation favorable ou défavorable vers le soi* » (Rosenberg, 1965, p.5). Elle correspond à l'évaluation de sa valeur personnelle et est ainsi le reflet d'une attitude positive fait d'acceptation, de tolérance, de satisfaction et de respect à l'égard de soi-même (Rosenberg, 1985). L'estime de soi reflète l'écart entre la perception du soi actuel et la vision du soi idéal (James, 1890 ; Rosenberg, 1979 ; Coopersmith, 1967 ; Harter, 1985 ; Higgins, 1987) impliquant les attentes et aspirations personnelles (Coopersmith, 1967) et les valeurs de référence (Rosenberg, 1965). Pour Carver et Scheier (2001), « *les optimistes sont les personnes qui s'attendent à vivre des expériences positives dans le futur. Les pessimistes sont celles qui s'attendent à vivre des expériences négatives* » (p. 31). Le concept d'optimisme est compatible avec les travaux de Carver et Scheier (1981) sur les comportements d'autorégulation poursuivant la longue tradition de la théorie de l'espérance-valeur (Scheier, Carver & Bridges, 2001). L'optimisme traduit un écart favorable entre la perception du futur et la perception du but-standard tandis que le pessimisme renvoie à un écart défavorable entre la perception du futur et la perception du but-standard (Scheier & Carver, 1985 ; Carver & Scheier, 2014). Shin et Johnson (1978) définissent la satisfaction de vie comme « *l'évaluation globale de la qualité de vie de la personne en accord avec les critères qu'elle a choisie* » (p. 478). L'évaluation de la satisfaction de vie permet une estimation par la personne elle-même de l'état actuel de sa vie en comparaison avec son standard personnel donnant ainsi à chaque personne la liberté de

définir ce qui est une bonne vie (Diener, 1984). Ces trois construits, qui sont fortement corrélés entre eux, correspondent à un mode d'évaluation globale et durable de l'écart entre la réalité et les standards, inconscients et conscients, amenant un mode de pensée et de faire face à la vie « *qui affecte la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives* » exerçant une « *influence omniprésente sur les sphères affectives, cognitives et comportementales* » (Caprara & al., 2012, p.702). La personne heureuse évalue de manière positive l'écart entre ses aspirations et ses réalisations (Argyle, 1987 ; Csikszentmihalyi & Wong, 1991 ; Michalos, 1985) et porte son attention sur les caractéristiques positives et efficaces des situations (Diener, 1998 ; Lyubomirsky & Tucker, 1998). Elle considère que les expériences récentes de sa vie sont plus agréables (Matlin & Gawron, 1979), notamment, en comparant favorablement les situations par rapport à son passé (Parducci, 1995 ; Tversky & Griffin, 1991). Les cognitions positives correspondent ainsi à une évaluation favorable de l'écart entre le réel et les standards tandis que les cognitions négatives font référence à une évaluation défavorable de l'écart entre le réel et les standards.

Dans une recherche sur les pensées automatiques positives et négatives, Bryant et Baxter (1997) affirment que les cognitions positives et les cognitions négatives sont mieux conceptualisées comme des domaines distincts et multifacettes de l'expérience cognitive plutôt que comme les extrémités opposées d'un continuum unidimensionnel bipolaire. Schwartz et Garamoni (1986, 1989) ont développé un modèle portant sur l'état d'esprit, qui propose que le fonctionnement psychologique soit adapté lorsqu'il y a une balance optimale entre les cognitions positives et les cognitions négatives. Au contraire, les déséquilibres et déviations dans la balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives amènent à la psychopathologie et aux troubles mentaux. Cette balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives permet d'expliquer le fonctionnement psychopathologique, le fonctionnement psychologique normal et la santé mentale (Schwartz, 1986 ; Schwartz & Garamoni, 1986, 1989). Schwartz et Garamoni (1986, 1989) pensent que ce n'est pas le nombre de cognitions positives et de cognitions négatives qui déterminent la santé mentale, mais le ratio entre les cognitions positives et les cognitions négatives. Le monologue négatif correspond à une proportion de cognitions positives allant de 0% à 31% et caractérise les psychopathologies sévères. Le dialogue négatif (ratio de cognitions positives allant de 32% à 44%) renvoie à une psychopathologie modérée. Le dialogue interne de conflit (ratio de cognitions positives situées

entre 45% et 55%) renvoie à de faibles niveaux de psychopathologie. Dans le monologue positif, la proportion de cognitions positives est égale ou supérieure à 69%, ce qui indique un équilibre cognitif psychologiquement non sain, comme la manie. Le dialogue positif (ratio de cognitions positives allant de 56% à 68%) reflète l'équilibre optimal de la santé mentale, les cognitions négatives permettant de rester suffisamment réaliste. Cacioppo et Berntson (1999) ont suggéré une tendance biologique chez l'homme à être positivement prédisposé à des stimuli neutres, cette tendance contrebalançant la réactivité naturelle des humains aux stimuli négatifs (Baumeister & al. 2001).

1.2 La négativité

Beck (1967, 1976) affirme que toute psychopathologie implique la présence d'un traitement dysfonctionnel de l'information, d'un mode de pensée immature. Dans les années 60, il apporte une contribution importante à l'étude de la dépression en explorant l'association entre dépression et processus de pensée ; il démontre le rôle prépondérant des cognitions négatives dans la dépression (Beck, 1963). Plusieurs études ont confirmé qu'il existe un facteur sous-jacent à la dépression que l'on peut appeler la pensée négative (Anderson & Skidmore, 1995 ; Bebbington, 1985 ; Haaga Dyck & Ernst, 1991 ; McIntosh & Fisher, 2000 ; Willner, 1984). Les processus de pensée négative ou cognitions négatives sont semblables à une pensée spécifique, tels qu'une interprétation ou une autocritique (Beck, 1963). Les cognitions négatives relatives à une faible estime de soi, des idées de privation, d'autocritique et des idées suicidaires sont significativement en relation avec la dépression (Beck, 1963). Quelques années plus tard, Beck (1967) développe sa théorie de la « triade cognitive négative » dans laquelle il explique que la dépression résulte de schémas de cognitions négatives à propos de soi, de l'avenir et du monde environnant. Les schémas sont des structures cognitives relativement stables, stockées en mémoire à long terme et « *constituent la base de la régularité des interprétations d'un ensemble particulier de situations* » (Beck & al, 1979, p.12). Ainsi, les schémas négatifs s'activent en réponse à des événements de vie négatifs induisant un filtrage des pensées automatiques qui génère des distorsions cognitives et des cognitions négatives amenant potentiellement une augmentation des symptômes dépressifs (Beck, 1964). Lorsqu'une situation stressante menace les faiblesses de la structure cognitive de l'individu, un processus cognitif dysfonctionnel s'active à travers les distorsions cognitives amenant à des troubles psychologiques (Beck, 1967,

1976). Le stress déclenche un changement cognitif qui, en s'amplifiant, provoque des pensées automatiques répétitives et irréalistes, mais vraies pour l'individu (Beck, 1967 ; Beck & Shaw, 1977). Au fur et à mesure que les pensées déformant la réalité s'établissent, elles participent au développement et au maintien du trouble psychologique spécifique (Beck & Weishaar, 1989). Pour Beck (1967), le trouble psychologique est caractérisé par un contenu cognitif spécifique, par un nombre important de distorsions cognitives de la réalité externe ainsi que par des croyances fondamentales et des pensées automatiques fausses et résistantes dans la réalité interne (Beck & Weishaar, 1989). Les facteurs à l'origine des troubles mentaux peuvent être biologiques, développementaux et environnementaux, les cognitions étant une dimension intrinsèque de la psychopathologie sans en être à l'origine (Beck & Weishaar, 1989). Les cognitions négatives sont notamment considérées comme la voie d'accès commune au mal-être entre la dépression et la paranoïa (Fowler, Hodgekins, Garety, Freeman, Kuipers, Dunn, Smith & Bebbington, 2012).

Beck (1964) suggère que les cognitions négatives peuvent être modifiées en faisant prendre conscience à la personne dépressive que ces pensées automatiques ne reflètent pas la réalité. Par conséquent, la modification de schémas négatifs amène une interprétation plus positive de la réalité. La triade cognitive de Beck (1967) qui propose qu'une vision négative de soi, du monde et de l'avenir occupe une place centrale dans la dépression, a permis, de manière antagoniste, le développement de la théorie sur la positivité.

1.3 La positivité

Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto et Suh (2000) considèrent la positivité comme la tendance à évaluer de manière positive les aspects de la vie. Pour Scheier et Carver (1993), la "pensée positive", quant à elle, occupe une place centrale dans la confiance des individus en leur avenir. Caprara et ses collaborateurs (2012) définissent la positivité comme "*la tendance à voir la vie et les expériences avec une vision positive"* (p.701).

Kozma, Stone et Stones (2000) pensent que la positivité est un facteur dispositionnel général du bien-être subjectif qui expliquerait la variation individuelle et la stabilité dans le bonheur malgré les changements environnementaux. La positivité serait une "disposition de base"

(Caprara & al., 2012) qui permettrait d'exercer d'importantes fonctions biologiques (Caprara & al., 2009), notamment pour qu'une personne puisse se développer et s'épanouir tout « *en faisant face à l'adversité, aux échecs, aux pertes* » (Caprara & al., 2012, p.702) et « *en continuant à prendre soin de sa vie malgré le déclin du vieillissement et l'idée de la mort* » (Alessandri & al., 2012 ; Caprara & al., 2010, cité par Caprara & al., 2012, p.702). Ainsi, plusieurs recherches ont montré que la positivité est négativement et fortement corrélée à la dépression (Caprara & al.,2012 ; Heikamp & al., 2014).

Plusieurs recherches interculturelles ont démontré l'universalité de la positivité par la présence d'un facteur commun et latent (estime de soi, optimisme et satisfaction de vie) dans différentes cultures et pays comme l'Italie, le Canada, l'Allemagne, le Japon, l'Espagne, la Pologne et la Serbie (Caprara & al., 2010 ; Caprara, Alessandri, Trommsdorff, Heikamp, Yamaguchi & Suzuki, 2012 ; Heikamp, Alessandri, Laguna, Petrovic, Caprara & Trommsdorff, 2014). Une étude réalisée par Caprara et ses collègues (2009) auprès de jumeaux a montré, par des analyses génétiques multivariées, une part de variance commune et des corrélations élevées (entre .80 et .87) entre l'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie, établissant la présence d'un facteur génétique commun qui affecterait les trois dimensions de manière simultanée. Une autre étude également réalisée auprès de jumeaux (Fagnani, Medda, Stazi, Caprara & Alessandri, 2014) a fait émerger que l'hérédité explique 58% de la variance de la positivité tandis que l'environnement représente 42%. Des recherches antérieures avaient suggéré que la positivité était relativement stable dans le temps, pendant l'adolescence jusqu'à l'âge adulte (Caprara & al., 2012). Elle peut être considérée comme un trait de personnalité (Caprara & Steca, 2005) contribuant de manière unique au fonctionnement optimal (Alessandri, Caprara & Tisak, 2012).

La positivité est une disposition à la cognition positive qui influence la subjectivité dans la manière dont les personnes vont vivre émotionnellement leurs expériences, constituant une "disposition de base" au bonheur (Caprara, Eisenberg & Alessandri, 2017). Le bonheur résulte ainsi d'une "*propension générale à vivre les choses de manière positive* " (Diener, 1984, p.565).

Conclusion

Les travaux d'Ellis (1962) et de Beck (1967) sur l'approche cognitive de la santé mentale ont permis de mettre en lumière le rôle prépondérant de la structure cognitive et des cognitions négatives dans la dépression et les troubles psychologiques. Des années plus tard, d'autres chercheurs ont identifié "la positivité" comme facteur commun et latent à l'estime de soi, à l'optimisme et à la satisfaction de vie (Caprara & Steca, 2005, 2006 ; Caprara, Fagnani, Alessandri, Steca, Gigantesco, Cavalli-Sforza & Stazi, 2009) qui constitue une "disposition de base" au bonheur. L'estime de soi correspond à une évaluation de l'écart entre le soi actuel et le soi idéal, l'optimisme implique la comparaison de la perception du futur avec le but-standard, la satisfaction de vie, entre l'état actuel de sa vie et le standard personnel. La cognition positive serait donc le résultat d'une évaluation favorable de l'écart entre le réel et les standards, la cognition négative, d'une évaluation défavorable de l'écart entre le réel et les standards. Le modèle proposé par Schwartz et Garamoni (1986, 1989) sur l'état d'esprit suggère qu'il y a adaptation lorsqu'il y a une balance optimale entre les cognitions positives et les cognitions négatives amenant un fonctionnement psychologique normal et la santé mentale. Plusieurs études soutiennent ce modèle d'état d'esprit, qu'elles soient menées auprès de personnes étudiantes et adultes ayant une santé mentale normale (Calvete & Connor-Smith, 2005 ; Garamoni & al., 1991), de personnes anxieuses (Diaz, Glass, Arnkoff & Tanofsky-Kraff, 2001), ayant une phobie sociale (Sturmer, Bruch, Haase & Amico, 2002), souffrant d'agoraphobie (Michelson, Schwartz & Marchione, 1991) ou de dépression (Gararnoni & al., 1991). Tandis que la vision négative de soi, de l'autre, de l'avenir et de la vie renvoie à la santé mentale négative, la vision positive et réaliste de soi, de l'autre, de l'avenir et de la vie détermine la santé mentale positive.

Alors que les travaux de Maslow (1954) et Jahoda (1958) ont identifié la capacité à percevoir et interpréter la réalité de manière juste comme un facteur de la santé mentale positive, Beck (Beck, 1967, 1976 ; Beck & Emery, 1985 ; Beck, 1995) a répertorié pour la santé mentale négative, plusieurs distorsions cognitives induisant un biais dans l'interprétation de la réalité comme l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, l'exagération, la minimisation, la personnalisation et la pensée dichotomique. À l'inverse, existe-t-il des styles d'évaluation amenant à une vision juste et une interprétation juste ? Et positive ? Les schémas

de pensée négatifs ont tendance à être renforcés lorsque la personne relève des informations congruentes dans son environnement (Beck & Emery, 1985). En est-il de même pour les cognitions positives ? Par exemple, Caprara et ses collaborateurs (2017), en s'appuyant sur plusieurs travaux (Cummins & Nistico, 2002 ; Taylor & Brown, 1988) suggèrent que la positivité pourrait expliquer, tout du moins de manière partielle, plusieurs mécanismes psychologiques tels que les illusions positives, les comparaisons égoïstes et distorsions, les biais égocentriques et les manœuvres d'amélioration de soi.

Chapitre II. La dimension affective de la santé mentale

Introduction

La question de l'affect remonte aux premières réflexions des philosophes sur la psychologie et notamment dès l'antiquité, à travers la théorie des humeurs popularisées par Hippocrate (460-377 av. J.C.) avec l'idée d'équilibre dans l'harmonie des quatre grandes humeurs (sang, flegme, bile jaune, bile noire), la maladie mentale reflétant un déséquilibre entre ces humeurs. Pour Platon (427-347 av. J.C.), les maladies mentales étaient causées par une surabondance en émotions négatives. Les affects étaient l'expression de l'âme humaine et, pour Aristote, représentaient la « cause du mouvement vital chez les vivants ». L'affect a un rôle central dans l'expérience de la vie humaine dans la mesure où il correspond à une "*tonalité hédonique continue qui colore la vie des personnes*" (Gray & Watson, 2007), l'expérience affective étant l'une des dimensions les plus essentielles de l'activité mentale (Panksepp, 2012). Aristippe de Cyrène, philosophe grec du quatrième siècle, fondateur de l'hédonisme, a dit : « *le but de la vie est de connaître le maximum de plaisir et le bonheur est la totalité de ces moments hédoniques* ». Cette conception hédoniste du but de la vie a été soutenue par d'autres philosophes qui suivirent. Épicure, fondateur de l'Épicurisme en -306 avant J.C, pensait que « *le plaisir est le commencement et la fin de la vie heureuse* » alors que « *le dernier degré du bonheur est l'absence de tout mal* ». Comment pouvons définir l'affect ? De quoi est-il composé ? Quels sont sa place et son rôle dans la santé mentale ?

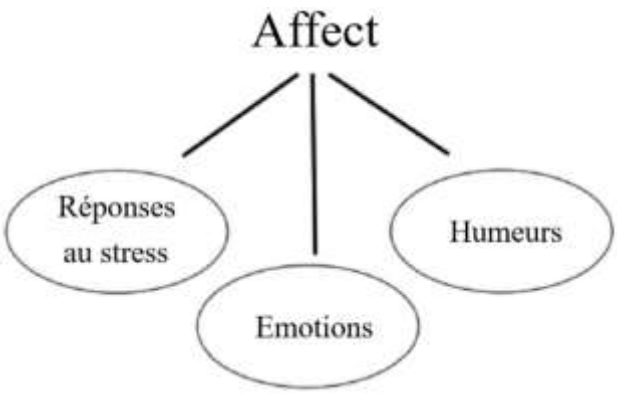
À partir de la fin des années 50, plusieurs chercheurs ont proposé différents modèles visant à expliquer la structure factorielle de la composante affective de la santé mentale, certains présentant un modèle à trois facteurs (Engen, Levy & Schlosberg, 1958), d'autres plus tard démontrant la validité d'un modèle à deux dimensions (Watson, Clark & Tellegen, 1984 ; Watson & Tellegen, 1985), permettant notamment de déterminer la place de la dépression et du bonheur dans la composante affective de la santé mentale. Au début des années 1990, plusieurs chercheurs (Batson, Shaw & Oleson, 1992) ont remarqué que les termes affect, humeur et émotion étaient utilisés sans qu'il soit fait de distinction entre eux. Dans d'autres recherches, l'affect sert à désigner la composante expérientielle (Buck, 1993 ; MacLean, 1990) ou comportementale (Kaplan & Sadock, 1991) de l'émotion. Depuis, plusieurs recherches ont apporté des éléments permettant de faire la distinction entre ces différents construits de la sphère

affective (Alpert & Rosen, 1990 ; Batson et al., 1992 ; Beedie, Terry & Lane, 2005 ; Russell, 2003 ; Russell & Feldman Barrett, 1999), ce qui amène à mieux définir la notion d'affect.

2.1 Définition et composant de l'affect

Selon Ulrich (1983), "*l'affect est au centre de l'expérience consciente et du comportement dans n'importe quel environnement, que ce soit naturel ou construit, plein ou vide, parce que quasiment aucune pensée, action ou interaction avec l'environnement ne se produit sans affect*" (p.85). Les états affectifs intègrent le plaisir et le déplaisir, la tension et la détente, l'énergie et la fatigue, la nature et l'intensité de l'affect variant dans le temps. Scherer (1984) pense que l'affect est une catégorie de niveau supérieur qui comprend les émotions, le stress, l'humeur et les autres impulsions motivationnelles tandis que pour Gross (2015), l'affect est constitué des émotions, du stress et de l'humeur.

Figure 2.1. Une conception hiérarchique de l'affect (Gross, 2015)



D'après Scherer (2000), l'émotion peut se définir comme étant « *un processus de réaction d'un organisme face à un événement significatif* ». C'est un « *épisode dynamique qui implique un processus de changement continu dans tous les sous-systèmes (cognition, motivation, réactions physiologiques, expressions motrices) pour s'adapter avec flexibilité aux événements pertinents et aux conséquences potentiellement importantes pour un individu* » (Grandjean, Sander & Scherer, 2008, p. 485). La première distinction que l'on peut faire entre émotion et humeur concerne la durée (Nowlis & Nowlis, 1956) ; l'humeur renvoyant à un "*climat émotionnel omniprésent et soutenu*" alors que les émotions sont "*des changements fluctuants dans le*

"climat" émotionnel" (APA, 1994, p. 763). L'humeur est plus étendue que l'émotion en termes de durée et de fréquence (Gray & Watson, 2007). La deuxième distinction renvoie au fait que les émotions sont plus spécifiques (Frijda, 1993 ; Isen, 1984 ; Lazarus, 1993) tandis que les humeurs sont plus diffuses (Morris, 1989), globales, sans raison spécifique et de faible intensité (Frijda, 2009 ; Ekkekakis, 2012). La plupart des chercheurs considèrent qu'il existe cinq émotions de base que sont la joie, la tristesse, la colère, le dégoût et la peur, auxquelles certains auteurs ajoutent la surprise (Ekman, 1984 ; Izard, 1977 ; Johnson-Laird & Oatley, 1992 ; Plutchik, 1980 ; Tomkins, 1962/1963). Selon Nesse (1990), il y a davantage de types d'émotions négatives que d'émotions positives, car dans l'environnement il existe davantage de situations de menaces que d'opportunités. Les émotions négatives amènent à s'adapter à l'environnement (Fredrickson, 1998) par l'intermédiaire de tendances d'actions spécifiques (Frijda, 1986 ; Lazarus, 1991). Pour Frijda (1986), l'émotion caractérise la tendance à l'action comme un état de préparation « *pour exécuter un type donné d'action* » (p. 70). Selon l'émotion ressentie, cela engendre un type de conséquences comportementales (Ekman & Davidson, 1994 ; Frijda, 1986 ; Scherer, 1994).

Tableau 2.2. Tendances à l'action et fonctions des émotions (Frijda, 1986) adaptée par Rimé (2009)

Tendance d'action	Fonction	Emotion
Approche	Disposition à la consommation	Désir
Evitement	Protection	Peur
" Etre avec"	Accès à la consommation	Plaisir, confiance
Attention	Orientation vers les stimulations	Intérêt
Rejet	Protection	Dégoût
Inattention	Sélection	Indifférence
Attaque-menace	Récupération du contrôle	Colère
Interruption	Réorientation	Choc, surprise
Dominance	Contrôle généralisé	Arrogance
Soumission	Contrôle secondaire	Humilité, résignation

Le stress renvoie à « *un état de détresse et de souffrance en rapport avec les épreuves, les difficultés, l'adversité ou l'affliction* » (Lazarus & Folkman, 1984, p.2) dans le but de s'adapter

à une situation (Selye, 1936). Le stress peut se définir comme "*une relation particulière entre la personne et son environnement évaluée par la personne comme excédant ses capacités et mettant en danger son bien-être*" (Lazarus & Folkman, 1984, p.19). Les événements évalués comme menaçants ont tendance à être liés aux émotions négatives et à l'anxiété (Lazarus, 1991 ; Sarason & Sarason, 1990) et au sentiment de ne pas être en mesure de faire face à la menace (Bandura, 1997 ; Lazarus, 1991 ; Smith, 1991).

2.2 Modèle bifactoriel de l'affect

Si plusieurs modèles présentés précédemment ont suggéré l'existence de trois dimensions majeures (Engen, Levy & Schlosberg, 1958), les travaux des chercheurs ont progressivement abouti à une structure à deux facteurs. Averill (1975) suggère, en s'appuyant sur une différence de sémantique entre les mots, deux dimensions émotionnelles : l'évaluation qui peut être plaisante ou déplaisante et le niveau d'activation qui relève de l'excitation ou de la dépression. Russell et Mehrabian (1977) trouvent les mêmes dimensions, à savoir plaisant/déplaisant et activation (excitation) / absence d'activation (excitation), mais ajoutent la dimension dominance/soumission. Plusieurs chercheurs ont proposé que ces deux premières dimensions puissent être définies à travers un modèle circumplex (Barrett, 2004 ; Larsen & Diener, 1992 ; Russell, 1980, 1989 ; Watson & Tellegen, 1985), un modèle dans lequel toutes les humeurs et émotions puissent être réparties autour du périmètre d'un cercle. En 1980, Russell présente un modèle circumplex qui contient quatre dimensions bipolaires espacées de 45 degrés : agréabilité (plaisir vs déplaisir), excitation (excitation vs dépression), activation (éveil vs repos) et détresse (détresse vs relaxation).

Figure 2.3. Solution d'une analyse multidimensionnelle pour 28 termes émotionnels qui forment un circumplex selon Russell (1980) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009)

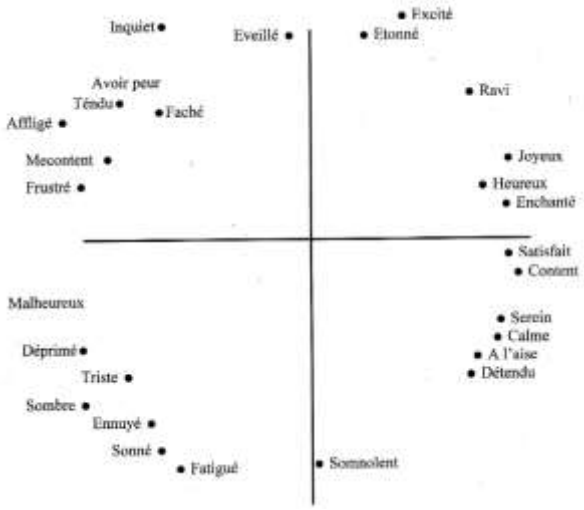
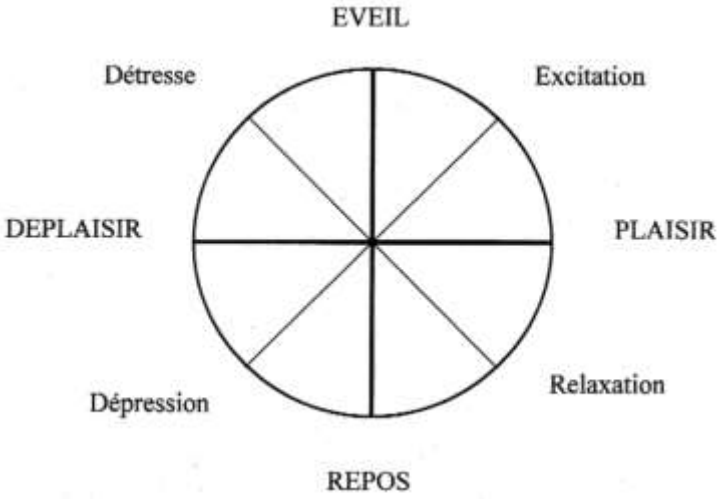


Figure 2.4. Modèle circumplex de Russel (1980) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009)

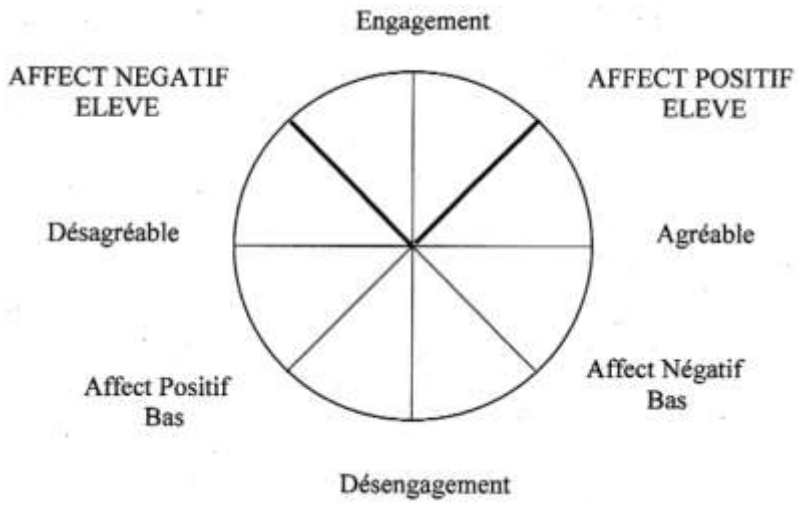


Plusieurs chercheurs (Russell & Pratt, 1980 ; Russell & al., 1981, 1989 ; Russell & Lanius, 1984 ; Russell & Carroll, 1999 ; Russell & James, 2003 ; Zajonc & Markus, 1984) conçoivent les dimensions plaisant/déplaisant et excitation/absence d'excitation comme des indicateurs de l'affect tandis que la dimension dominance est considérée comme relevant du cognitif (Russell & Pratt, 1980 ; Russell & al., 1981). En 1974, Mehrabian et Russell ont défini l'excitation comme une activation mentale "*allant du sommeil à l'excitation frénétique*". Pour certains

chercheurs (Berlyne, 1966, 1970 ; Thayer, 1967), plusieurs adjectifs utilisés par Mehrabian et Russell renvoyant à l'excitation feraient référence à un facteur cognitif et non affectif (Bakker, Van Der Voordt, Vink & De Boon, 2014).

Watson et Tellegen (1985) présentent un modèle circumplex composé de quatre dimensions bipolaires espacées de 45 degrés : agréable/désagréable, engagement/désengagement, affect positif élevé/affect positif bas, affect négatif élevé/affect négatif bas. La dimension engagement/désengagement peut être considérée comme une réinterprétation de la dimension d'activation de Russel (1980). Ils soutiennent que la structure bidimensionnelle de l'affect émane d'un certain nombre de recherches et d'un très grand nombre d'analyses confirmant la présence des deux facteurs d'humeur généraux que sont l'affect positif et l'affect négatif (Watson, Clark & Tellegen, 1984 ; Watson & Tellegen, 1985). Ultérieurement, les termes affect négatif et affect positif ont été remplacés par activation négative et activation positive (Barrett & Russell, 1998 ; Watson & al., 1999).

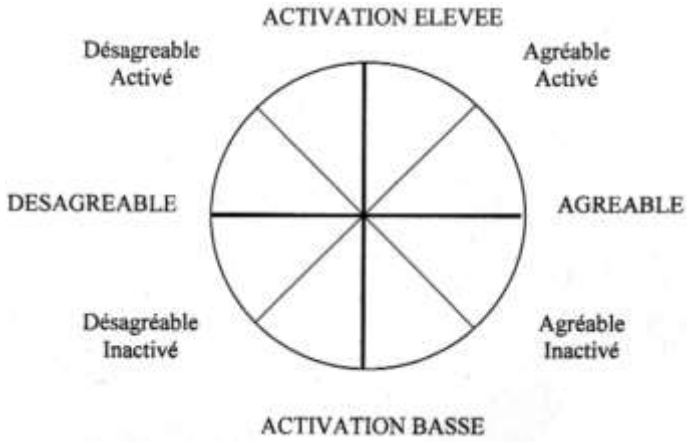
Figure 2.5. Modèle circumplex de Watson et Tellegen (1985) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009)



Si l'on peut être amené à penser que ces deux facteurs sont des pôles opposés d'une même dimension, les affects positifs et les affects négatifs sont en réalité des dimensions très distinctes qui peuvent être représentées comme non corrélées (Watson, Clark & Carey, 1988). Ils peuvent être évalués en tant qu'état, renvoyant aux fluctuations transitoires de l'humeur, ou en tant que

trait représentant des différences individuelles stables dans le temps (Watson, Clark & Carey, 1988). L'affect négatif est un facteur général de détresse subjective qui comprend un vaste répertoire d'états d'humeurs négatifs et notamment la peur, l'anxiété, l'hostilité, le mépris et le dégoût. Les humeurs dépressives telles que la tristesse et la solitude rejoignent l'état affectif négatif sur le plan factoriel (Watson, Clark & Carey, 1988). L'affectivité négative est une disposition large et généralisée à éprouver des émotions négatives qui a des influences sur la cognition, le concept de soi et la vision du monde (Watson & Clark, 1984). La dépression est le mix entre un niveau élevé d'affect négatif et un niveau bas d'affect positif (Watson, Clark & Carey, 1988). L'affectivité positive est une disposition qui renvoie à un niveau d'engagement agréable avec l'environnement (Watson, Clark & Carey, 1988). L'affect positif reflète l'enthousiasme, un bon niveau d'énergie, de la vivacité d'esprit, de l'intérêt, de la joie et de la détermination (Watson, Clark & Carey, 1988). L'affectivité positive correspond à une prédisposition à l'expérience émotionnelle positive qui renvoie à un bien-être généralisé (Watson, Clark & Carey, 1988). Si, pour Bradburn (1969), le bonheur est une prévalence des affects positifs sur les affects négatifs, pour Diener, Oishi et Lucas (2003), il peut se définir comme étant un équilibre approprié entre les affects positifs et les affects négatifs. Bradburn et Caplovitz (1965) suggèrent que les affects positifs et les affects négatifs sont deux facteurs indépendants et qu'ils doivent être mesurés séparément. Diener, Smith et Fujita (1995) ont montré que les affects positifs et les affects négatifs sont corrélés de manière inverse et modérée, mais qu'ils sont clairement distincts. Larsen et Diener (1992) proposent un modèle circumplex contenant comme le modèle de Russell (Russell, 1980), deux dimensions bipolaires renvoyant à la valence et à l'activation.

Figure 2.6. Modèle circumplex de Larsen et Diener (1992) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009)



En s'appuyant sur les principales caractéristiques des travaux de Green et ses collaborateurs (1993), Tellegen et ses collaborateurs (1994), Feldman (1995), Lang et ses collaborateurs (1993), Reisenzein (1994), Russell (1980) et Thayer (1989) d'une part, et sur le modèle de Larsen et Diener (1992) d'autre part, Feldman Barrett et Russell (1998) ont exploré une structure sémantique de l'affect avec plusieurs critères ; les termes utilisés sont supposés opposés et bipolaires, et représentent la gamme complète des termes agréables et désagréables tout en prenant en compte la notion d'activation.

Figure 2.7. Le cercle intérieur correspond à une carte de l'affect tandis que le cercle extérieur situe plusieurs épisodes émotionnels prototypiques (Feldman Barrett et Russell, 1998) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009)

Conclusion

Depuis les premières réflexions philosophiques, l'affect est considéré comme une dimension essentielle si ce n'est la plus importante de l'activité mentale (Panksepp, 2012) : il est l'expression de l'âme et de la vie chez les êtres humains. Il intègre à la fois le ressenti émotionnel global relevant de l'humeur, des émotions plus épisodiques et le stress (Gross, 2015). Plusieurs recherches ont démontré la structure bi-factorielle de la composante affective de la santé mentale avec d'une part les affects positifs et d'autre part les affects négatifs, facteurs considérés comme clairement distincts. L'affect négatif implique un vaste répertoire d'états d'humeur négatifs et notamment la peur, l'anxiété, l'hostilité, le mépris et le dégoût ainsi que les états d'humeur dépressifs tels que la tristesse et la solitude, la dépression étant aussi associée à un niveau bas d'affect positif (Watson, Clark & Carey, 1988). Toutefois, il n'en demeure pas moins que les émotions négatives ainsi que le stress ont aussi une fonction adaptative à l'environnement (Fredrickson, 1998 ; Frijda, 1986 ; Seyle, 1936). L'affect positif reflète l'enthousiasme, un bon niveau d'énergie, de la vivacité d'esprit, de l'intérêt, de la joie et de la détermination et renvoie au bonheur qui se définit comme la prévalence des affects positifs sur les affects négatifs (Bradburn, 1969). Pour plusieurs chercheurs (Watson & Clark, 1984), on peut parler de l'affect sous forme d'état ou de trait, l'état fait référence au momentané tandis que le trait correspond à une forme dispositionnelle de l'affect, impliquant ainsi l'idée d'une disposition au bonheur ou à la dépression. La balance entre les affects positifs et les affects négatifs renvoie à la définition de la santé mentale donnée par l'OMS qui implique un état de bien-être (OMS, 2005), l'affectivité négative étant notamment considérée comme un trait de personnalité pathologique dans le DSM-5. La structure bi-factorielle de la dimension affective, c'est-à-dire la distinction faite entre affect positif et affect négatif, reflète inévitablement celle faite entre santé mentale positive et santé mentale négative. Plusieurs recherches, notamment de Scherer (2000) sur les émotions et de Lazarus et Folkman (1984) sur le stress, mettent en lumière le rôle de l'évaluation cognitive dans la relation entre la personne et son environnement ainsi que son lien avec les affects.

Chapitre III. La subjectivité dans la santé mentale

Introduction

La santé mentale est un état complet qui comprend l'absence de symptôme négatif de maladie mentale et la présence d'un niveau de bien-être subjectif élevé (Greenspoon & Saklofske, 2001 ; Suldo & Shaffer, 2008 ; Doll, 2008). Cependant certains chercheurs (Wang, Zhang & Wang, 2011) suggèrent d'y intégrer d'autres indicateurs positifs que la satisfaction de vie, ou de remplacer cette dernière par un autre indicateur relatif à la cognition positive comme l'optimisme.

Si nous intégrons la cognition positive, ne serait-il pas aussi nécessaire de prendre en compte la cognition négative comme indicateur de la maladie mentale ? La positivité est un mode de pensée et de faire face à la réalité qui influence la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives et il devrait en être de même pour la négativité. La notion de subjectivité dans la santé mentale a été mise en lumière par Diener (1984) qui propose le modèle du bien-être subjectif. Son approche suggère ainsi que l'on doit prendre en compte la dimension cognitive en plus de la dimension affective dans l'évaluation de la santé mentale positive, les différences individuelles dans le bien-être subjectif étant notamment la conséquence de différences dans la manière dont les gens pensent le monde.

Comme pour la dimension affective, nous pouvons faire la distinction entre la cognition-état qui peut être propre à la situation et la cognition-trait qui renvoie à un mode durable d'évaluation de la personne. Les pensées peuvent varier selon les domaines, les moments, les situations, elles peuvent être positives ou négatives. Pourrait-on ainsi les évaluer sur l'ensemble des plans de la vie ? Vis-à-vis de soi ? Des autres ? Du passé ? Du présent ? Du futur ? Dans l'action ? Face aux problèmes ? Comme pour les pensées, devrait-on aussi mesurer les affects sur l'ensemble des plans de vie ? Effectivement, les pensées comme les affects, qui peuvent relever d'une tendance dispositionnelle, peuvent aussi être situationnelles. Elles renvoient à la perception subjective de la personne, c'est-à-dire à un point de vue, à une impression, une interprétation, un ressenti amenant un bien-être ou un mal-être subjectif.

3.1 Subjectivité mentale : cognition et affect

Diener, en 1984, présente le modèle du bien-être subjectif composé de trois dimensions : l'affect positif, l'affect négatif et la satisfaction de vie. Shin et Johnson (1978) définissent la satisfaction de vie comme « *l'évaluation globale de la qualité de vie de la personne en accord avec les critères qu'elle a choisis* » (p. 478) alors que le bonheur, selon Bradburn (1969), est une prévalence des affects positifs sur les affects négatifs. Pour Diener et ses collaborateurs (1985), l'évaluation de la satisfaction de vie est pertinente et importante, car elle apporte une mesure par la personne elle-même entre l'état actuel de sa vie et son standard personnel, et par conséquent approprié à sa vie, sans que rien ne soit imposé de l'extérieur. C'est la caractéristique principale du modèle de bien-être subjectif qui porte son regard sur une évaluation dont l'origine est la personne sans qu'il y ait de critères d'évaluation provenant des chercheurs et donnant ainsi à chaque personne la liberté de déterminer ce qui est une bonne vie (Diener, 1984). Andrews et Withey (1976) ont montré que la satisfaction de vie était distincte de la plupart des affects, qu'ils soient positifs ou négatifs. Lucas, Diener et Suh, (1996) ont confirmé à de nombreuses reprises la structure en trois facteurs : la satisfaction de vie, affect positif et affect négatif.

Selon Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985), le modèle du bien-être subjectif est constitué de deux composants : (1) l'aspect affectif et émotionnel (Affect positif/Affect négatif), (2) l'aspect cognitif évaluatif (satisfaction de vie). Le bien-être subjectif a trois principales caractéristiques : (1) il est subjectif, (2) il intègre des dimensions positives (il n'est pas seulement l'absence de facteur négatif), (3) il implique une évaluation globale de tous les aspects de la vie d'une personne. La notion de subjectivité intègre ainsi à la fois la dimension cognitive ainsi que la dimension affective de la santé mentale. C'est une caractéristique essentielle de la santé mentale et que ce soit à travers le mal-être ou le bien-être, l'affect et la cognition sont les dimensions qui représentent la vie psychologique de l'individu. La cognition et l'émotion peuvent amener à la formation de structures affectives cognitives (Izard & Buechler, 1980).

3.2 De la cognition vers l'émotion : la théorie de l'évaluation cognitive

Arnold, en 1960, postula que l'évaluation cognitive déclenche l'émotion et différencie qualitativement les émotions (Ellsworth & Scherer, 2003). Un peu plus tard, Lazarus (1966) soutient que les émotions résultent d'une transaction entre la personne et son environnement dans des situations stressantes. Lazarus et Folkman (1984) définissent l'évaluation cognitive comme un « *processus de catégorisation des événements et de leurs multiples facettes au regard de leur signification pour le bien-être* » (p.19). L'individu évalue doublement la situation à travers une évaluation primaire de la situation en perte, en défi ou en menace en rapport avec le bien-être de la personne, ainsi qu'une évaluation secondaire des ressources qu'il possède dans l'optique de faire face à la situation (Lazarus & Folkman, 1984). L'évaluation primaire est particulièrement en lien avec l'intensité et la valence de l'émotion tandis que l'évaluation secondaire permet de différencier davantage les émotions que l'évaluation primaire (Lazarus, 1991). La qualité et l'intensité de l'émotion sont la conséquence de l'évaluation subjective faite par la personne (Folkman & Lazarus, 1985 ; Levine, 1996 ; Smith & Ellsworth, 1987 ; Ellsworth & Smith, 1988 ; Scherer, 1993 ; Smith & Lazarus, 1993) et non de la situation elle-même (Roseman, 1984). L'évaluation subjective concerne la satisfaction ou l'insatisfaction des buts (Frijda, 1986, 2007) correspondant aux besoins de l'individu, attachements, valeurs, objectifs et croyances actuelles (Frijda, 2007 ; Lazarus, 1991 ; Scherer, 2004). Ces recherches mettent en évidence le rôle prépondérant de la signification personnelle dans le déclenchement de l'émotion (Garcia-Prieto, Tran & Wranik, 2005). Ainsi, en se référant aux résultats obtenus à une étude expérimentale, Siemer et ses collaborateurs (2007) montrent que les réactions émotionnelles d'une personne pourraient être prédites par ses profils d'évaluation spécifiques. Chaque émotion est le résultat d'un patron particulier d'évaluation (Arnold, 1960 ; Frijda, 1986 ; Lazarus, 1991 ; Roseman, 1984 ; Scherer, 1984 ; Smith & Ellsworth, 1985). Les patrons particuliers d'évaluations sont considérés comme universels (Smith & Lazarus, 1990 ; Mauro & al, 1992 ; Roseman & al, 1995 ; Scherer, 1997). Lorsque les attentes envers le futur sont favorables, le sujet ressent des sentiments positifs tels que l'enthousiasme, l'espoir, l'excitation, la joie ou l'exaltation tandis que lorsque les attentes sont défavorables, il éprouve des sentiments négatifs tels que l'anxiété, la dysphorie ou le désespoir (Carver & Scheier, 1990). Higgins (1987) recense deux types de situations négatives associées aux émotions négatives : l'absence

de résultats positifs (réels ou attendus) liés à des émotions d'abattement tels que l'insatisfaction, la déception, la tristesse (Jacobs, 1971 ; Lazarus, 1968 ; Mowrer, 1960 ; Roseman, 1984 ; Stein & Jewett, 1982) et la présence de résultats négatifs (réels ou attendus) liés à des émotions d'agitation comme la peur, la menace et la nervosité. La présence de résultats positifs est liée à des émotions positives telles que le sentiment d'être heureux et satisfait et l'absence de résultats négatifs est associée au calme et à la sécurité.

Plusieurs théories d'évaluation cognitive ont émergé dans les années 1980 (Frijda, 1986 ; Roseman, 1984, 1991 ; Scherer, 1984 ; Smith & Ellsworth, 1985) et les critères d'évaluation cognitive diffèrent d'une théorie à l'autre. Ellsworth et Scherer (2003) ont répertorié les différents modèles d'évaluations cognitives selon les quatre critères du processus d'évaluation séquentielle.

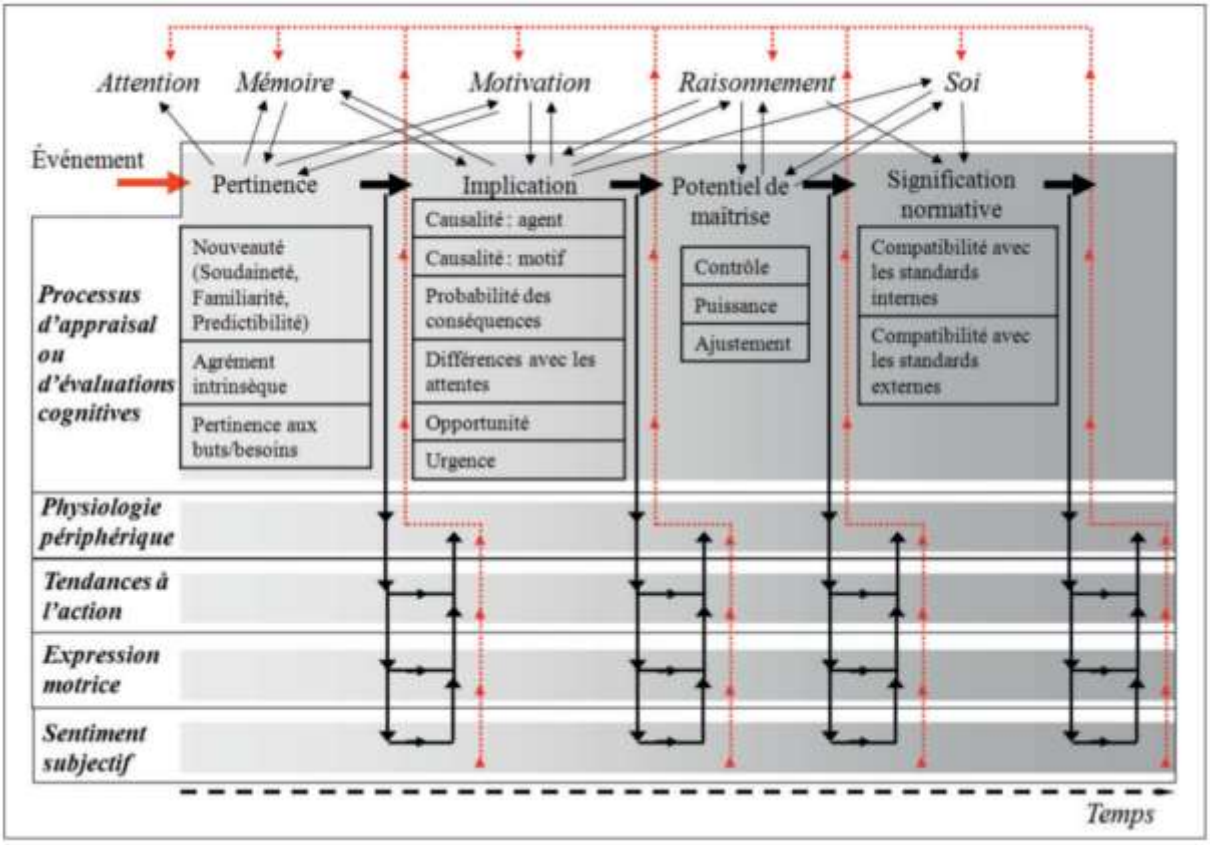
Tableau 3.1. Comparaison des modèles d'évaluation cognitive (Ellsworth & Scherer, 2003), adaptée en français par Garcia-Prieto, Tran et Wranik (2005)

Roseman (1984)	Smith & Ellsworth (1985)	Frijda (1986)	Scherer (2001)
			Pertinence
	Attention	Changement / Familiarité	Nouveauté Soudaineté Familiarité Prédictabilité
	Agrément	Valence	Agrément intrinsèque
			Implication
Approche/évitement	Importance	Focalité	Opportunité ou menace pour les besoins, intérêts et buts
Certitude	Certitude	Certitude	Certitude Adéquation avec les attentes
Causalité	Causalité	Intentionnalité / soi-autrui	Causalité /agence et responsabilité
			Potentiel de maîtrise
			Contrôle Puissance Ajustement
			Signification normative
	Légitimité	Valeurs	Compatibilité avec les normes internes externes

Selon certaines théories, l'ordre des évaluations spécifiques peut être considéré comme flexible (Smith & Lazarus, 1993), en partie flexible et en partie fixe (Ellsworth, 1991) ou fixe (Scherer, 1987 ; 2001). L'évaluation de la pertinence du stimulus devrait précéder l'évaluation de l'opportunité du stimulus en fonction des buts et besoins de la personne (Ellsworth, 1991 ; Scherer, 1987 ; 2001). Ainsi, l'attention émotionnelle serait notamment guidée par l'évaluation de la pertinence (Pool & al., 2016).

Scherer (2001) suggère un modèle de description du processus émotionnel en cinq sous-systèmes : (1) perceptivo-cognitif : les pensées induites par la situation, (2) neurophysiologique : les changements biologiques, (3) motivationnel : la prédisposition à l'action (4) moteur : le changement des expressions et des comportements, (5) moniteur : l'expérience émotionnellement. L'émotion serait un processus d'évaluation d'un événement provoquant une modification des sous-systèmes de manière synchronisée. Scherer (1984, 1999, 2001) présente le modèle des processus en composantes qui suggère que l'émotion est déclenchée après un processus subjectif d'évaluation séquentielle, modèle de prédiction de la signification de l'évaluation d'un stimulus-événement. La première catégorie correspond à l'évaluation de la pertinence du stimulus qui incorpore trois types d'évaluation cognitive : la nouveauté, l'agrément intrinsèque et la pertinence par rapport au but et besoins personnels. La deuxième catégorie d'évaluations correspond à l'implication de conséquences possibles de la situation pour la personne. Plusieurs types d'évaluations y sont incluses : l'attribution de la cause du stimulus, l'évaluation des conséquences probables du stimulus, les différences entre l'évaluation du stimulus et les attentes, l'évaluation de l'opportunité du stimulus ainsi que de l'état d'urgence de la situation selon les buts et besoins de la personne. La troisième catégorie d'évaluations correspond au potentiel de maîtrise de la situation (coping) qui comprend trois types d'évaluations cognitives : l'évaluation de contrôle (du stimulus et des conséquences), l'évaluation de puissance (sur la situation) et l'évaluation de l'ajustement. La quatrième catégorie d'évaluations fait référence à l'évaluation de la signification normative du stimulus, de la compatibilité avec les standards internes (valeurs individuelles) et de la compatibilité avec les standards externes (normes sociales).

Figure 3.2. Le modèle des processus en composantes (Sander, Grandjean & Scherer, 2005) adapté en français par Grandjean et Scherer (2014)



3.3 De l'affect vers la cognition

D'autres chercheurs pensent que les sentiments précèdent les processus cognitifs (Ittelson, 1973 ; Izard, 1977 ; Zajonc, 1980). L'affect initial est considéré comme une réponse générale à "l'ambiance" de l'environnement (Ittelson, 1973, p. 16), les réactions affectives ne dépendant pas nécessairement de la cognition (Zajonc, 1980). La première étape de la réponse aux stimuli relève d'affects globaux et généralisés liés aux préférences induisant un comportement d'évitement ou d'approche. Ainsi, "*on peut aimer quelque chose ou en avoir peur*" avant d'en donner une signification (Zajonc, 1980, p. 145). La réponse affective initiale structure et influence le processus cognitif qui suit (Zajonc, 1980 ; Izard, 1977).

3.4 Description de la subjectivité de la santé mentale : Balance entre positif et négatif

La négativité est considérée comme le facteur latent de la dépression alors que la positivité est le facteur latent du bonheur. Ainsi, la cognition négative est liée de manière importante à l'affect négatif tandis que la cognition positive est en relation de manière significative avec l'affect positif. Si, le bonheur est une prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs, la dépression relève d'un niveau d'affect négatif élevé combiné à un niveau d'affect positif faible. Plus le niveau d'affect positif est élevé et le niveau d'affect négatif bas, plus on s'approche du bonheur. Inversement, plus le niveau d'affect négatif est élevé et le niveau d'affect positif bas, plus on s'approche du mal-être. Cette balance entre les affects positifs et les affects négatifs permet d'évaluer ainsi le degré de santé mentale sur le plan de l'affect. Il en est de même pour la dimension cognitive où le bonheur correspond à une prévalence des cognitions positives sur les cognitions négatives de manière fonctionnelle et adaptative, tandis que le mal-être renvoie à une prévalence des cognitions négatives sur les cognitions positives de manière dysfonctionnelle et inadaptative. La balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives peut aussi permettre d'évaluer le degré de santé mentale sur le plan cognitif. Le traitement cognitif dit fonctionnel est flexible, c'est-à-dire qu'il implique des croyances fondamentales pouvant être remises en cause, des pensées plus volontaires qu'automatiques, des distorsions peu présentes ou absentes ainsi qu'un contenu cognitif diversifié (Beck, 1967, 1976 ; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Conclusion

Diener (1984) suggéra de prendre en compte la notion de subjectivité dans la modélisation du bien-être et par conséquent dans la santé mentale, modèle où la subjectivité est constituée de l'aspect affectif et émotionnel et de l'aspect cognitif évaluatif. La dimension cognitive et la dimension affective entretiennent une relation essentielle, constituant la subjectivité individuelle, celle-ci pouvant être décrite comme adaptée ou inadaptée à la réalité. Adaptée lorsque cette subjectivité contribue de manière positive à la santé mentale, inadaptée lorsqu'elle influence négativement.

La subjectivité de la santé mentale peut donc être constituée d'une part de la dimension cognitive comprenant les facteurs cognition positive et cognition négative et d'autre part de la dimension affective avec pour facteurs l'affect positif et l'affect négatif. La balance entre cognitions positives et cognitions négatives, affects positifs et affects négatifs peut permettre d'évaluer le degré de santé mentale d'une personne à travers sa subjectivité. La subjectivité de la santé mentale positive correspond à une prévalence des cognitions positives et des affects positifs sur les cognitions négatives et les affects négatifs, de manière fonctionnelle et adaptative. La subjectivité de la santé mentale négative renvoie à la prévalence des cognitions négatives et des affects négatifs sur les cognitions positives et les affects positifs, de manière dysfonctionnelle et inadaptative.

Si l'on peut mesurer la santé mentale des individus par la balance entre la cognition positive et la cognition négative, entre l'affect positif et l'affect négatif, peut-on en faire de même par la balance entre le comportement positif et le comportement négatif ? La santé mentale est constituée de l'ensemble des dimensions de l'activité mentale à savoir les cognitions, les comportements et les affects, dimensions liées de manière indissociable, les cognitions étant les causes, les comportements et les affects, les conséquences. Dans les interventions en psychologie positive, les activités positives ont pour but de refléter les pensées et les comportements de personnes naturellement heureuses en favorisant des sentiments, des pensées et des comportements positifs, plutôt que de modifier directement les sentiments, pensées et comportements négatifs ou pathologiques (Layous & Lyubomirsky, 2014). Ainsi, la santé mentale positive implique une prévalence des comportements positifs sur les comportements négatifs de manière adaptative tandis que la santé mentale négative renvoie à une prévalence des comportements négatifs/ou l'absence de comportements sur les comportements positifs de manière inadaptative.

Chapitre IV. La perspective développementale et fonctionnelle de la santé mentale positive

Introduction

L'approche eudémonique prétend que pour connaître le bonheur, l'être humain doit s'évertuer à atteindre et à vivre en accord avec le daimon, c'est-à-dire le « vrai soi » (Norton, 1976 ; Waterman, 1993) en gardant l'objectif d'atteindre le meilleur de soi (Ryff & Singer, 2008). Cette théorie est issue de la philosophie hellénique ; elle a été mise en lumière par Aristote et son mouvement de pensée, l'Aristotélisme, qui conçoit le bonheur comme étant « l'activité de l'âme dirigée par la vertu ». L'eudémonisme d'Aristote considère le bonheur comme un principe vers lequel tend chaque être humain en orientant ses actions en vue de l'atteindre (McMahon, 2006). Le daimon renvoie aux « *potentialités de chaque personne, à l'accomplissement de ce qui représente la plus grande réalisation de la vie dont chacun est capable* » (Waterman, 1993, p.678). Cela implique des potentialités communes à tous les êtres humains ainsi que des potentiels uniques pour chaque individu et renvoie au fonctionnement psychologique optimal (Waterman, 1993). L'eudénomie est la réalisation de ces potentiels (réalisation de soi) en accord avec le vrai soi, ce qui permet d'éprouver un sentiment d'expression personnel (Waterman, 1993). Elle est susceptible d'apporter un sens et une direction à sa vie (Waterman, 1993).

La recherche eudémonique du bonheur s'inscrit à travers la théorie sur la satisfaction des besoins psychologiques (Laguardia & Ryan, 2000 ; Ryan & Deci, 2001). Le concept de besoin psychologique a été développé dans des théories du début du XXe siècle telles que les théories sur les instincts (James, 1890 ; McDougall, 1908) et sur les pulsions (Freud, 1915). En 1938, Murray propose la notion de besoins « psychogéniques », les besoins n'étant plus exclusivement conçus comme physiologiques, mais aussi comme psychologiques. Si les besoins psychologiques sont importants dans la vie psychique, quels sont leur rôle et leur place dans le développement et dans le fonctionnement psychologique de la santé mentale ? Pour Maslow (1954), si la frustration d'un besoin fondamental est liée à des troubles mentaux, alors la satisfaction des besoins psychologiques contribue de manière essentielle à la santé mentale. Maslow (1954) suggère que « *de nombreux traits caractéristiques de l'adulte sain sont des conséquences positives de la satisfaction des besoins d'amour pendant l'enfance* » (p.87). La théorie de l'attachement de Bowlby (1958) postule que la satisfaction du besoin de sécurité affective pendant la petite enfance favorise le développement d'une bonne santé mentale.

4.1 Définition du besoin psychologique

Pour Ryan et Deci (2000), « *un besoin basique qui peut être soit physiologique (Hull, 1943) ou psychologique, est un état énergisant qui s'il est satisfait, favorise la santé et le bien être, en revanche s'il n'est pas satisfait, il contribue au mal-être* » (p.74). Si plusieurs auteurs (Murray, 1938 ; Maslow, 1943 ; Ryan, 1995) proposent un modèle des besoins psychologiques, sur quel critère peut-on s'appuyer pour considérer un besoin psychologique comme fondamental ? Baumeister et Leary (1995), à travers leurs travaux sur le besoin d'appartenance, ont élaboré une liste de critères permettant de qualifier un besoin humain comme fondamental.

Tableau 4.1. Liste des critères permettant de qualifier un besoin humain comme fondamental (Baumeister et Leary, 1995)

(1) il produit facilement des effets positifs quand il est satisfait, sauf dans des conditions défavorables il est lié à nos émotions
(2) il oriente des processus cognitifs
(3) il provoque des effets délétères lorsqu'il est menacé
(4) il provoque des comportements orientés dans le but de le satisfaire
(5) il est universel
(6) il ne dérive pas d'autres besoins
(7) il affecte une grande variété de comportements
(8) il a des implications qui vont au-delà d'un bien-être immédiat

La réflexion de Murray (1938) a permis l'émergence de la notion de besoin psychologique tandis les recherches menées par Maslow (1943) ont mis en lumière leur importance dans le développement et le fonctionnement de la santé mentale.

4.2 Les besoins selon Murray

En 1938, Murray développe l'idée de l'existence de besoins « psychogéniques » en suggérant que les besoins ne sont pas exclusivement physiologiques, mais qu'ils sont aussi psychologiques. Il pense que les besoins psychogéniques sont ancrés biologiquement et qu'ils guident les comportements. À partir des planches du « T.A.T » (« Thematic Apperception Test »), Murray (1938) a construit et répertorié une liste des besoins psychologiques.

Tableau 4.2. Liste des besoins psychogénétiques selon Murray (1938) adaptée par Fenouillet (2016, p.89-91)

1. Besoins associés aux actions sur les objets inanimés
Acquisition : obtenir des gains et des possessions
Conservation : collecter, réparer, nettoyer et préserver les objets
Ordre : arranger, organiser, ranger les objets ; être scrupuleusement précis
Possession : Chercher à garder ses objets ; refuser de les donner ou de les prêter ; être économe, avare, parcimonieux
Construction : construire et organiser
2. Besoins d'actions ambitieuses qui peuvent potentiellement être ou devenir prestigieuses
Supériorité : ce besoin est composé, des deux autres suivant, celui d'accomplissement et celui de reconnaissance
Accomplissement : surpasser les obstacles ; exercer toute sa puissance ; vouloir réussir des activités difficiles le plus rapidement possible
Reconnaissance : être enthousiasmé par les louanges et les éloges ; imposer le respect ; afficher avec vantardise ses réussites et ses exploits ; rechercher les distinctions, le prestige social et les honneurs
Exhibition : attirer l'attention des autres ; choquer, exciter, amuser les autres
3. Besoins invoqués pour préserver un statut ou éviter l'humiliation
Évitement : éviter l'humiliation, la honte et le ridicule
Défense : se défendre contre les blâmes et l'adversité
Contrer : défendre ostensiblement son honneur
Préservation : désir de préserver une bonne réputation, d'éviter les critiques, de maintenir une distance psychologique Ce besoin est lui-même constitué de trois autres besoins : évitement, défense, contrer
4. Besoins liés à l'exercice du pouvoir sous une forme où sous une autre
Domination : influence ou contrôle des autres ; persuader, prohiber, dicter
Déférence : admirer et coopérer avec un allié respecté et admirable
Similance : empathie ; imiter ou émuler autrui
Autonomie : résister aux influences ou à la coercition ; défier l'autorité ; rechercher l'indépendance
Contrariété : agir différemment des autres ; être unique ; prendre des orientations non conventionnelles
5. La dimension sadique-masochiste sous-tend les deux besoins de l'ensemble suivant
Aggression : s'attaquer à autrui ; faire du mal, accuser, ridiculiser, punir sévèrement ; sadisme
Soumission : se rendre, abandonner, accepter la punition, s'excuser, se confesser, se déprécier ; masochisme
6. Le besoin suivant est dissocié des précédents car pour Murray il s'agit d'un comportement d'inhibition cherchant principalement l'évitement de la désapprobation publique ou celle des parents.
Évitement des blâmes : éviter les remontrances, l'ostracisme, les punitions en inhibant les impulsions asociales ou non conventionnelles ; se comporter avec rectitude, obéir à la loi
7. Besoins liés à l'affection que se portent les individus les uns aux autres
Affiliation : créer des relations amicales et des associations ; accueillir, joindre, vivre avec les autres ; coopérer et s'entretenir avec les autres ; aimer les autres.
Rejet : snober, rejeter, ignorer autrui ; rester indifférent aux autres ; faire de la discrimination
Materner : s'occuper, aider, protéger autrui ; exprimer sa sympathie avec les autres
Aidance : recherche d'aide, de protection de sympathie ; être dépendant
Ludique : se relâcher, s'amuser, éviter les tensions trop importantes
8. Besoins fréquemment associés dans la vie sociale.
Connaissance : explorer ; poser des questions ; satisfaire sa curiosité ; regarder, inspecter, écouter
Présentation : relater les faits ; démontrer et pointer ; donner des informations, interpréter

4.3 La hiérarchie progressive des besoins fondamentaux

Abraham Maslow (1943) propose une théorie de la motivation qui est une théorie « dynamique générale » sous la forme d'un ordre hiérarchique progressif des besoins fondamentaux à satisfaire : 1) les besoins physiologiques (impliquant la survie des individus), 2) les besoins de sécurité (impliquant une protection contre les différents dangers qui menacent physiquement et psychologiquement), 3) les besoins d'amour et d'appartenance à un groupe, 4) le besoin d'estime (respect, confiance et reconnaissance de soi et d'autrui), 5) le besoin d'accomplissement de soi. En 1970, Maslow propose d'ajouter à sa hiérarchie progressive les besoins cognitifs fondamentaux que sont le besoin de savoir et de compréhension ainsi que le besoin d'esthétisme. Selon Koltko-Rivera (2006), Maslow ajoute le besoin de transcendance de soi au sommet de la hiérarchique progressive des besoins fondamentaux.

Une personne pourrait avoir un degré de satisfaction de 85% pour ses besoins physiologiques, 70% pour ses besoins de sécurité, 50 % pour ses besoins d'amour, 40% pour ses besoins d'estime de soi et 10% pour ses besoins de réalisation de soi. Pour Alderfer (1969), les besoins ne sont pas hiérarchisés, mais sous forme d'un continuum progressif, allant de l'insatisfaction à la satisfaction car l'individu peut chercher à satisfaire plusieurs besoins à la fois, la satisfaction importante d'un besoin pouvant compenser la frustration d'un autre.

Maslow (1943) percoit le désir d'épanouissement personnel comme la tendance de la personne à vouloir devenir actualisée, c'est-à-dire à vouloir devenir ce qu'elle est potentiellement capable d'être. Il s'agit ainsi de la pleine réalisation de son potentiel et la perspective de devenir son vrai moi. Ainsi pour Maslow (1943), la satisfaction des besoins psychologiques permet à l'individu d'être auto-actualisé. Il a répertorié une liste de caractéristiques des personnes auto-actualisées.

Tableau 4.3. Liste des caractéristiques des personnes auto-actualisées répertoriées par Maslow (1954)

1) avoir une perception claire et précise de la réalité
2) être dans une attitude d'acceptation de soi, des autres et de la vie
3) apprécier la beauté de la vie
4) être spontané
5) être davantage concentré sur les problèmes qui vont au-delà de soi-même
6) avoir un fort besoin de vie privée
7) entretenir des relations personnelles profondes avec seulement quelques individus sélectionnés
8) avoir un puissant sentiment de parenté avec les autres êtres humains
9) avoir beaucoup d'humilité et de respect pour les autres
10) avoir un sens moral fort mais des normes éthiques peu conventionnelles
11) se concentrer sur les buts plutôt que sur les moyens
12) être autonome et résister à l'inculturation
13) avoir un sens de l'humour plus intellectuel et de bon sens plutôt qu'agressif
14) être plus créatif
15) se soumettre à des moments cognitivo-émotionnels spéciaux (expériences paroxystiques)

La satisfaction des besoins fondamentaux permet le développement de l'autonomie, de l'indépendance et de l'autodétermination (Maslow, 1970). Plus tard, la recherche sur les besoins psychologiques s'est enrichie de la théorie de l'autodétermination qui permet d'organiser et de mettre en lien la Théorie sur les Besoins Psychologiques (TBF ; Ryan, 1995) avec d'autres théories comme la Théorie de l'Intégration Organismique (TIO ; Deci et Ryan, 1985).

4.4 Les besoins psychologiques de la théorie de l'autodétermination

Selon Laguardia et Ryan (2000), la Théorie de l'Autodétermination (Deci & Ryan, 1985) permet d'expliquer l'idée de réalisation de soi et de déterminer les processus permettant d'y parvenir. L'être humain disposerait d'une tendance naturelle et innée à satisfaire les besoins qui constituent « *une grande partie du sens et des intentions sous-jacents à l'activité humaine* » (Laguardia & Ryan, 2000, p.284). Les individus « *s'engagent activement dans leur environnement parce qu'ils sont fondamentalement motivés à satisfaire leurs besoins psychologiques* » (Vallerand & al, 2019, p.50). En 1995, Ryan répertorie les besoins psychologiques de compétences (White, 1959), d'autonomie (Angyal, 1941 ; deCharms, 1968) et d'appartenance sociale (Harlow, 1958) comme fondamentaux pour la croissance

psychologique, l'intégrité et le bien-être (Laguardia & Ryan, 2000). Les besoins psychologiques de compétence, d'autonomie et d'appartenance sont présents chez chaque individu dans tous les domaines de l'activité humaine (Baard, Deci & Ryan, 1999 ; Ilardi, Leone, Kasser & Ryan, 1993 ; Ryan, Rigby & King, 1993, cités par Laguardia & Ryan, 2000), dans toutes les cultures (Deci, Ryan, Gagne, Leone, Usunov & Kornazheva, 2001 ; Ryan, Chirkov, Little, Sheldon, Timoshina & Deci, 1999, cités par Laguardia & Ryan, 2000) et à chaque stade du développement psychologique (Ryan & La Guardia, 2000).

Le besoin de compétence correspond au besoin des individus à éprouver un sentiment d'efficacité et de contrôle sur leurs environnements (Deci, 1975 ; Harter, 1978 ; White, 1959), ce qui incite à explorer et relever des défis (Laguardia & Ryan, 2000). Lorsque les buts sont atteints, cela apporte un sentiment de compétence qui contribue à l'estime et à la confiance en soi (Reis et al., 2000 ; Sheldon et al., 1996). Le besoin d'autonomie correspond au besoin qu'ont les individus de sentir qu'ils sont à l'initiative et qu'ils décident de leurs actions, de manière à ce qu'ils soient en congruence avec elles (deCharms, 1968 ; Deci & Ryan, 1985 ; Laguardia & Ryan, 2000). Le besoin d'appartenance renvoie au sentiment d'aimer, d'être lié aux autres ainsi que d'être aimé (Deci, 1995 ; La Guardiã & al., 2000).

D'après Hodgins, Koestner et Duncan (1996), en considérant l'autonomie comme la liberté d'agir à partir de sa propre décision, la satisfaction du besoin d'autonomie permet des interactions plus positives, ouvertes et honnêtes. Les besoins d'autonomie et d'appartenance sont liés entre eux de manière à ce que lorsque l'un est satisfait, cela augmente les chances de satisfaire l'autre besoin (Hodgins, Koestner & Duncan, 1996). La satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux conduit à la congruence interne (Sheldon & Elliot, 1999 cité par Laguardia & Ryan, 2000) et à l'intégration psychologique (Deci & Ryan, 1991 cité par Laguardia & Ryan, 2000). Ainsi, « *tous les individus ont une tendance innée et naturelle à développer un soi de plus en plus élaboré et unifié* » (Sheldon & Kasser, 2001 cité par Vallerand et al, 2019, p.50).

4.5 Le bien-être psychologique

Ryff (1989) a réalisé une revue de littérature approfondie sur le fonctionnement psychologique positif de l'être humain en s'appuyant sur : (1) les théories du développement humain (Erikson, 1959 ; Buhler, 1935 ; Buhler & Massarik, 1968 ; Neugarten, 1968, 1973) ; (2) les théories cliniques sur la croissance personnelle (Maslow, 1968 ; Rogers, 1961 ; Jung, 1933 ; Von Franz, 1964 ; Allport, 1961), (3) les critères de la santé mentale positive de Jahoda (1958). Elle présente un modèle multidimensionnel du bien-être psychologique composé de 6 dimensions : l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement (ou compétence), le but (ou sens) dans la vie, la croissance personnelle.

Tableau 4.4. Modèle multidimensionnel du bien-être psychologique de Ryff (1989)

Acceptation de soi Avoir une attitude positive envers soi-même, de reconnaissance et d'acceptation des multiples aspects de soi tant sur le plan des qualités que des défauts, et de se sentir bien par rapport au passé
Relations positives avec autrui Avoir des relations chaleureuses, satisfaisantes et de confiance avec les autres, être préoccupé par le bien-être des autres ainsi que d'être capable d'empathie, d'affection et d'intimité
Autonomie Autodétermination et indépendance, capacité de résister aux pressions sociales pour réfléchir et agir, de réguler ses comportements à partir de lui-même et s'auto-évaluer par rapport à des standards personnels
Maîtrise de l'environnement Sentiment de maîtrise et de compétence dans la gestion de l'environnement, de contrôle dans la responsabilité des activités quotidiennes, d'utiliser efficacement les opportunités de l'environnement
Sens de la vie Avoir des buts et le sentiment que sa vie a une direction et un sens, sentiment que le présent et le passé ont un sens, avoir des croyances qui donnent un sens à la vie, avoir des buts et des objectifs pour la vie
Croissance personnelle Sentiment de continuité dans son développement en tant que personne, de se voir en croissance et en expansion, être ouvert à de nouvelles expériences, avoir le sentiment de réaliser son potentiel, observer l'amélioration de sa personne et de ses comportements au fur et à mesure, changer d'une manière cohérente avec la connaissance de soi en étant plus efficace

4.6 Le fonctionnement psychologique négatif : frustration des besoins psychologiques

Si les besoins psychologiques sont des besoins biologiques (Murray, 1938), lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, ils contribuent au mal-être (Ryan & Deci, 2000a). Par exemple, l'insatisfaction des besoins psychologiques d'autonomie et de compétence peut prédire une dépression (Deci & Ryan, 2000 ; Blazer, Sachs-Ericsson & Hybels, 2007). Lorsque deux besoins entrent en conflit, cela peut entraîner une certaine tension interne, de la dissociation ou d'autres psychopathologies (Ryan, Deci & Grolnick, 1995). Young (1990, 1999) propose une thérapie des schémas, soutenant que les symptômes de santé mentale négative se traduisent par des schémas inadaptés qui « *sont la conséquence de besoins affectifs fondamentaux qui n'ont pas été comblés au cours de l'enfance* » (Young et al., 2003, p.37). Le schéma est « *un programme cognitif qui intervient comme guide dans l'interprétation de l'information et la résolution de problèmes* » (Young et al., 2003, p.33-34) qui s'explique par l'intermédiaire des besoins affectifs fondamentaux : la sécurité liée à l'attachement aux autres, l'autonomie, la compétence et le sens de l'identité, la liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions, la spontanéité et le jeu, les limites et l'autocontrôle. Pour Young et ses collaborateurs (2003), les schémas se développent dès le début de la vie et résulteraient de plusieurs facteurs tels que la relation d'attachement aux personnes proches, l'interaction avec les autres du même âge, la culture et le tempérament. Ils ont répertorié un ensemble de critères déterminants les schémas précoces : (1) thème important et envahissant, (2) composé de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles, (3) se référant à soi-même et à ses relations avec les autres, (4) développé pendant l'enfance ou l'adolescence, (5) élaboré tout au long de la vie, (6) dysfonctionnel à un degré significatif. C'est ce dernier critère qui permettrait de différencier un schéma inadapté d'un schéma adapté. Les schémas inadaptés ou dysfonctionnels sont déclenchés lorsque les individus « *perçoivent inconsciemment comme identiques* » des « *événements traumatiques de leur enfance* » (Young et al. 2003, p. 35). Ils correspondent à des modèles de réactions amenant une réponse comportementale en fonction de la situation (Young et al., 2003). Young répertorie 18 schémas inadaptés en fonction des cinq besoins psychologiques.

Tableau 4.5. Liste des 18 schémas inadaptés selon les cinq besoins psychologiques de Young & collaborateurs (2003)

Domaine séparations et rejets Besoin de sécurité liée à l'attachement aux autres *Les personnes sont incapable d'avoir des liens sécurisant et satisfaisant avec les autres*
Abandon/instabilité : perception du manque de stabilité et de fiabilité dans la relation avec les personnes importantes de son entourage. Méfiance/abus : attente que les autres fassent soufrir, maltraite, mentent, triche et profite de soi. Carence affective : certitude que les autres n'apporteront pas le soutien affectif dont la personne a besoin. Imperfection et honte : sentiment d'être imparfait, mauvais, inférieur ou incapable. Isolement social : sentiment d'être isolé, différent des autres et/ou de ne pas faire partie d'un groupe.
Domaine de manque d' autonomie et de performance Besoin d' autonomie, de compétence et d'identité *Les personnes sont incapable de se forger une identité propre et créer leur propre vie, de se fixer des objectifs personnels et de maitriser les habilités nécessaires*
Dépendance/incompétence : sentiment d'incapacité à faire face aux responsabilités de la vie quotidienne sans l'aide des autres. Peur du danger ou de la maladie : peur exagérée d'une catastrophe à laquelle on ne peut faire face. Fusionnement ou personnalité atrophiée : attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, au détriment d'une adaptation sociale normale et individualisation accomplie. Echec : croyance qu'on a échoué, qu'à l'avenir on échouera et qu'on est incapable de réussir aussi bien que les autres.
Domaine de manque de limites Besoin de limites et d'autocontrôle *Les personnes manquent de limites internes, de responsabilité envers les autres ou de l'incapacité à soutenir des buts à long terme*
Droits personnels exagérés/grandeur : affirmation que l'on est supérieur aux autres et que par conséquent on a des droits spéciaux et privilèges. Contrôle de soi et autodiscipline insuffisante : incapacité ou refus d'un autocontrôle suffisant.
Domaine orientation vers les autres Besoin d'exprimer ses besoins et émotions librement *Les personnes accordent une importance excessive aux besoins des autres, au détriment de leurs propres besoins*
Assujettissement : soumission execessive au contôle des autres au niveau des besoins et de l'expresssion de ses émotions. Abnégation : souci de combler les besoins des autres avant les siens ce qui peut engendrer un ressentiment envers les autres. Recherche d'approbation et reconnaissance : besoin excessif d'attention, d'estime et de l'approbation des autres au détriment de l'authenticité.
Domaine de survigilance et d'inhibition Besoin de spontanéité et de jeu *Les personnes répriment l'expression spontanée des sentiments et impulsions. Contrôle exagéré des réactions, des sentiments et des choix*
Négativité/pessimisme : centré sur les aspects négatifs de la vie et minimise les aspects positifs. Surcontrôle Émotionnel : contrôle excessif des réactions spontanées afin d'éviter la perte du contrôle des impulsions ou la désapprobation d'autrui. Idéaux Exigeants/Critique Excessive : croyance de devoir atteindre et de maintenir un niveau de perfection très élevé. Tension constante et critique permanente de soi-même et des autres. Punition : tendance à se montrer intolérant, très critique, impatient et à « punir » les autres et soi-même s'ils n'atteignent pas le niveau de perfection exigé.

Conclusion

« *L'eudémonisme recherche précisément ce qui est fondamentalement bon pour la nature humaine et les besoins psychologiques qui stimulent le développement de l'humain et dont la satisfaction procure l'éveil et la vitalité* » (Laguardia & Ryan, 2000, p. 284). La satisfaction des besoins psychologiques est essentielle à chaque stade du développement psychologique (Ryan & La Guardia, 2000) dans tous les domaines de l'activité humaine (Baard, Deci & Ryan, 1999 ; Ilardi, Leone, Kasser & Ryan, 1993 ; Ryan, Rigby & King, 1993 cités par Laguardia & Ryan, 2000). Ils s'inscrivent ainsi dans l'approche eudémoniste du bonheur, c'est-à-dire dans la perspective du développement de la personne en accord avec le « vrai soi » (Norton, 1976 ; Waterman, 1993) pour atteindre le meilleur de soi (Ryff & Singer, 2008). Plusieurs chercheurs (Maslow, 1954 ; Ryan & Deci, 2000a ; Young et al., 2003) mettent en lumière le lien entre frustration des besoins psychologiques et santé mentale négative ainsi que la relation entre la satisfaction des besoins psychologiques et la santé mentale positive. Ainsi, un individu sain « *est une personne qui arrive à combler ses besoins affectifs fondamentaux* » (Young et al., 2003, p.37) en s'appuyant sur des comportements positifs (Baumeister & Leary, 1995). Les besoins psychologiques renvoient au fonctionnement psychologique positif de la santé mentale positive notamment à travers le modèle multidimensionnel du bien-être psychologique de Ryff (1989) et de l'épanouissement de Diener et ses collègues (2010). L'insatisfaction et la frustration des besoins psychologiques impliquent un fonctionnement psychologique négatif, par l'intermédiaire de schémas négatifs (Young et al., 2003) amenant des réponses comportementales négatives.

Young et ses collaborateurs (2003) mettent en évidence que, s'il existe des schémas négatifs et des schémas précoces, il existe aussi des schémas positifs ainsi que des schémas tardifs s'articulant notamment avec la satisfaction des besoins psychologiques. Alors que la thérapie des schémas s'appuie sur la notion de besoin psychologique, Fava (1999) propose la thérapie du bien-être, issue de la psychologie positive, qui consiste à favoriser les dimensions du bien-être psychologique de Ryff (1989) que sont l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement, le sens dans la vie et la croissance personnelle.

Chapitre V. Vers une approche intégrative de la modélisation de la santé mentale positive

Introduction

Le bien-être psychologique et le bien-être subjectif s'inscrivent dans deux conceptions philosophiques différentes : l'eudémonisme pour le bien-être psychologique et l'hédonisme pour le bien-être subjectif. Selon l'approche eudémoniste, pour connaître le bonheur, l'être humain doit tout faire pour atteindre et vivre en accord avec le « vrai soi » (Norton, 1976 ; Waterman, 1993) tandis que pour l'approche hédoniste, le bonheur se trouverait dans la maximisation du plaisir et la minimisation du déplaisir (Peterson et al., 2005).

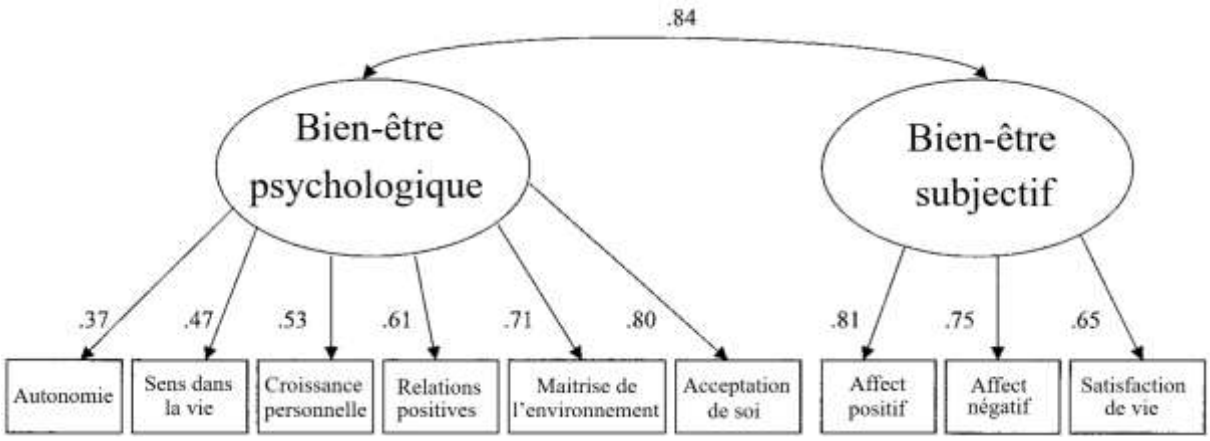
En cherchant à concevoir un outil d'évaluation du fonctionnement psychologique positif de passation rapide, Diener et ses collègues (Flourishing Scale, 2010) proposent de mesurer l'épanouissement en s'appuyant sur les dimensions du bien-être psychologique de Ryff (1989), les besoins psychologiques fondamentaux (Maslow, 1943 ; Ryan & Deci, 2001) ainsi que sur l'optimisme et l'engagement (Brown et al., 2003 ; Csikszentmihalyi, 1990 ; Putnam, 2000 ; Scheier, Carver, & Bridges, 2001 ; Seligman, 2002). Les résultats de l'analyse factorielle soutiennent la présence d'un seul facteur pour les huit items : les relations positives, le but/sens dans la vie, la compétence, l'engagement, les relations sociales, la contribution sociale et deux des dimensions sus-jacentes de la positivité, l'estime de soi (impliquant l'acceptation de soi) et l'optimisme. La positivité permettrait de se développer et s'épanouir (Caprara et al., 2009), en contribuant de manière unique au fonctionnement optimal (Alessandri, Caprara & Tisak, 2012). Elle est aussi le facteur sous-jacent de la satisfaction de vie, qui est la dimension cognitive-évaluative du bien-être subjectif (Diener et al., 1985). Elle peut être considérée comme le facteur dispositionnel général du bien-être subjectif (Kozma, Stone & Stones, 2000).

La positivité chevauche les deux approches théoriques du bien-être, cependant, l'estime de soi est « *au cœur de la positivité car il est peu probable que les personnes puissent être satisfaites de leur vie et d'avoir confiance en l'avenir, à moins qu'ils ne se croient être de valeur* » (Caprara et al., 2017, p.366). L'approche eudémoniste et l'approche hédoniste sont-elles liées ? Distinctes ? La santé mentale positive relève-t-elle d'une structure bi-dimensionnelle ? Ou unidimensionnelle ?

5.1 La structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive

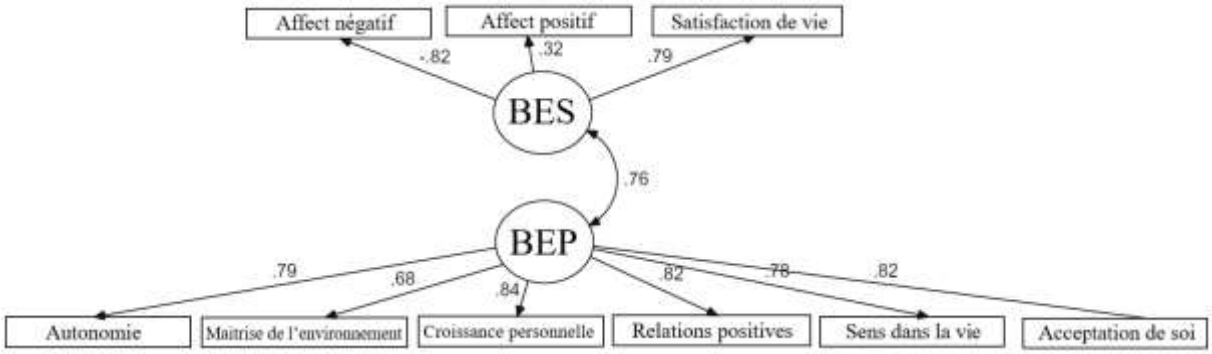
Le modèle du bien-être psychologique de Ryff (1989) se distingue du modèle du bien-être subjectif de Diener (1984) par l'absence de dimension négative. Keyes, Shmotkin et Ryff (2002) ont réalisé une étude auprès d'un échantillon de 3032 adultes américains et ont montré que le bien-être subjectif et le bien-être psychologique sont deux constructions latentes fortement corrélées, mais distinctes. Ils estiment ainsi que le bien-être subjectif et le bien-être psychologique participent de manière séparée à la santé mentale positive.

Figure 5.1. Structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive de l'étude de Keyes, Shmotkin et Ryff (2002)



Linley, Maltby, Wood, Osborne et Hurling (2009) ont examiné la structure du bien-être en réalisant une étude auprès de 2593 personnes vivant au Royaume-Uni. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire auprès de 539 étudiants ainsi que de l'analyse factorielle confirmatoire auprès de 422 adultes confirment la présence de deux facteurs distincts : le bien-être psychologique et le bien-être subjectif. Ces deux facteurs sont présents, quels que soient le sexe, l'âge ou le groupe ethnique d'origine.

Figure 5.2. Structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive de l'étude Linley, Maltby, Wood, Osborne et Hurling (2009)



Note. BES = bien-être subjectif ; BEP = bien-être psychologique

Une autre étude répliquée en Chine par Biaobin et ses collègues (2004) ont montré les mêmes résultats à savoir la distinction entre le bien-être subjectif et le bien-être psychologique.

5.2 Les modèles intégratifs

5.2.1 Le modèle PERMA

Seligman (2002) propose le modèle du bonheur authentique qui décrit le bonheur comme un processus qui intègre 3 dimensions : le plaisir, l'engagement et le sens. Cette approche offre une synthèse des concepts de bien-être hédoniste (subjectif) et bien-être eudémoniste (psychologique). L'approche hédoniste correspond à la recherche du plaisir qui est vécu lorsque nous apprécions une expérience plaisante (Bryant & Veroff, 2007). Toutefois, cette dimension ne suffit pas à expliquer à elle seule la complexité du bonheur, car il s'agit d'une dimension affective et par conséquent fluctuante par nature (Brickman & Campbell, 1971 ; Lyubomirsky, Martin-Krumm & Nelson, 2012). Nous retrouvons ainsi deux autres dimensions que sont l'engagement et le sens (Martin-Krumm et al., 2015). En accord avec l'approche eudémonique d'Aristote, la recherche et le développement du sens dans l'existence de la vie humaine permettent le vrai bonheur. Mais pour Seligman (2002), il existe une troisième orientation vers le bonheur, différente de l'approche hédoniste et de l'approche eudémonique : la recherche de l'engagement qui prend racine dans les travaux sur le flow de Csikszentmihalyi (1990).

Csikszentmihalyi (1975) définit le flow ou l'expérience optimale comme « *un état d'activation optimale dans lequel le sujet est complètement immergé dans l'activité* » (Demontrond et al., 2008, p.10). Il est aussi désigné comme un état modifié de conscience (Nakamura et Csikszentmihalyi, 2002). Si une personne a une vie plaisante, une vie engagée, une vie pleine de sens de manière égale et intense, on peut la qualifier de « vie pleine et entière » (Seligman, 2002). Plus tard, Seligman (2011) estime que son modèle est incomplet et propose un nouveau modèle du bien-être : PERMA. Seligman (2011) ajoute deux dimensions en plus au précédent modèle : les relations positives et l'accomplissement. Les relations positives correspondent au fait de « *se sentir socialement intégré, pris en charge et soutenu par les autres et satisfait de ses liens sociaux* » (Kern et al, 2015, p.263). L'accomplissement renvoie au fait de « *progresser vers les objectifs, se sentir capable de faire des activités quotidiennes et d'avoir un sentiment de réussite* » (Kern et al, 2015, p.263).

5.2.2 Le modèle du continuum de santé mentale

En s'appuyant sur les critères diagnostiques du DSM (DSM, American Psychiatric Association, 1987), Keyes (2002) identifie l'opposé de chaque symptôme de trouble mental et propose que la santé mentale renvoie à la présence combinée de niveaux élevés de symptômes de bien-être émotionnel (Andrews & Withey, 1976), de bien-être psychologique (Ryff, 1989) et de bien-être social (Keyes, 1998).

Tableau 5.4. Classification des symptômes de santé mentale positive selon Keyes (2002)

Bien-être émotionnel
1) l'affect positif : enjoué, intéressé par la vie, de bonne humeur, heureux, calme et paisible, plein de vie 2) la satisfaction de vie : sentiment que l'on a par rapport à sa vie
Bien-être psychologique
1) l'acceptation de soi : attitude positive d'amour et d'acceptation envers la plupart des aspects de soi et de sa personnalité, au passé et au présent 2) la croissance personnelle : comprendre son potentiel et avoir pour défi d'être ou de devenir une meilleure personne 3) le sens dans la vie : avoir des croyances et des objectifs qui donnent le sentiment que sa vie a une direction et un sens 4) la maîtrise de l'environnement : sentiment d'être capable de gérer les responsabilités de la vie 5) l'autonomie : se sentir confiant pour penser et exprimer ses propres idées, opinions et valeurs 6) les relations positives avec les autres : avoir ou être capable d'avoir des relations personnelles chaleureuses et empruntes de confiance avec les autres
Bien-être social
1) la cohérence sociale : pouvoir donner un sens à ce qui se passe dans sa communauté et la société 2) l'acceptation sociale : attitude positive, confiance et vision favorable de la nature humaine tout en reconnaissant et acceptant ses qualités et ses défauts 3) l'actualisation sociale : croire au potentiel de la société tout en lui faisant confiance 4) la contribution sociale : sentiment d'être une personne utile qui contribue à la société 5) l'intégration sociale : sentiment d'appartenance et relation de qualité avec la communauté et la société

5.2.3 L'Enquête Sociale Européenne

Huppert, Marks, Clark, Siegrist, Stutzer, Vittersø et Wahrendorf (2008) ont développé le Questionnaire d'Enquête Social Européen pour mesurer les approches hédonistes (affect) et eudémoniste (faire) du bien-être et du bonheur. Le modèle de Huppert et So (2013) distingue les symptômes de la santé mentale des symptômes de la maladie mentale. Le modèle original de Huppert et ses collaborateurs (2008) est constitué de 18 éléments qui sont classés en quadrants pour différencier ce qui relève d'une part de l'affect (hédonique) et du fonctionnement (eudémonique) et d'autre part du domaine personnel ou interpersonnel.

Tableau 5.5. Classification des symptômes de santé mentale positive selon Huppert, Marks, Clark, Siegrist, Stutzer, Vittersø et Wahrendorf (2008)

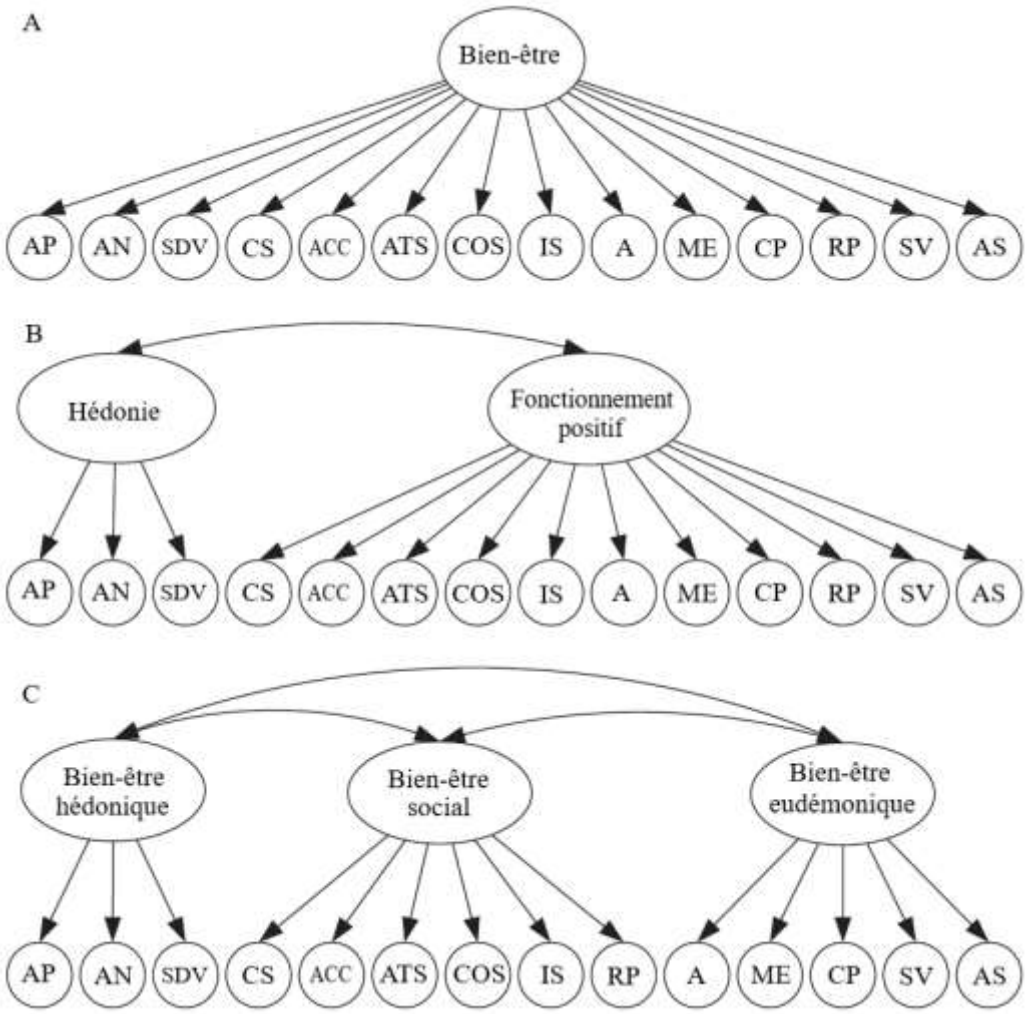
	Personnel	Interpersonnel
Sentiment (avoir, être)	Satisfaction	Appartenance
	Affect positif	Soutien social
	Affect négatif	Reconnaissance sociale
	Optimisme	Progrès sociétal
	Estime de soi	
Fonctionnement (faire)	Autonomie	Engagement social
	Compétence	Bienveillance
	Intérêt pour l'apprentissage	Altruisme
	Orientation sur les objectifs	
	Sens dans la vie	
	Résilience	

Huppert et So (2013) ont proposé une nouvelle liste d'éléments pour identifier les symptômes des troubles mentaux courants (dépressif majeur (DSM-IV), de l'épisode dépressif (ICD-10) et du trouble d'anxiété généralisée) en s'appuyant sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013), ainsi que la Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé, 1993). L'identification d'Huppert et So (2013) a permis de déterminer une liste dix caractéristiques : la compétence, la stabilité émotionnelle, l'engagement, le sens, l'optimisme, les émotions positives, les relations positives, la résilience, l'estime de soi et la vitalité. Ces auteurs (2013) ont réalisé une étude à partir d'un échantillon de 43 000 Européens en ajoutant la satisfaction de la vie (2013) ; l'analyse factorielle exploratoire a mis en évidence la présence de trois facteurs : 1) les caractéristiques positives (la stabilité émotionnelle, la vitalité, l'optimisme, la résilience et l'estime de soi), 2) le fonctionnement positif (l'engagement, la compétence, le sens et les relations positives) et 3) l'évaluation positive (la satisfaction de la vie et l'émotion positive). Pour Hupper (2013), l'épanouissement est l'association entre le fait de « *se sentir bien et de fonctionner efficacement* » (p.838).

5.3 Vers une dimension générale de la santé mentale positive

De récentes recherches démontrent qu'il existe un facteur général du bien-être. Gallagher, Lopez et Preacher (2009) ont réalisé une étude auprès de 591 étudiants qui démontre un modèle hiérarchique théorique du bien-être en 3 niveaux de facteurs possibles : 1) le bien-être global, 2) l'hédonisme et le fonctionnement positif, 3) le bien-être hédoniste, le bien-être social et le bien-être psychologique. Une modification a été faite par rapport au modèle initialement proposé puisque la dimension « relations positives avec les autres » est considérée comme une dimension du bien-être social plutôt que du bien-être eudémonique.

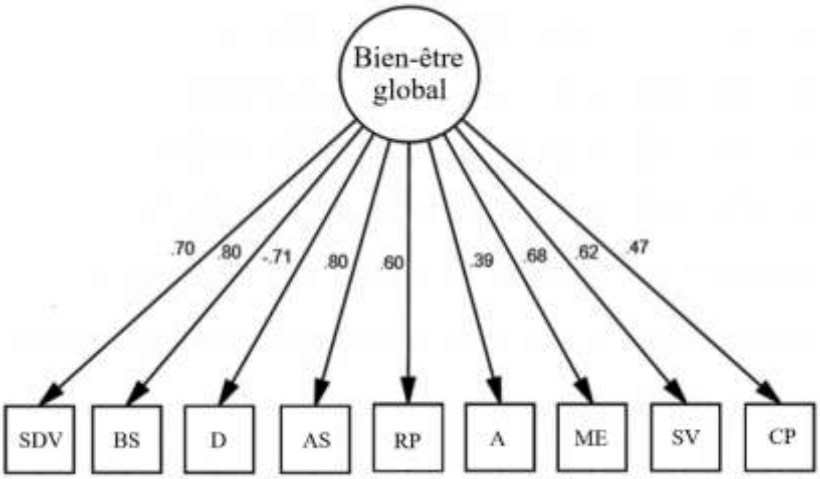
Figure 5.6. Modèle hiérarchique théorique du bien-être de l'étude de Gallagher et ses collègues (2009)



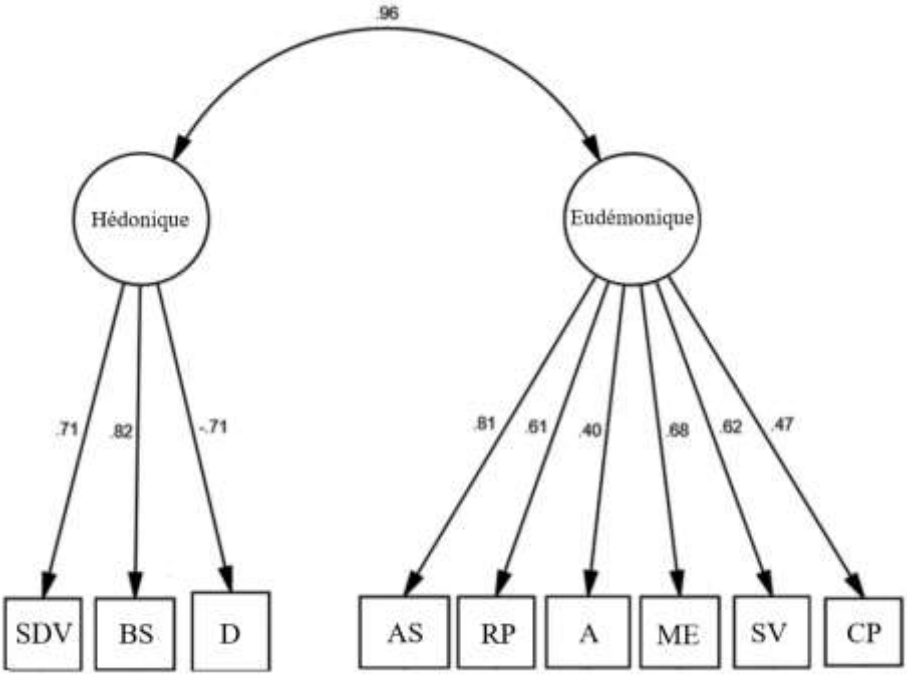
Note. (a) Modèle hiérarchique de la structure du bien-être contenant un facteur de second ordre, (b) Structure hiérarchique du modèle du bien-être contenant deux facteurs de second ordre (l'hédonie et le fonctionnement positif) (c) Structure hiérarchique du modèle de bien-être contenant trois facteurs de second ordre (bien-être hédonique, bien-être social, bien-être eudémonique). AP = Affect positif ; AN = Affect négatif ; SDV = Satisfaction de vie ; CS = Cohérence sociale ; ACC = Acceptation sociale ; ATS = Actualisation sociale ; COS = Contribution sociale ; IS = Intégration sociale ; À = Autonomie ; ME = Maîtrise de l'environnement ; CP = Croissance personnelle ; RP = Relations positives ; SV = Sens dans la vie ; AS = Acceptation de soi

Les résultats d'une étude menée par Disabato, Goodman, Kashdan, Short et Jarden (2016) suggèrent une relation très élevée entre le bien-être hédonique et le bien-être eudémonique (.96), même si on constate une validité discriminante suffisante.

Figure 5.7. Modèles uni-dimensionnel et bi-dimentionnel de la santé mentale positive de l'étude de Disabato, Goodman, Kashdan, Short et Jarden (2016)



Modèle du bien-être à 1 facteur



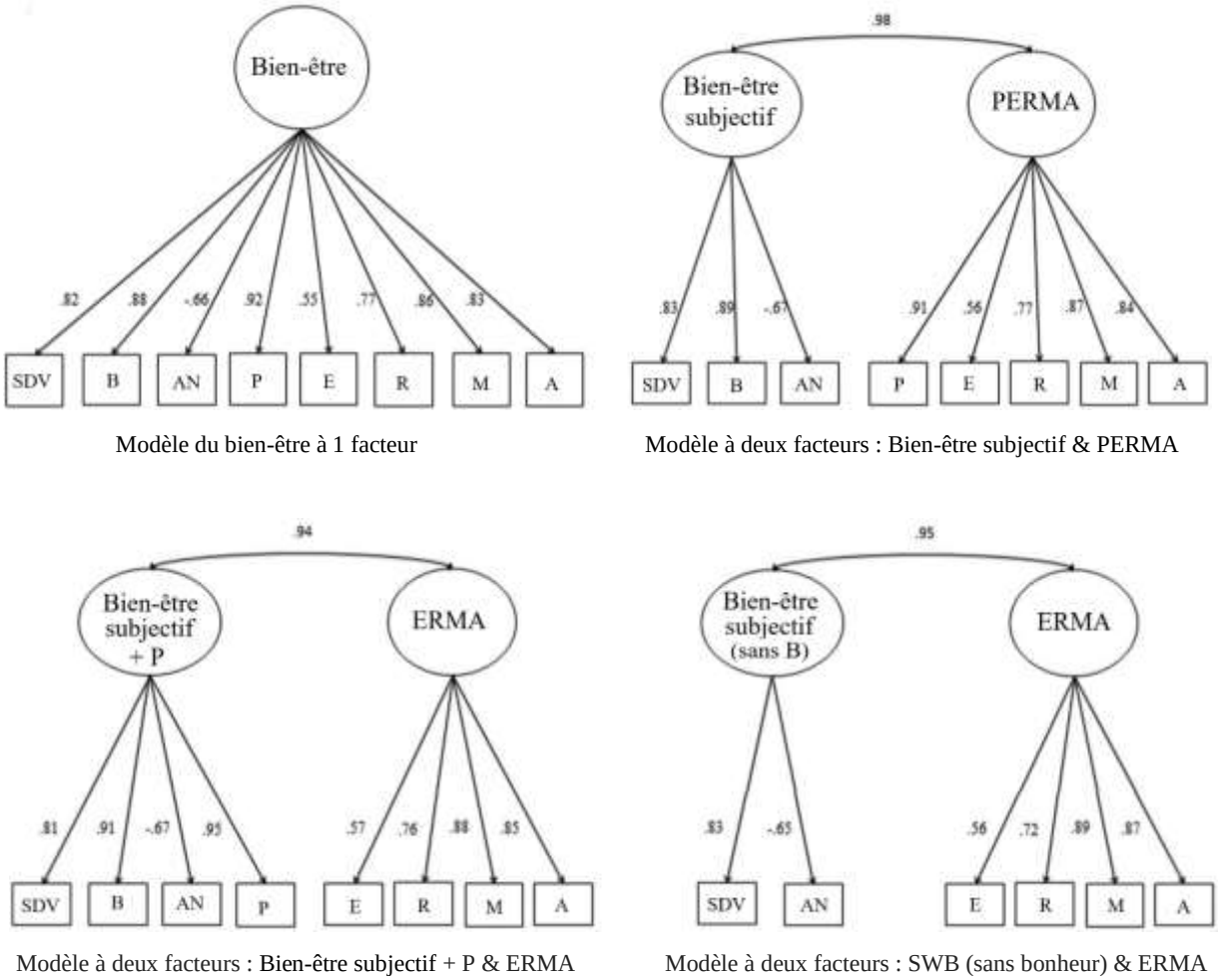
Modèle du bien-être à 2 facteurs

Note. SDV = Satisfaction de vie ; BS = Bonheur subjectif ; D = Dépression ; AS = Acceptation de soi ; RP = Relations positives ; À = Autonomie ; ME = Maîtrise de l'environnement ; SV = Sens dans la vie ; CP = Croissance personnelle

Le modèle de bien-être global à un facteur a démontré des indices d'ajustement satisfaisants, ceux du modèle à deux facteurs étant un peu plus satisfaisants. L'ensemble de ces résultats amène les chercheurs à considérer que ces deux approches, hédonique et eudémonique, reflètent la même construction globale de bien-être.

Les résultats d'une autre étude suggèrent aux chercheurs (Goodman, Disabato, Kashdan, Kauffman, 2017) la même conclusion, à savoir la présence d'un facteur unique de bien-être. La recherche propose d'explorer différents modèles impliquant les dimensions du bien-être subjectif et les dimensions du modèle PERMA.

Figure 5.8. Modèles de la santé mentale positive de l'étude de Goodman, Disabato, Kashdan, Kauffman (2017)

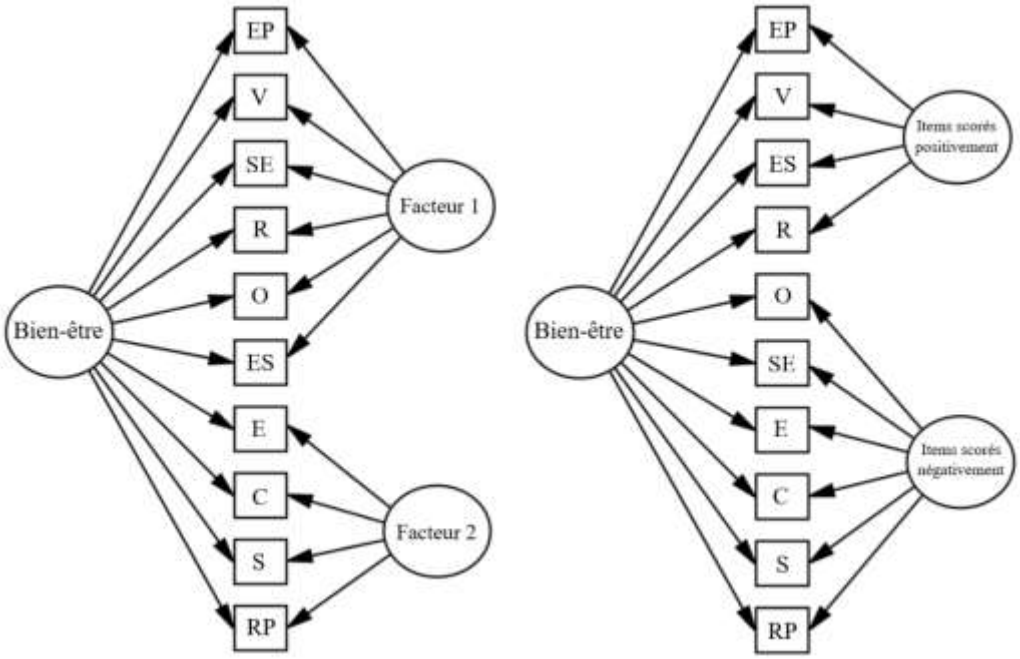


Note. SDV = Satisfaction de vie ; B = bonheur ; AN = affect négatif ; P = plaisir ; E = engagement ; R = Relations ; M = Sens dans la vie ; À = accomplissement

Les résultats suggèrent que le modèle du bien-être subjectif et le modèle PERMA recueillent le même type de bien-être notamment lorsque le niveau de santé mentale positive est évalué avec des échelles d'auto-évaluation. Si ces modèles se distinguent et ont des caractéristiques uniques, les résultats convergent vers un facteur de bien-être unique avec différentes facettes du bien-être, car les dimensions sont corrélées de manière importante les unes aux autres.

Une autre étude (Longo, Coyne, Joseph & Gustavsson, 2016) a testé différentes hypothèses de modèle à un facteur, à deux facteurs et bi-factoriel en s'appuyant sur la liste des dix caractéristiques réalisée par Huppert et So (2013) : la compétence, la stabilité émotionnelle, l'engagement, le sens, l'optimisme, les émotions positives, les relations positives, la résilience, l'estime de soi et la vitalité. Le premier modèle bi-factoriel est composé d'un facteur général, le bien-être, et de deux facteurs spécifiques correspondant aux deux facteurs de l'étude de Huppert et So (2013). Le second modèle bifactoriel est constitué d'un facteur général, le bien-être, et de deux facteurs spécifiques correspondant aux items calculés respectivement positivement et négativement.

Figure 5.9. Modèles bi-factoriels de la santé mentale positive de l'étude de Longo, Coyne, Joseph et Gustavsson (2016)



Modèle bi-factoriel version Hupper & So (2013) Modèle bi-factoriel avec le sens des items

Note. EP = Émotion positive ; V = Vitalité ; SE = Stabilité émotionnelle ; R = Résilience ; O = Optimisme ; ES = Estime de soi ; E = Engagement ; C = Compétence ; S = Sens dans la vie ; RP = Relations positives

Les résultats ont démontré un meilleur ajustement des données pour les modèles bifactoriels avec pour facteur global le bien-être et plus particulièrement le modèle bifactoriel avec pour facteurs spécifiques les items positifs et les items négatifs. Selon les auteurs, ces résultats démontrent la présence d'un facteur unique du bien-être car la variance, non prise en compte par le facteur général, résulterait de la méthode d'effets plutôt que des facteurs théoriques.

Plusieurs études sur la structure factorielle de l'échelle de santé mentale (De Bruin & Du Plessis, 2015 ; Hides, Quinn, Stoyanov, Cockshaw, Mitchell & Kavanagh, 2016 ; Echeverría, Torres-Sahli, Pedrals, Padilla, Rigotti & Bitran, 2017) démontrent la présence d'un facteur global, la santé mentale, coexistant avec les trois facteurs spécifiques que sont le bien-être émotionnel, le bien-être social et le bien-être psychologique. Ces résultats tendent à confirmer que la santé mentale positive peut être conceptualisée comme un facteur général multifacette (Disabato et al., 2016 ; Longo et al., 2016), et évaluée en adoptant l'approche hédoniste comme l'approche eudémoniste.

5.4 Explication d'un modèle général de la santé mentale positive

En 1938, Murray suggère que les besoins psychologiques sont ancrés biologiquement et qu'ils guident les comportements. Pour Baumeister et Leary (1995), les besoins psychologiques orientent les processus cognitifs et affectent une grande variété de comportements dont une partie est provoquée dans le but de satisfaire les besoins. Si la santé mentale positive peut être considérée comme une dimension générale, la satisfaction des besoins psychologiques renvoie au fonctionnement, c'est-à-dire à l'articulation entre la cognition, le comportement et l'affect dans les différentes facettes du développement psychologique. Ellis (1962) affirme que les dimensions cognitives, émotionnelles et comportementales sont liées de manière indissociable, les unes étant les causes et les autres les conséquences. Le modèle A-B-C (Ellis, 1977) propose un modèle cognitif dans lequel la personne entretient vis-à-vis de la réalité (A : stimulus) un système de croyances (B : « beliefs ») interne (ses objectifs personnels) et externe (les événements) qui engendre les réponses cognitives, émotionnelles et comportementales (C : conséquences). Les cognitions impliquent des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales qui peuvent être plus ou moins conscientes et peuvent être plus ou moins justes par rapport à la réalité (Beck, 1976). Le traitement cognitif fonctionnel (Beck &

Weishaar, 1989) ou les croyances rationnelles (Ellis & Bernard, 1986) permettent une perception et une interprétation adaptées aux buts personnels et aux événements réels, et engendrent des cognitions, des émotions et des comportements eux aussi adaptés aux diverses situations de la vie, qu'elles soient faites de plaisir ou de frustration (Ellis & Bernard, 1986). Le fonctionnement à travers les cognitions, émotions et comportements adaptés a pour but de satisfaire les besoins primaires de l'individu (Beck & Weishaar, 1989) concourant à la réalisation de buts, de valeurs et d'attitudes réalistes (Beck & Weishaar, 1989).

Pour plusieurs chercheurs (James, 1890 ; Rosenberg, 1979 ; Coopersmith, 1967 ; Harter, 1985 ; Higgins, 1987), l'estime de soi reflète l'écart entre la perception du soi actuelle et la vision du soi idéal, la satisfaction du besoin d'estime de soi renvoie ainsi à l'évaluation positive de l'écart entre le soi actuel et le soi idéal. Il en est de même pour le besoin de réalisation/d'accomplissement de soi où sa satisfaction renvoie à une évaluation positive de l'écart entre la réalité perçue et ses espoirs, ses désirs ou ses idéaux (Abelson, 1983 ; Carver & Ganellen, 1983 ; Durkheim, 1951 ; Duval & Wicklund, 1972 ; Homey, 1950 ; James, 1890 ; Kemper, 1978 ; Rogers, 1961 ; Wierzbicka, 1972). Ces observations nous amènent à penser que la satisfaction d'un besoin se traduit par l'évaluation positive de l'écart entre l'actuel et le standard, inconscient et conscient, tandis que la frustration correspond à l'évaluation négative de l'écart entre l'actuel et le standard, inconscient et conscient. Il en serait ainsi de même pour les autres besoins psychologiques : de sécurité, de relation et d'autonomie. L'évaluation faite par la personne aura ainsi pour conséquence la qualité et l'intensité de l'émotion (Folkman & Lazarus, 1985 ; Levine, 1996 ; Smith & Ellsworth, 1987 ; Ellsworth & Smith, 1988 ; Scherer, 1993 ; Smith & Lazarus, 1993), en termes de satisfaction ou d'insatisfaction des buts (Frijda, 1986, 2007) correspondant aux besoins de l'individu, attachements, valeurs, objectifs et croyances actuelles (Frijda, 2007 ; Lazarus, 1991 ; Scherer, 2004). Ainsi, le développement et le fonctionnement peuvent être soit positifs, soit négatifs, soit partiellement l'un et l'autre, que ce soit de manière globale ou spécifique dans les différents domaines, la satisfaction ou la frustration des besoins résultant notamment de l'interaction entre l'individu et son environnement. Le développement et le fonctionnement de la santé mentale en termes de pensées, d'émotions ou de comportements peuvent être considérés dans l'ensemble des facettes de l'existence psychologique individuelle : soi (estime et acceptation de soi), la relation à l'autre

(appréciation et acceptation de l'autre), l'expression de soi dans son environnement (autonomie et liberté), à l'action (accomplissement de soi et compétence) et au sens que l'on y donne.

Conclusion

L'approche hédoniste ainsi que l'approche eudémoniste, à travers les réflexions philosophiques datant de l'époque de la Grèce antique, ont servi de base théorique de recherche à la santé mentale « positive ». Deux modèles majeurs ont ainsi émergé dans les années 80, le bien-être subjectif de Diener (1985) et le bien-être psychologique de Ryff (1989). Plusieurs études ont montré qu'il existe une complémentarité entre ces deux approches bien qu'elles soient distinctes, avec d'une part la dimension fonctionnelle positive de la santé mentale et d'autre part la dimension affective de la santé mentale. Ces deux approches se complètent dans la mesure où les dimensions du fonctionnement psychologique positif (l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement, le sens dans la vie, la croissance personnelle) en termes de cognition et de comportement amènent à un équilibre approprié entre l'affect positif et l'affect négatif.

Plusieurs études récentes (Disabato et al., 2016 ; Jovanovic, 2015 ; Longo et al., 2016 ; De Bruin & Du Plessis, 2015 ; Hides, Quinn, Stoyanov, Cockshaw, Mitchell & Kavanagh, 2016 ; Echeverría, Torres-Sahli, Pedrals, Padilla, Rigotti & Bitran, 2017) suggèrent l'existence d'une dimension générale de la santé mentale positive, ainsi que la coexistence de manière simultanée, de dimensions telles que fonctionnement psychologique positif et l'affect. Compte tenu de la force de corrélation entre bien-être subjectif et bien-être psychologique, certains de ces auteurs (Disabato et al., 2016 ; Longo et al., 2016) proposent de concevoir la santé mentale positive comme un facteur général multifacette, celle-ci pouvant être évaluée de manière fiable selon différentes approches, hédonistes comme eudémoniste. Dans cette perspective, la thérapie du bien-être de Fava (1999) propose une amélioration de l'acceptation de soi, des relations positives avec les autres, de l'autonomie, de la maîtrise de son environnement, du sens dans la vie et de la croissance personnelle par l'intermédiaire d'une approche où l'on intervient sur les dimensions cognitive et comportementale. Ainsi, les activités positives favorisent des pensées, des comportements et des sentiments positifs notamment à travers des changements simples

dans les pensées et les comportements relatifs à la satisfaction des besoins psychologiques, peuvent permettre d'augmenter significativement le bonheur (Lyubomirsky & Layous, 2013).

Chapitre VI. L'approche régulatrice et fonctionnelle de la santé mentale

Introduction

Si l'approche eudémonique du bonheur implique l'autodétermination à travers le processus de réalisation de soi (Laguardia & Ryan, 2000), la régulation de soi est l'une des dimensions de l'autodétermination (Wehmeyer, Kelchner & Richards, 1996) et par conséquent du fonctionnement psychologique positif. Le fonctionnement psychologique positif est déterminé de manière unique par la positivité (Alessandri, Caprara & Tisak, 2012). La positivité est la tendance à voir les expériences de la vie avec une vision positive (Caprara et al., 2012) tandis que la régulation de soi est un processus qui génère des pensées, des sentiments et des actions dans la perspective de la réalisation de buts (Schunk & Zimmerman, 1994). La régulation de soi intègre les dimensions métacognitive, cognitive, motivationnelle, comportementale et affective.

Selon plusieurs chercheurs (Mcclelland, Geldhof, Morrison, Gestsdottir, Cameron, Bowers, Duckworth, Little & Grammer, 2017), on retrouve dans la recherche un consensus autour duquel l'autorégulation a un rôle important dans le développement de la santé mentale positive tout au long de la vie. En effet, « *comprendre l'autorégulation est l'objectif le plus essentiel pour faire avancer la compréhension du développement* » (Posner & Rothbart, 2000, p. 427) dans la perspective d'un « *développement adaptatif à toutes les étapes de la vie* » (Mcclelland, Geldhof, Morrison, Gestsdottir, Cameron, Bowers, Duckworth, Little & Grammer, 2017, p.275) réussi. La positivité, quant à elle, permettrait de se développer et de s'épanouir tout en faisant face à l'adversité, aux échecs et aux pertes (Caprara et al., 2009).

Les stratégies de gestion de soi supposent la capacité d'observer ses comportements, d'évaluer l'efficacité de ses stratégies et les progrès pour atteindre ses objectifs (Agran, 1997 ; Agran & Hughes, 1997 ; Smith & Nelson, 1997). Elles impliquent le renforcement positif ou négatif de soi (impliquant le sentiment d'auto-efficacité) et les directives que l'on se donne à soi-même en s'appuyant sur des expériences antécédentes (Hughes, Korinek & Gorman, 1991 ; Hughes & Agran, 1993). Dans de nombreuses situations, la vision positive du futur « *repose assez fortement sur les souvenirs d'expériences antérieures* » (Carver & Scheier, 1990, p.21). Par ailleurs, les individus « *semblent déployer l'optimisme de manière stratégique, en utilisant des*

croyances favorables pour motiver l'action en faveur de la mise en œuvre des plans » (Taylor & Gollwitzer, 1995 cité par Aspinwall & Staudinger, 2003, p.13).

6.1 La régulation métacognitive

Selon Caprara et ses collaborateurs (2017), la positivité se développerait au début à travers l'estime de soi, qui émergerait « *en même temps que la conscience de soi alors que la satisfaction de vie et l'optimisme dispositionnel s'appuient sur la capacité à se rappeler, comparer et anticiper des événements et des expériences* » (p.366). La conscience de soi « *subordonne la réflexion sur soi et la perspicacité qui sont facteurs clés du processus d'auto-régulation qui sous-tend la création d'un changement de comportement, à la fois dans la pratique clinique avec des populations cliniques, et en coaching améliorant la performance avec populations non cliniques* » (Grant, Franklin, & Langford, 2002, p.821). La réflexion sur soi implique « *l'inspection et l'évaluation des pensées, des sentiments et des comportements d'une personne* », alors que la perspicacité dans la perception de soi renvoie à « *une compréhension claire de ses pensées, sentiments et comportement* » (Grant et al., 2002, p.821). Le processus de réflexion sur soi implique un examen objectif de soi, permettant ainsi de dépasser la subjectivité, les projections et de réduire progressivement l'égocentrisme amenant à « *mieux comprendre la vraie nature des choses, y compris les motivations de ses comportements et de celui des autres* » (Chandler & Holliday, 1990 ; Clayton, 1982 ; Csikszentmihalyi & Rathunde, 1990 ; Kramer 1990 ; Orwoll & Achenbaum, 1993 ; Rathunde, 1995 ; Taranto, 1989, cité par Ardelt, 2003, p.278). Ces deux facteurs métacognitifs sont « *essentiels au processus de changement ciblé et dirigé* » (Carver et Scheier, 1998, cité par Grant, Franklin, Langford, 2002, p.821-822). L'autorégulation métacognitive fait référence à une attention métacognitive qui *« à son propre processus cognitif (ses actions, son niveau de concentration et d'attention, la compréhension de ses difficultés, son attrait envers la tâche, sa persévérance)* » ainsi qu'à un « *guidage métacognitif de l'activité cognitive (en fonction d'objectifs, d'hypothèses, de l'enchaînement des activités, du choix de méthodes)* » et « *une régulation cognitive corrigeant l'activité cognitive à l'aide de stratégies compensatoires (identification des erreurs, élaboration d'explications, identification des stratégies alternatives)* » (Nader-Grosbois, 2007, p.17). Les stratégies métacognitives relèvent des décisions prises en s'appuyant sur les expériences métacognitives, que ce soit de manière

consciente ou inconsciente (Brown, 1987 ; Buchel & Buchel, 2009 ; Perkins, Simmons & Tishman, 1990). Les expériences métacognitives ont pour but d'accompagner les processus de pensée concernant les connaissances spécifiques de la tâche pour orienter les stratégies métacognitives (Efklides, 2001). Selon Paris, Lipson et Wixson (1983), ces stratégies métacognitives peuvent être déclaratives (connaissances de stratégie permettant de résoudre le problème), procédurales (manière dont on applique cette stratégie) et conditionnelles (condition et moment où la stratégie est utilisable). Plusieurs chercheurs (Bishop et al., 2004) considèrent la pleine conscience comme une compétence métacognitive.

Certaines traditions philosophiques, spirituelles et psychologiques ont mis en lumière le rôle qu'occupe la qualité de l'activité attentionnelle de la conscience notamment dans le maintien et l'amélioration du bien-être (Wilber, 2000). Le concept de « pleine conscience » prend « *ses racines dans la tradition bouddhiste et d'autres traditions contemplatives où l'attention et la conscience sont activement cultivées* » (Brown & Ryan, 2003, p.822). Il provient du mot Pali sati, qui désigne le fait d'avoir conscience, l'attention, et se souvenir (Bodhi, 2000). La « pleine conscience » est définie comme une « *attention complète aux expériences qui apparaissent dans le moment présent, dans une attitude de non-jugement et d'acceptation* » (Brown & Ryan, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Linehan, 1993 ; Marlatt & Kristeller, 1999 cité par Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, Toney, 2006, p.27). Brown et Ryan (2004) conçoivent la pleine conscience en un seul facteur qui correspond à l'attention et la réceptivité de ce qui se passe dans l'instant présent. Ils suggèrent que l'attention au moment présent est le processus le plus important et que l'acceptation lui est subordonnée. Plusieurs recherches montrent que l'entraînement et l'amélioration de la capacité à orienter son attention dans la réalité de l'instant présent permet d'accéder plus facilement à des résultats en termes de bien-être (Kabat-Zinn, 1990, cité par Brown et al., 2003). La « pleine conscience » correspond à un état de conscience ainsi qu'à un mode de traitement de l'information et peut aussi être associée à un trait de caractère (Brown et al., 2007 ; Germer, Siegel & Fulton, 2005 ; Kostanski & Hassed, 2008 ; Siegel, 2007). La « pleine conscience-état » est caractérisée comme une « conscience momentanée » (Germer et al., 2005, p. 6) ou comme « *un état de liberté psychologique qui se produit quand l'attention est calme et souple, sans attachement à un point de vue particulier* » (Martin, 1997, p.291). Cardaciotto et ses collègues (2008) définissent la « pleine conscience-

trait » comme « ... *la tendance à être très conscient de ses expériences internes et externes dans le contexte d'une position d'acceptation et de non-jugement à l'égard des expériences* » (p.205).

Bishop et ses collègues (2004) suggèrent un modèle de pleine conscience à deux dimensions : (a) l'autorégulation de l'attention ainsi (b) qu'une orientation particulière vers les expériences dans le moment présent se manifestant par l'ouverture, l'acceptation et la curiosité vis-à-vis des expériences. La pleine conscience peut être considérée être comme une compétence métacognitive (Bishop et al., 2004), permettant notamment de ne pas être dans des jugements automatiques ou dans la réactivité (Segal et al., 2002). Suite à une analyse factorielle reprenant l'ensemble des échelles de pleine conscience, Baer et ses collègues (2006) ont distingué cinq facettes : l'observation de l'expérience, la description de l'expérience, l'action en pleine conscience, le non-jugement des expériences et la non-réactivité. La pleine conscience est positivement liée au bien-être subjectif, à la satisfaction à l'égard de la vie et à l'affect positif (Brown & Ryan, 2003) et entretient une relation négative avec l'affect négatif, l'anxiété et la dépression (Brown & Ryan, 2003 ; Cash & Whittingham, 2010) ainsi que la symptomatologie liée au stress (Cash & Whittingham, 2010). Elle est aussi liée de manière positive avec le bien-être eudémonique par des relations positives avec les besoins de relation, de compétence et d'autonomie ainsi qu'avec l'actualisation de soi (Brown & Ryan, 2003). Ainsi, l'entraînement à la pleine conscience a des effets positifs sur le bien-être, il permet une réduction de la psychopathologie, une meilleure réactivité émotionnelle et une régulation comportementale améliorée (Khoury et al., 2013).

6.2 La régulation motivationnelle

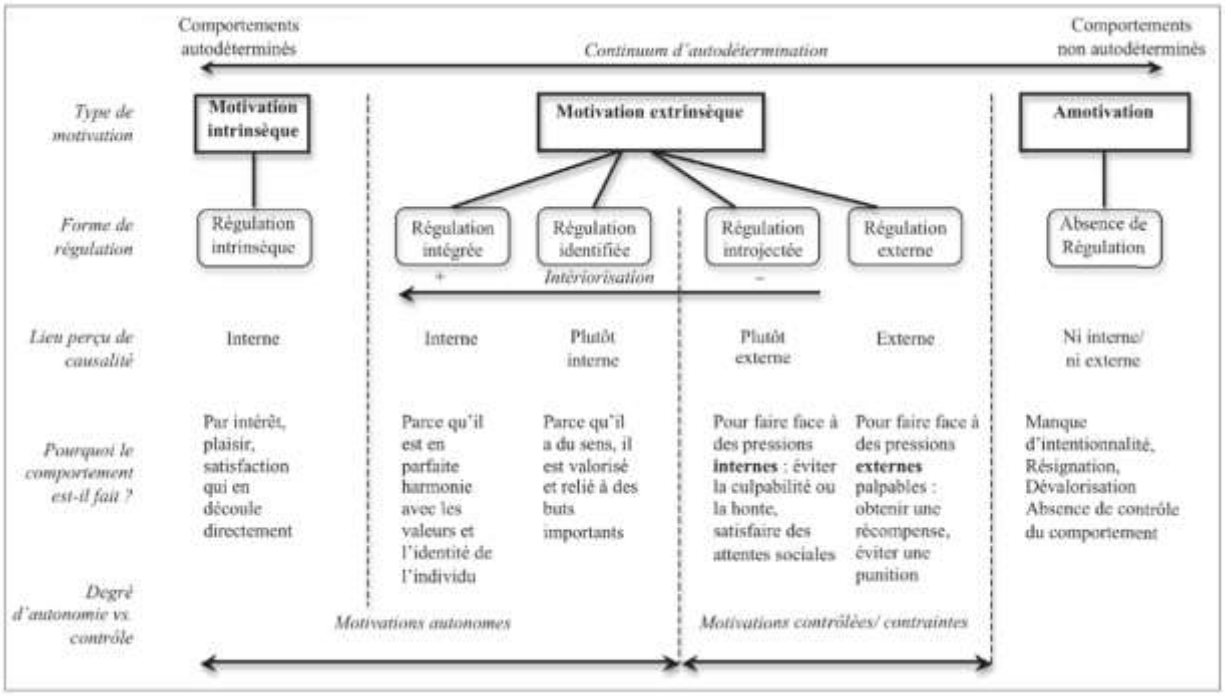
La théorie de l'intégration organismique (Ryan & Deci, 2002) issue de la théorie de l'autodétermination suggère l'existence de trois types de motivation sur un continuum d'autodétermination allant de l'amotivation passant par la motivation extrinsèque allant jusqu'à la motivation intrinsèque. Le niveau le plus bas de motivation serait représenté par l'amotivation tandis que le niveau le plus important se situerait au niveau de la motivation intrinsèque, renvoyant ainsi à la motivation autodéterminée. À l'une des extrémités du continuum, il se situe l'amotivation qui fait référence à un état dans lequel « l*'individu n'agit pas du tout ou avec passivité (…) en se laissant porter par les choses sans y voir de sens et sans*

volonté » (Ryan & Deci, 2002, p. 17). L'amotivation renvoie au sentiment d'absence de contrôle sur l'environnement ou à l'impossibilité de faire (Rotter, 1966 ; Seligman, 1975) ou au sentiment de manque d'efficacité et de compétence (Bandura, 1977 ; Deci, 1975), ou d'une non-attribution de valeur à l'activité (Ryan & Deci, 2002).

Deci et Ryan (1985) ont suggéré la présence de quatre types de motivation extrinsèque dont deux sont considérées comme contrôlées, la régulation externe et la régulation introjectée, tandis que les deux autres, la régulation identifiée et la régulation intégrée, sont des motivations autonomes. La régulation externe renvoie à des comportements liés à des demandes externes ou à des contingences sociales (deCharms, 1968), l'individu agissant pour avoir une « récompense » ou éviter une « punition ». La régulation introjectée fait référence à l'adhésion à une valeur et/ou à un comportement sans identification et/ou acceptation comme faisant partie intégrante de soi (Deci, Eghrari, Patrick & Leone, 1994). Dans la régulation identifiée, la personne adopte des comportements dont les valeurs sous-jacentes lui sont importantes (Ryan & Deci, 2000b). La régulation intégrée correspond à l'internalisation, c'est-à-dire l'identification et l'acceptation totale de la valeur et/ou du comportement par la personne. Eccles et Wigfield (2002) définissent l'internalisation comme le « *processus de transfert de la régulation du comportement de l'extérieur vers l'intérieur* » (Eccles & Wigfield, 2002, p.113). Le comportement est entièrement volontaire, car il est utile et/ou important pour la réalisation de ses objectifs personnels (Deci et al., 1994) ; la relation entre le comportement de la personne et ses états internes étant ainsi consistante (Koestner, Bernieri & Zuckerman, 1992). La motivation intrinsèque correspond au comportement d'un individu motivé par le plaisir, l'intérêt et la satisfaction inhérente à l'activité (Deci, 1975 ; Deci & Ryan, 1985). Vallerand et ses collaborateurs (1989, 1993) proposent différentes catégories de motivation intrinsèque : la motivation intrinsèque aux stimulations, la motivation intrinsèque à la connaissance et la motivation intrinsèque à l'accomplissement. La motivation intrinsèque aux stimulations correspond à « *celle de l'individu qui effectue l'activité parce qu'elle lui permet de ressentir des stimulations plaisantes d'excitation, d'amusement, d'esthétisme ou de plaisirs sensoriels* » (Blais et al., 1993, p. 190). La motivation intrinsèque à la connaissance fait référence à « *celle de l'individu qui effectue l'activité pour la satisfaction et le plaisir d'être en train d'apprendre de nouvelles choses* » (Blais et al., 1993, p. 191). La motivation intrinsèque à l'accomplissement

renvoie à « *celle de l'individu qui effectue l'activité pour la satisfaction et le plaisir d'être en train d'accomplir, de créer ou de relever un défi optimal* » (Blais et al., 1993, p. 191).

Figure 6.1. Taxonomie et caractéristiques principales des différents types de motivation de la théorie de l'intégration organismique (Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011)



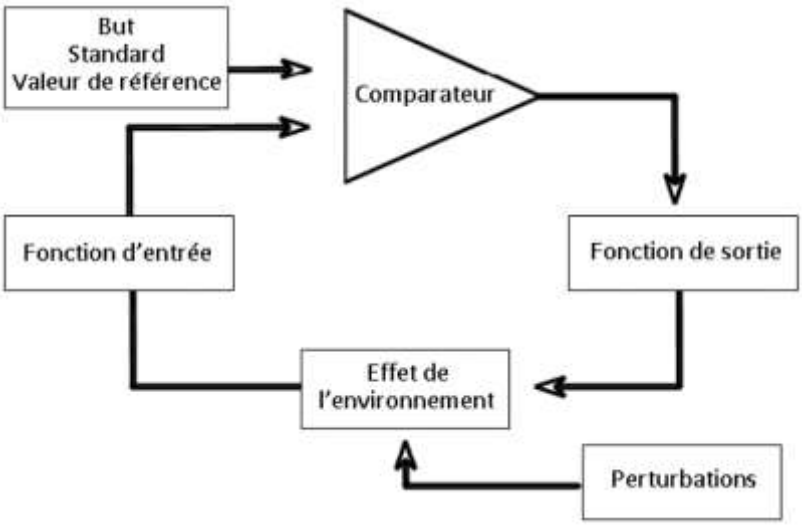
Les comportements autodéterminés sont des *« comportements volontaires et accompagnés par l'expérience de la liberté et de l'autonomie, celles qui émanent du sens de soi »* (Ryan & Deci, 2000b, p.65).

6.3 La régulation comportementale

Pour Carver et Scheier (2000), le comportement commence par le but et implique un processus de contrôle rétroactif, traduisant « *l'opérationnalisation de l'optimisme* » (Carver & Scheier, 2014, p.3). Les buts sont utilisés comme valeurs de référence dans la régulation comportementale, les « *ajustements autocorrectifs permettant, si besoin, à un comportement de rester orienté vers son but initial* » (Carver & Scheier, 2009, p. 208). Les ajustements autocorrectifs font suite aux informations rétroactives (feed-back) reçues, par l'intermédiaire d'une boucle rétroactive, dans la progression d'un but à atteindre (boucle négative) ou d'une

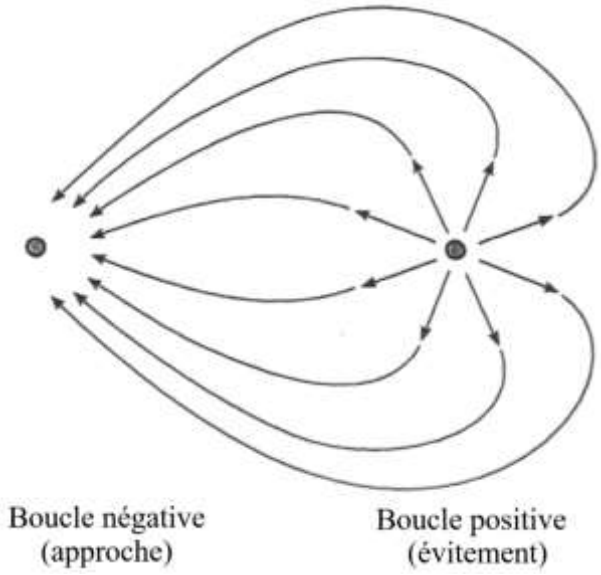
situation à éviter (boucle positive). La boucle rétroactive est composée de quatre éléments : une fonction d'entrée, une valeur de référence, un comparateur et une fonction de sortie. La fonction d'entrée est considérée comme un « capteur », renvoyant à la perception de la situation. Le comparateur est le processus qui permet de faire la comparaison entre la valeur d'entrée et la valeur de référence. Il détecte, de manière plus ou moins sensible s'il y a un écart entre la valeur d'entrée et la valeur de référence, c'est-à-dire une discordance. Dans le premier type de boucle rétroactive, la boucle négative, s'il n'y a aucune discordance, la fonction de sortie reste en état. S'il y a discordance, la fonction de sortie implique une réponse d'ajustement du comportement visant à réduire ou éliminer l'écart détecté entre la valeur d'entrée et la valeur de référence, amenant une conformité vis-à-vis de la valeur de référence permettant d'approcher ou d'atteindre le but. Si le comportement peut créer une conformité, les perturbations émanant de l'environnement le peuvent aussi. Tandis que les « *perturbations modifient souvent les conditions de manière défavorable (élargissement d'un écart par rapport à la valeur de référence), elles peuvent également changer les conditions de manière favorable (diminution de l'écart)* » (Carver & Scheier, 2000, p.43-44). Dans la dernière situation, la perturbation ne nécessite pas d'ajustement comportemental dans la fonction de sortie. Dans le deuxième type de boucle rétroactive, l'élargissement de la discordance est un facteur positif, le but n'étant pas d'approcher la valeur de référence mais de l'éviter (anti-but). « *Une boucle positive détecte les conditions présentes, les compares à l'anti-but et essaie d'élargir la différence* » (Carver & Scheier, 2000, p. 44).

Figure 6.2. Représentation schématique d'une boucle de feed-back, d'après Carver et Scheier (1982) adaptée en français par Briki et Gernigon (2012)



Pour Carver et Scheier (2000, p.44), « *l'action des processus d'élargissement des écarts … est généralement limitée d'une manière ou d'une autre par les boucles réduisant les écarts* », les comportements d'évitement menant « *souvent aux comportements d'approche* ». L'écart s'agrandit jusqu'à ce que « *la tendance à s'éloigner soit capturé par l'influence d'une boucle d'approche* » (p.45).

Figure 6.3. Représentation des effets des systèmes de rétroaction positive souvent liés ou limités par les systèmes de rétroaction négative (Carver & Scheier, 1998)



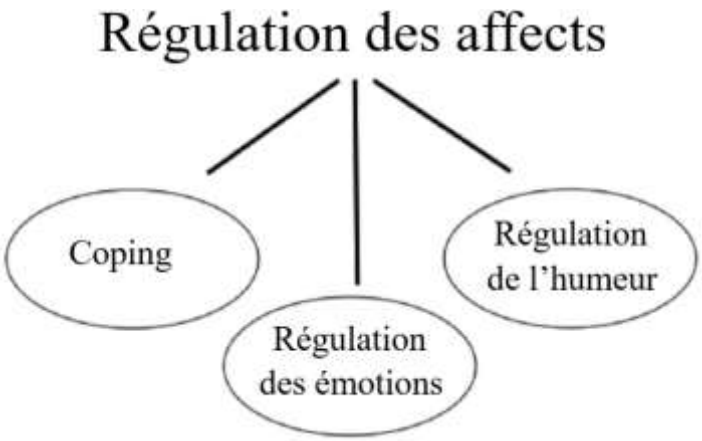
Les affects peuvent être considérés comme une conséquence du processus rétroactif, le résultat du processus de comparaison se manifestant sous une forme non-verbale de l'espoir, la confiance ou le doute, et par l'affect, positif ou négatif (Carver & Scheier, 1990). L'optimisme implique la confiance en un éventuel succès, amenant la poursuite des efforts en vue de l'atteinte du but, le doute et le pessimisme conduisant à se dégager de l'effort (Carver & Scheier, 2014).

6.4 La régulation des affects

La recherche sur la régulation des affects s'appuie sur l'étude des défenses psychologiques (Freud, 1926, 1959), l'étude du stress psychologique et du coping (Lazarus, 1966), la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) et la théorie sur les émotions (Frijda, 1986). Ainsi, pour Gross

(2015), la régulation des affects intègre le coping, la régulation des émotions et la régulation de l'humeur.

Figure 6.4. Conception hiérarchique de la régulation des affects (Gross, 2015)



« *La régulation des émotions positives est relativement indépendante de la régulation des émotions négatives* » (Nelis, Quoidbach, Hansenne & Mikolajczak, 2011 cité par Quoidbach, 2012, p.200). Si les réactions émotionnelles des personnes heureuses sont plus intenses face aux situations positives, elles sont moins durables face aux événements négatifs (Seidlitz et al., 1998). La capacité à savourer les émotions positives et la capacité à atténuer les émotions négatives ont autant d'influence l'une que l'autre sur le bien-être subjectif (Nelis et al., 2011).

6.4.1 Le coping

Le terme de coping ou faire face a été utilisé à partir des années 1960/1970, pour aborder les mécanismes de défense les plus « adaptés » comme la sublimation et l'humour (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) renvoyant ainsi aux stratégies d'ajustement (Dantchev, 1989 ; Paulhan, 1992) ou stratégie d'adaptation (Paulhan, 1994). Lazarus et Folkman (1984, p. 141) définissent le coping comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». Le coping peut être considéré comme un médiateur de l'interaction entre une situation stressante et la détresse émotionnelle qui en résulterait (Folkman & Lazarus, 1988). Le coping peut avoir une composante cognitive, affective et comportementale (Steptoe, 1991).

Lazarus et Folkman (1984) ont répertorié deux types de stratégie de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème a pour objectif de « *réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71). Selon Lazarus et Folkman (1984), ce coping inclut deux sous-stratégies : « *la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème)* » (cité par Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71). Le coping centré sur l'émotion renvoie aux efforts réalisés pour réguler et réduire les émotions désagréables (Gross, 2007).

Dans certaines situations, les stratégies centrées sur le problème peuvent-être la seule solution pour réduire les émotions négatives (Ochsner & Gross, 2004). Si la situation est incontrôlable, le coping centré sur l'émotion est plus adapté que le coping centré sur le problème (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005), notamment lorsque la situation dure sans que la personne ne puisse trouver une solution (Chabrol & Callahan, 2004). Ainsi, la flexibilité ou la capacité à changer facilement de stratégies de coping permet de mieux faire face à une situation (Cheng, 2001). Une personne peut ne pas avoir besoin d'utiliser de stratégies de coping centrées sur le problème ou de stratégies de coping centrées sur l'émotion lorsque l'évaluation secondaire, c'est-à-dire les ressources individuelles et/ou sociales perçues dont dispose l'individu sont suffisantes pour lui permettre de s'ajuster à la situation (Holahan & Moos, 1991). Ne pas faire face à une situation stressante peut renvoyer à un état émotionnel négatif ainsi qu'à une attitude de déni (Chabrol & Callahan, 2004). Les stratégies de coping peuvent être stables, c'est-à-dire utilisées de manière préférentielle dans toutes les situations. Elles peuvent alors provenir de certaines caractéristiques dispositionnelles de personnalité (Costa & al., 1996).

6.4.2 La régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle implique des changements dans la "dynamique des émotions" (Thompson, 1990), c'est-à-dire dans les processus de réponse (latence, temps de montée, intensité, durée et décalage) physiologiques, expérientiels et comportementals, qu'ils soient automatiques ou contrôlés, inconscients ou conscients (Gross, 1998). Elle est orientée par un objectif hédoniste correspondant au fait d'avoir un faible niveau d'affects négatifs et un haut

niveau d'affects positifs (Panksepp, 1998). Pour Gross (1998), la régulation des émotions correspond « *à la manière dont nous cherchons à influencer les émotions que nous avons, lorsque nous les avons, et comment nous expérimentons et exprimons ces émotions* » (p.275). Elle renvoie aux stratégies utilisées pour réduire, maintenir ou augmenter une émotion (Gross, 2001). La régulation émotionnelle implique « *tous les processus extrinsèques et intrinsèques responsables du suivi, de l'évaluation et de la modification des réactions émotionnelles, en particulier de leurs caractéristiques en termes d'intensité et de temporalité, pour atteindre leurs objectifs* » (Thompson, 1994, p.27-28).

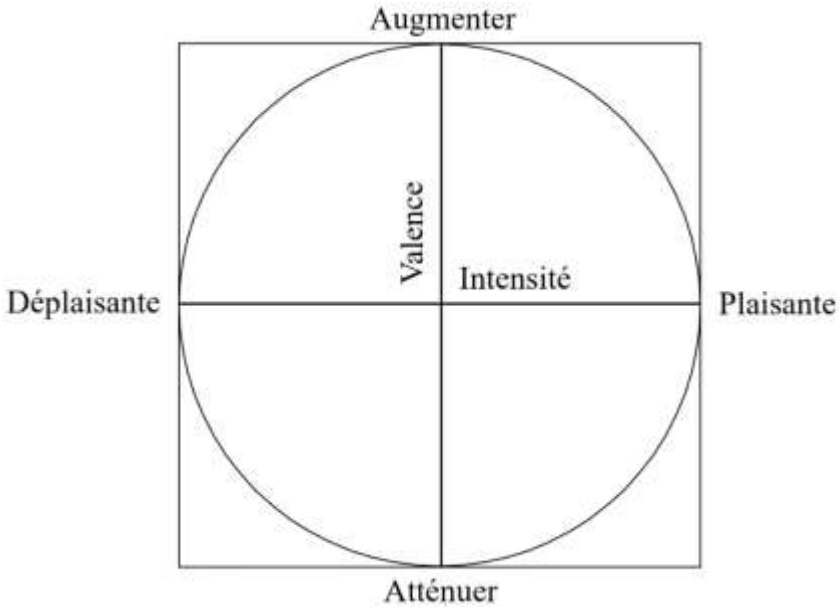
Si le dysfonctionnement dans la régulation émotionnelle occupe une place prépondérante dans les problèmes cliniques (Gross 2014 ; Gross & Jazaieri 2014 ; Kring & Sloan, 2008), les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles contribuent de manière essentielle au bien-être et à la santé mentale (Gross & Munoz, 1995 ; Gross & Levenson, 1997 ; Kring & Werner, 2004). Ainsi, un déficit dans les compétences de régulation émotionnelle renvoie à un dysfonctionnement en termes d'efficacité dans la régulation émotionnelle des affects négatifs. Les stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles sont un prédicteur de pathologie mentale (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Un déficit en termes de compétences de régulation émotionnelle engendre un niveau d'affects négatifs plus élevé et un niveau d'affects positifs plus bas (Berking & Znoj, 2008), est en relation avec la dépression (Silk, Steinberg & Morris, 2003 ; Williams, Fernandez-Berrocal, Extremera, Ramos-Diaz, & Joiner, 2004), l'anxiété (Feldner, Zvolensky & Leen Feldner, 2004 ; Marchesi, Fonto, Balista, Cimmino, & Maggini, 2005 ; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005), le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (Walcott & Landau, 2004) et le trouble de la personnalité limite (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson, 2006).

Tout comme la régulation émotionnelle qui a une fonction hédoniste, les stratégies de régulation dépendent aussi de la situation (Koole, 2009). La flexibilité dans la capacité à varier les stratégies de régulation émotionnelle est essentielle (Feldman-Barrett & al., 2001 ; Gratz & Roemer, 2004 ; Thompson, 1994), car la régulation émotionnelle a aussi un rôle adaptatif (Larsen & Prizmic, 2004). La régulation émotionnelle peut contribuer à équilibrer les objectifs multiples (Koole & Kuhl, 2007 ; Rothermund & al., 2008) et à l'intégration entre les processus de personnalité (Baumann, Kaschel, & Kuhl, 2005 ; Kuhl, 2000). Selon la théorie des

« Interactions des systèmes de personnalité » élaborée par Kuhl (2000), la régulation émotionnelle favorise la flexibilité dans le fonctionnement de la personnalité (Rothermund & al. 2008) et la cohérence ainsi qu'à long terme, la stabilité au sein du système de personnalité global (Baumann & al., 2005).

La régulation émotionnelle peut avoir pour objectif la suppression, l'atténuation, l'augmentation et le maintien de l'émotion, quelle que soit sa valence (Gross, Richards & John, 2006 ; Larsen & Prizmic, 2004). Gross et Thompson (2007) présentent un modèle de classification des différentes formes de régulation émotionnelle : (1) l'atténuation des émotions déplaisantes qui représente le type de régulation la plus utilisée (Gross, Richards et John, 2006), (2) le maintien ou l'augmentation des émotions plaisantes, (3) l'augmentation des émotions déplaisantes, (4) la diminution et la suppression des émotions plaisantes.

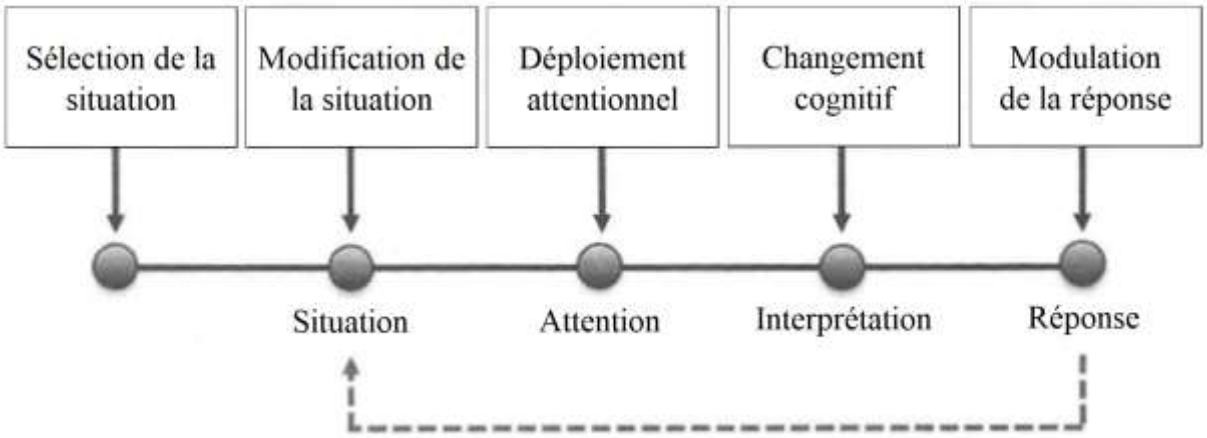
Figure 6.5. Les différentes formes de régulation des émotions (Mikolajczak & Desseilles, 2012)



Les différentes stratégies de régulation des émotions peuvent être fonctionnelles ou dysfonctionnelles, c'est-à-dire qu'elles peuvent être considérées comme adaptatives ou inadaptatives notamment en fonction des conséquences qu'elles auront sur la santé mentale. D'après Gross (1998) nous pouvons distinguer les stratégies de régulation des émotions en deux groupes, (a) les stratégies antécédentes à la réponse émotionnelle et (b) la modification de la réponse émotionnelle (expressive, cognitive ou physiologique). Gross (1998) propose une

description des étapes du cycle de l'expérience émotionnelle : la situation, l'attention de la personne, la perception de la situation par la personne et la réponse de la personne à la situation. À partir de ce modèle, Gross (1998) suggère de classer les stratégies de régulation émotionnelle en fonction des différents types de stratégies de régulation : la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement attentionnel, le changement cognitif et la modulation de la réponse.

Figure 6.6. Cycle de l'émotion et différents types de stratégies de régulation (Gross, 2007) adapté en français par Quoidbach (2012)



Sur le plan de la sélection de la situation, les stratégies utilisées ont pour but de réduire le nombre de situations induisant une émotion désagréable même si, dans la vie, nous devons en affronter certaines. Au niveau de l'attention, nous pouvons avoir recours à deux types de solutions : centrer son attention sur un élément distracteur ou centrer son attention sur l'émotion déplaisante. La première stratégie consiste à « *orienter son attention sur autre chose et par conséquent se distraire* » (Gross, 1998 ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993, cité Mikolajczak, 2012, p.154). Il y a deux types de stratégies distractives : la distraction interne qui correspond au fait d'orienter et concentrer sa pensée sur autre chose et la distraction externe qui implique de trouver une autre occupation (McKay, Wood & Brantley, 2007). La deuxième stratégie fait référence à la « pleine conscience » (mindfulness) qui consiste au fait de se centrer sur l'émotion ressentie (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Linehan, 1993 ; Segal, Williams & Tesdale, 2002) et implique une observation de l'émotion et de son évolution. Ces deux stratégies focalisées sur l'attention permettent de « *prévenir l'accaparement par les pensées (la rumination) et diminuer*

l'activation émotionnelle » (Mikolajczak, 2012, p.156). Sur le plan cognitif, la perception de l'événement (Lazarus & folkman, 1984) et des ressources pour y faire face (Bandura, 1997) déterminent l'émotion que l'individu ressentira (Mikolajczak, 2012). Changer la perception d'une situation est un moyen efficace pour modifier les émotions (Ochsner & Gross, 2005). Deux types de stratégies peuvent être utilisées : la réévaluation cognitive de la situation et l'acceptation. Mikolajczak (2012) répertorie plusieurs stratégies relatives à la réévaluation cognitive.

Tableau 6.7. Stratégies de réévaluation cognitive selon Mikolajczak (2012)

(1) examiner ses croyances : se décentrer et adopter un autre point de vue avec des arguments différents qui contredisent nos pensées et nos émotions (McKay & al., 2007)
(2) défusionner pensée et réalité : prendre conscience que ce que nous pensons ne correspond peut-être pas à la réalité. Il s'agit de se détacher de ses pensées en observant leurs évolutions sans les retenir (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990)
(3) relativiser : réduire l'importance de la situation en la comparant à des situations plus négatives
(4) chercher les points positifs
(5) chercher les bénéfices à long terme

L'acceptation est un processus actif qui consiste à accueillir entièrement l'événement difficile ainsi que les émotions qui en résulte (Mikolajczak, 2012). Cela demande un double processus cognitif : accepter que l'on ne puisse pas changer la situation (McKay & al., 2007) et accueillir pleinement les émotions que l'on ressent.

Garnefski et ses collaborateurs (2001) ont déterminé neuf stratégies de régulation émotionnelle qu'ils ont classées en deux groupes : les stratégies de régulation adaptatives et les stratégies de régulation non adaptatives. Les stratégies de régulation adaptatives sont l'acceptation, le recentrage positif, le recentrage sur la planification, la réévaluation positive et la mise en perspective. Les stratégies de régulation non adaptatives sont le blâme de soi, la rumination, la dramatisation et le blâme envers les autres.

Tableau 6.8. Stratégies cognitives de régulation émotionnelles selon Garnefski et ses collaborateurs (2001)

Stratégies de régulation adaptatives
1) La mise en perspective correspond au fait de relativiser la situation et d'en diminuer l'importance, notamment en la comparant à d'autres événements.
2) Le recentrage positif fait référence au fait de penser à des choses positives et agréables au lieu de penser à l'événement réel.
3) La réévaluation positive renvoie au fait de donner un sens positif à l'événement notamment en termes de croissance personnelle.
4) L'acceptation correspond au fait d'accepter et de se résigner par rapport à ce qu'a été vécu.
5) La centration sur l'action fait référence au fait de réfléchir sur ce qu'il faut faire et comment gérer l'événement négatif.
Stratégies de régulation non adaptatives
1) Le blâme de soi renvoie à l'auto-accusation et au reproche vis-à-vis de soi quant à la responsabilité de la situation.
2) Le blâme des autres correspond au fait d'attribuer la faute de ce qu'est arrivé à l'environnement ou à une autre personne.
3) La rumination fait référence au fait de revivre, à travers des réflexions et des sentiments, l'événement négatif.
4) La dramatisation renvoie à l'accentuation explicite de l'aspect négatif de l'expérience.

Berking (2007) conçoit la régulation émotionnelle comme l'interaction entre les compétences émotionnelles et les contraintes sociales et environnementales. Il répertorie neuf compétences de régulation émotionnelle importante pour la santé mentale: la capacité à être conscient des émotions et de les traiter consciemment (Lischetzke & Eid, 2003), l'identification et la catégorisation des émotions (Bagby, Parker, & Taylor, 1994 ; Feldman-Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto, 2001), l'interprétation juste des sensations corporelles liées aux émotions (Damasio, 1994 ; Marchesi & al., 2005), la compréhension des causes des émotions (Southam-Gerow & Kendall, 2002), l'acceptation des émotions (Greenberg, 2002 ; Hayes, Strohsahl & Wilson, 1999 ; Leahy, 2002), la tolérance aux émotions notamment celles qui sont négatives (Kabat-Zinn, 2003 ; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982), la capacité à se confronter aux situations générant de la détresse pour atteindre des objectifs importants (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996 ; Margraf & Berking, 2005) et la capacité à diminuer

activement les émotions négatives (Catanzaro & Greenwood, 1994 ; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

Certaines stratégies dites dysfonctionnelles sont associées à la dépression comme le blâme de soi (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994), la rumination (Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994). Plusieurs études ont montré une relation entre les symptômes de dépression et les stratégies de régulation émotionnelle de rumination (Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994 ; Garnefski & al., 2006), de dramatisation (Sullivan & al., 1995 ; Garnefski & al., 2006), le blâme de soi (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994 ; Garnefski & al., 2006) et le manque de ré-évaluation positive (Carver, Scheier & Weintraub, 1989 ; Garnefski & al., 2006). D'autres stratégies dites fonctionnelles comme le faire face actif, la planification, la réinterprétation positive, l'acceptation, sont positivement associées à l'optimisme alors que l'estime de soi est positivement corrélée au faire face actif, la planification et la ré-interprétation positive (Carver & al., 1989).

Par ailleurs, il existe aussi des stratégies centrées sur la modulation de la réponse (Mikolajczak, 2012). Elles ont pour objectif de modifier le ressenti perçu par l'individu en agissant directement sur la dimension corporelle. Ainsi, l'individu pourrait utiliser deux types de relaxation : la relaxation dirigée et la relaxation personnelle. La relaxation dirigée peut se décomposer en deux techniques à savoir la relaxation de Schultz (1958) et la relaxation de Jacobson (1980). Elles ont pour objectif de détendre progressivement tous les muscles du corps pour arriver à un total relâchement. Ces deux techniques de relaxation seraient efficaces uniquement après un entraînement suffisant et lorsque l'état de relaxation serait automatisé en situation de repos. La relaxation personnelle consiste en la réalisation d'activité de la vie quotidienne afin d'obtenir un état de détente.

6.4.3 Savoring

Selon plusieurs chercheurs (Bryant, 1989 ; Feldman, Joorman & Jonhson, 2008 ; Quoidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2010 ; Wood, Heimpel & Michela, 2003), les individus adopteraient deux types de stratégies afin de réguler leurs émotions positives : (a) le savoring, stratégie dont le but serait d'augmenter en termes d'intensité et de durée les affects positifs, et

(b) le dampening, stratégie visant à diminuer les affects positifs. Le savoring est à la capacité à générer, augmenter et prolonger le plaisir, avec attention tout en ayant conscience du plaisir (Bryant, 2003 ; Jose & al., 2012). Il fait référence à la notion de « capitalisation » de Langston (1994) qui renvoie à l'interprétation positive des événements positifs. L'expérience des émotions positives et le fait de les savourer ont un effet unique et particulier sur le subjectif bien-être (Bryant, 1989 ; Hurley & Kwon, 2013). Cela implique l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales régulant l'intensité ou la durée des sentiments positifs en réaction aux expériences positives (Bryant, 1989, 2003).

Bryant et Veroff (2007) ont proposé de classer les stratégies de « savoring » selon qu'elles reflètent des processus cognitifs, des processus comportementaux ou un mélange de processus cognitifs et comportementaux. Ces auteurs ont identifié neuf stratégies cognitives et comportementales afin de savourer.

Tableau 6.9. Stratégies pour savourer selon Bryant et Veroff (2007)

1) le partage des événements positifs avec les autres (stratégie comportementale)
2) la mémorisation des moments plaisants pour développer un répertoire de souvenirs positifs (stratégie cognitive)
3) l'autofélicitation afin ressentir de la fierté vis-à-vis de soi-même en pensant notamment à ses réalisations (stratégie cognitive)
4) la conscience temporelle qui correspond à la conscience que l'on a de la qualité du moment en train de se dérouler (stratégie cognitive)
5) l'accentuation de la perception sensorielle : intensifier le plaisir en portant exclusivement l'attention sur certains aspects d'une situation en excluant d'autres aspects (stratégie cognitive)
6) l'expression de comportements positifs (stratégie comportementale)
7) l'absorption dans le moment présent ou dans l'activité (stratégie comportementale)
8) la comparaison favorable de la situation présente par rapport à une autre situation passée ou une situation imaginaire (stratégie cognitive)
9) la considération envers les bénédictions pour se rappeler la chance que l'on a (stratégie cognitive)

Bryant et Veroff (2007) suggèrent aussi une dixième stratégie, celle-ci renvoyant au dampening et qui correspond aux pensées diminuant l'intérêt des expériences plaisantes amenant ainsi à éviter la réceptivité aux expériences positives (stratégie cognitive).

Les différentes stratégies utilisées pour savourer et donc amplifier les émotions positives sont liées à une fréquence plus élevée d'affects positifs (Gentzler, Morey, Palmer & Yi, 2013 ; Jose, Lim & Bryant, 2012 ; Quoidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2010 ; Smith, Harrison, Kurtz & Bryant, 2014). Comme le suggère Quoidbach (2012) en figure 6.10., nous pouvons utiliser aussi des stratégies de type savoring en nous basant sur l'approche du modèle de régulation des émotions de Gross (1998).

Figure 6.10.1 Cycle de l'émotion et différents types de stratégies de régulation pouvant être appliqués avant, pendant et après un événement émotionnel positif (Quoidbach, 2012)

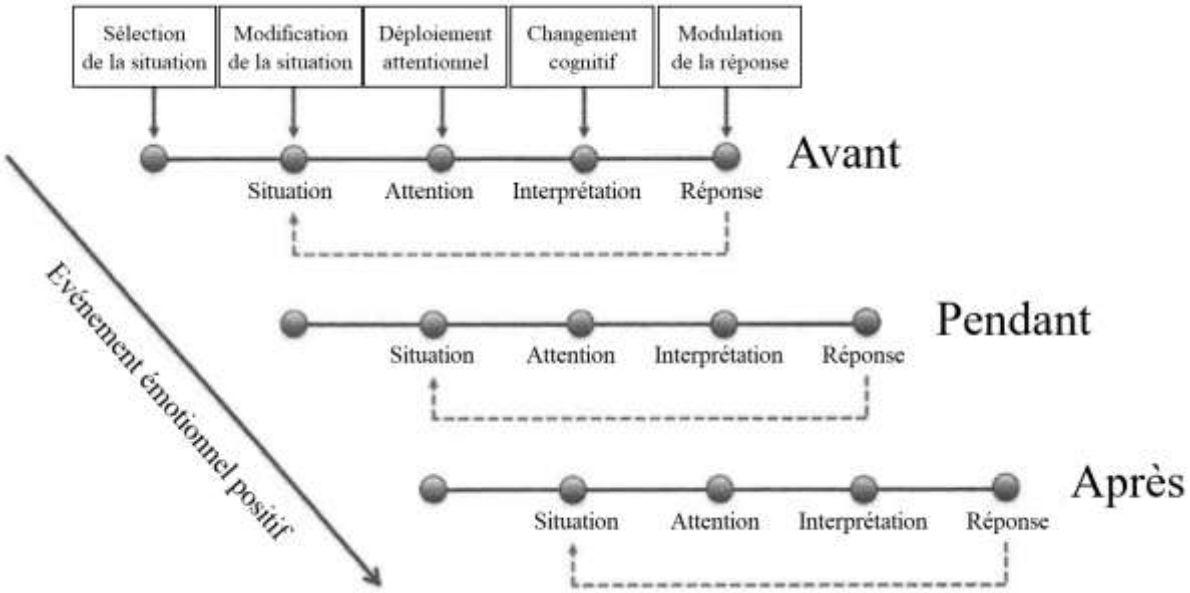


Tableau 6.10.2 Stratégies pour savourer avant, pendant et après un événement positif (Quoidbach, 2012)

	Sélection de la situation	Modification de la situation	Déploiement de l'attention	Changement cognitif	Modulation de la réponse
Avant	Choisir une situation qui nous rend réellement heureux	Créer les meilleures conditions possibles	Se projeter mentalement dans l'avenir	Adopter une persepctive optimiste	Exprimer ses émotions
Pendant	Passer de l'anticipation à l'action	Modifier la situation pour augmenter le positif	Diriger son attention vers le positif et le moment présent	Interpréter les choses de manière positive	Exprimer ses émotions
Après	Choisir un souvenir agréable	Edulcorer ses souvenirs	Revivre mentalement l'événement passé	Interpréter le souvenir de manière positive	Exprimer ses émotions

L’utilisation de stratégies de savoring est positivement liée au bonheur tandis que les stratégies de dampening sont en relation avec un faible niveau de bien-être (Bryant, 2003 ; Qoidbach & al., 2010 cité par Qoidbach, 2012). Un faible niveau de savoring ainsi qu’un niveau élevé de dampening est associé à la dépression unipolaire (Feldman & al., 2008) aux troubles paniques, à la phobie sociale, aux troubles anxieux généralisés et aux troubles obsessionnels compulsifs (Eisner, Johnson & Carver, 2009). Par ailleurs, le fait de générer des émotions positives présente l'intérêt de restaurer le soi et de procurer les ressources nécessaires dans la réalisation de l'acte d'autorégulation (Tice, Baumeister, Shmueli & Muraven, 2007).

Conclusion

La régulation des affects a pour objectif un faible niveau d’affects négatifs et un haut niveau d’affects positifs (Panksepp, 1998) amenant à la prévalence des affects positifs sur les affects négatifs (Bradburn,1969). La régulation des affects intègre la régulation du stress, la régulation des émotions et la régulation de l'humeur (Gross, 2015) impliquant des changements dans les processus de réponse physiologiques, expérientiels et comportementals, qu’ils soient automatiques ou contrôlés, inconscients ou conscients (Gross, 1998).

Tandis que pour Beck au niveau cognitif (Beck, 1967, 1976 ; Beck & Emery, 1985 ; Beck, 1995), la santé mentale négative peut être associée à la maximisation du négatif et la minimisation du positif, la régulation dysfonctionnelle des affects négatifs ainsi que le manque de ré-évaluation positive des situations négatives et de capacité à savourer les situations positives sont liés aux symptômes de santé mentale négative. Au contraire, par la maximisation du positif et la minimisation du négatif, tout en ayant une interprétation adaptée et relativement juste de la réalité (Maslow, 1954 ; Jahoda, 1958), les stratégies de régulation affective fonctionnelles contribuent de manière essentielle à la santé mentale positive par l’intermédiaire de la gestion efficace des affects négatifs (Gross & Munoz, 1995 ; Kring & Werner, 2004).

Dans les événements stressants ou négatifs, la positivité a été étudiée de manière sous-jacente à travers l’optimisme (Tian, Zhang & Huebner, 2018). Plusieurs chercheurs (Scheier, Weintraub & Carver, 1986) ont montré que les personnes optimistes ont tendance à utiliser la stratégie cognitive « ré-évaluation positive » pour résoudre le problème lorsque la situation

stressante est perçue comme contrôlable, alors que lorsque la situation est perçue comme incontrôlable, ils ont tendance à accepter la réalité de la situation. En outre, si savourer implique l'attention (Bryant, 2003 ; Jose & al., 2012) et l'interprétation positive des événements positifs (Langston, 1994), selon Bryant et Veroff (2007), la stratégie de « l'accentuation de la perception sensorielle » ressemble à la distorsion cognitive « abstraction sélective » répertoriée dans la dépression (Beck, 1976) et par conséquent implique la négativité. Les stratégies cognitives de type savoring renvoie à la positivité comme mémoriser les moments plaisants, se féliciter, comparer favorablement la situation présente à une autre, avoir la conscience temporelle de la qualité du moment qui est en train de se dérouler, considérer les bénédictions (Bryant & Veroff, 2007), diriger son attention vers le positif dans le moment présent, se projeter mentalement dans l'avenir, adopter une perspective optimiste, interpréter les choses de manière positive pendant la situation, interpréter les souvenirs de manière positive (Quoidbach, 2012). L'ensemble des stratégies cognitives impliquant les cognitions positives, peut permettre d'expliquer le processus cognitif sous-jacent de la positivité en faisant intervenir l'attention orientée vers le positif ainsi que l'évaluation positive.

Chapitre VII. L'approche conative de la santé mentale

Introduction

Le mot personnalité provient de la Rome Antique à l'époque où l'expression « persona » signifiait « masque de théâtre » alors que le verbe « personare » correspondait à l'acte de « parler à travers ». Ainsi, le terme persona a deux sens, selon que l'acteur de théâtre exprimait différentes émotions et attitudes avec plusieurs masques ou qu'il jouait derrière le masque (Allport, 1970). Depuis la première moitié du XXe siècle, la personnalité constitue un objet de recherche important, de la psychologie différentielle et la notion de trait de personnalité à l'idée plus actuelle de trait dispositionnel de personnalité.

En 1932, McDougall a présenté cinq dimensions afin définir la personnalité : « *« intellect » intelligence et connaissance ; « disposition », tendances conatives et affectives; « temper », mode d'exploitation des tendances conatives, le plus confus et obscur des facteurs ; « temperament », action du corps sur les réactions psychologiques et physiques du système nerveux; « character », organisation des tendances affectives en sentiments et complexes* » (Plaisant, Guertault, Courtois, Réveillère, Mendelsohn, John & 2008, p.3). « *Chacun de ces niveaux … a apporté une contribution à la compréhension des différences individuelles* » (Plaisant, Guertault, Courtois, Réveillère, Mendelsohn, John & 2008, p.3). Un peu plus tard, en 1936, Allport et Odbert ont réalisé une taxonomie de la personnalité. 18 000 mots classés en quatre catégories d'éléments de personnalité ont été repérés : les traits, les états passagers, les jugements de valeur et les caractéristiques (physiques, capacités et talents). Ensuite, Cattell (1943) a repris la liste de mots référencés dans le groupe des traits de personnalité (Allport et Odbert, 1936) et a classé ces mots sémantiquement et empiriquement en 35 variables. Puis en réalisant un enchaînement d'analyses factorielles, il en a extrait une liste de 16 facteurs. Plus tard, Fiske (1949), proposa une version synthétisée de 22 des variables de Cattell, en cinq dimensions. Par la suite, plusieurs recherches (Tupes & Christal, 1961 ; Borgatta, 1964 ; Norman, 1963 ; Smith, 1967 ; Digman & Takemoto-Chock, 1981), confirmèrent la structure de la personnalité en « *cinq facteurs relativement constants et récurrents* » (Tupes & Christal, 1961, p. 14).

Récemment, la recherche a identifié de nouveaux traits de personnalité positifs qui contribuent à la santé mentale. En outre, à l'instar de l'optimisme dispositionnel (Carver & Scheier, 2014),

la positivité est considérée comme un trait de personnalité (Caprara & Steca, 2005). Ainsi, elle est significativement et positivement corrélée à d'autres traits de personnalité tels que l'extraversion, l'agréabilité, la stabilité émotionnelle, l'ouverture d'esprit et l'esprit consciencieux dans plusieurs pays et plusieurs cultures (Caprara & al., 2012).

7.1 Définition de la personnalité

La plupart des psychologues préfèrent définir la personnalité en insistant sur sa structure interne (Allport, 1970). Allport, dès 1937, la définit comme une « *organisation dynamique dans l'individu des systèmes psychophysiques qui déterminent ses ajustements singuliers à son environnement* » (1970, p. 48). Pour Eysenck (1947), la personnalité renvoie à l'ensemble des modes de comportements présents ou potentiels de la personne et est déterminée par l'hérédité ainsi que l'environnement. Cattell (1950) affirme que la personnalité est ce qui permet de prédire ce que fera une personne dans un type de situation. Cottraux (2002), quant à lui, la définit comme « *l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions, et de cognitions. Elle correspond aux modes de réactions émotives, cognitives et comportementales à l'environnement qui caractérisent chaque individu* » (p.47).

7.2 Le Big-Five

En s'appuyant sur les travaux d'Allport et Odbert (1936) et de Cattell (1943), plusieurs chercheurs (Fiske, 1949 ; Tupes & Christal, 1961 ; Borgatta, 1964 ; Norman, 1963 ; Smith, 1967 ; Digman & Takemoto-Chock, 1981) ont déterminé un modèle, le Big Five, qui explique et définit la personnalité en cinq facteurs ou traits indépendants à savoir la stabilité émotionnelle (anciennement névrosisme), l'agréabilité, l'ouverture d'esprit, l'extraversion et l'esprit consciencieux. Allport et Odbert (1936) définissent les traits de personnalité comme « *des tendances déterminantes, générales et personnalisées, des modes cohérents et stables d'adaptation à l'environnement* » (p.26). Allport (1961) suggère que le trait de personnalité est « *une structure neuropsychique ayant la capacité de rendre de nombreux stimuli fonctionnellement équivalents, de déclencher et de guider des formes équivalentes de conduites adaptatives et expressives* ». McCrae et Costa (1990) proposent la définition suivante : « *les traits de personnalité sont des dimensions décrivant des différences individuelles dans les*

tendances à manifester des configurations cohérentes et systématiques de pensées, d'émotions et d'actions » (p.23). Ainsi, les traits de personnalité impliquent « *des différences individuelles dans la tendance à se comporter, penser, ressentir de manière systématique* » (Caspi, 1998 cité par Rolland, 2004, p.18). Ils sont présents, à des degrés différents, d'une personne à une autre, ce qui peut notamment permettre de classer les individus en fonction de chacun de ces traits (McCrae & Costa, 1990). Les cinq traits de personnalité que comprend le Big Five se décomposent chacun en six facettes (Costa & McCrae, 1992).

Tableau 7.1. Traits de personnalité du Big Five et leurs six facettes (Costa & McCrae, 1992)

1) La stabilité émotionnelle ou névrosisme est la « *tendance à éprouver fréquemment et intensément une vaste gamme d'émotions négatives (honte, peur, anxiété, colère, tristesse…)* » (Rolland, 2004, p. 47)

Facettes
Anxiété
Hostilité
Dépression
Timidité sociale
Impulsivité
Vulnérabilité

2) L'extraversion est « *la tendance à rechercher le contact avec l'environnement, et les stimulations agréables qu'il procure, avec énergie, entrain, enthousiasme etc onfiance et à vivre ces expériences de manière positive* » (Rolland, 2004, p. 49)

Facettes
Chaleur
Grégarité
Assertivité
Activité
Recherche de sensations
Emotions positives

3) L'agréabilité est une « *dimension régulant la tonalité des relations et des échanges avec autrui* » qui renvoie à l'empathie, la bienveillance et la chaleur (Rolland, 2004, p. 51-52)

Facettes
Confiance
Droiture
Altruisme
Compliance
Modestie
Sensibilité

4) Le caractère consciencieux est la tendance « *à la motivation, l'organisation et la persévérance dans les conduites orientées vers un but* » (Rolland, 2004, p. 52)

Facettes
Compétence
Ordre
Sens du devoir
Recherche de réussite
Autodiscipline
Délibération

5) L'ouverture d'esprit est « *une dimension régulant les réactions à la nouveauté* » se traduisant par « *des intérêts larges et variés* » ainsi qu'une « *capacité à rechercher et à vivre des expériences nouvelles et inhabituelles* » (Rolland, 2004, p. 50-51)

Facettes
Ouverture aux rêveries
Ouverture à l'esthétique
Ouverture aux sentiments
Ouverture aux actions
Ouverture aux idées
Ouverture aux valeurs

7.3 Vertus et forces de caractère

La recherche s'est attachée à mettre en lumière l'importance que revêt le fait de cultiver l'art d'être une bonne personne sur le plan de la morale, compte tenu du fait que les traits positifs du caractère peuvent être considérés comme associés aux expériences positives ainsi qu'aux institutions positives (Park & Peterson, 2003). Ainsi, les traits de caractère positifs qui engendrent des expériences positives représentent un intérêt considérable car ils ont des effets positifs sur les différentes sphères de la vie sociale comme la famille, l'école, le travail et la communauté (Peterson & Park, 2011). Pour Yearley (1993), la vertu est « *une disposition à agir, désirer, ressentir qui implique d'exercer son jugement et mène à excellence humaine reconnaissable ou à un exemple d'épanouissement humain. De plus l'activité vertueuse implique de choisir la vertu pour elle-même à la lumière d'un plan de vie qui puisse se justifier* » (p.13). Selon Peterson et Park (2011), « *les forces de caractère sont les ingrédients psychologiques, processus ou mécanisme qui définissent les vertus* ». De plus, « *les forces de caractère constitueraient un sous-ensemble de traits de personnalité auquel nous attribuons une valeur morale* » (p. 236). Ces auteurs suggèrent que le bon caractère renvoie à « *un ensemble de différences individuelles : en principe, des forces distinctes que les individus possèdent à divers degrés, manifestés à travers les pensées, les sentiments et les actions, malléables, mesurables, objet de nombreuses influences, proches et distantes* » (p. 236).

En opposition au Manuel de diagnostic des Troubles mentaux (DSM) utilisé pour classer et répertorier les faiblesses et pathologies, la recherche en psychologie positive a développé un manuel de classification Values In Action (Valeurs en Action) qui a pour but d'inventorier les forces (Peterson & Seligman, 2004). Ces auteurs ont déterminé plusieurs critères ce qui les a conduits à identifier 24 forces de caractère.

Tableau 7.2. Critères pour accepter une force de caractère (Peterson et Seligman, 2004)

1. Ubiquité : elle est largement reconnue à travers les cultures
2. Complétude : elle contribue à l'épanouissement individuel, à la satisfaction et au bonheur
3. Moralement valorisée : elle est moralement valorisée de manière à part entière, même en l'absence de résultats bénéfiques évidents
4. Ne diminue pas les autres : elle élève les autres qui en sont témoins, produit de l'admiration et non de la jalousie
5. N'a pas d'opposé positif : les antonymes évidents sont « négatifs »
6. Trait de caractère : elle est différenciable entre les individus, est générale dans les situations et stable dans le temps
7. Mesurable : elle a été mesurée avec succès par les chercheurs comme une différence interindividuelle
8. Le caractère est distinctif : elle n'est pas redondante (conceptuellement ou empiriquement) avec d'autres forces de caractères
9. Modèle : elle est incarnée de manière impressionnante chez certains individus
10. Prodigieux : elle est précocement présente chez des enfants ou des jeunes
11. N'est pas présente chez tout le monde : elle est complètemente absente chez certaines personnes
12. Instituée socialement : elle est le but délibéré de pratiques sociétales et de rituels qui tentent de la cultiver

Peterson et Seligman (2004) ont déterminé un ensemble de vertus présentes et reconnues comme importantes dans les traditions religieuses et philosophiques du monde (Chine, Asie du Sud et l'Occident) : la sagesse et la connaissance, le courage, l'humanité, la justice, la tempérance et la transcendance.

Tableau 7.3. Classification des 6 grandes vertus et des 24 forces de caractère (Peterson & Seligman, 2004) adaptée par Regourd-Laizeau (2013)

Vertu I. Sagesse et connaissance : les forces cognitives qui entraînent l'acquisition et l'utilisation de la connaissance
(1) Créativité : penser à des façons nouvelles et productives pour faire les choses
(2) Curiosité : s'intéresser à toute expérience qui se passe
(3) Ouverture d'esprit : réfléchir et examiner les choses sous tous les aspects
(4) Amour de l'apprentissage : acquisition de nouvelles compétences, sujets et domaines de connaissance
(5) Perspective : être en mesure de donner des conseils sages aux autres
Vertu II. Courage : les forces émotionnelles qui impliquent l'exercice de la volonté d'accomplir des buts face à l'opposition, externe ou interne
(6) Bravoure : pas d'évitement face à la menace, le défi, la difficulté ou la douleur
(7) Persistance : à la fin on recommence
(8) Intégrité : dire la vérité et se présenter de manière authentique
(9) Vitalité : vivre avec enthousiasme et énergie
Vertu III. Humanité : les forces interpersonnelles qui impliquent de se soucier des autres et de se lier avec les autres
(10) Amour : avoir des relations proches avec les autres
(11) Gentillesse : faire de bonnes actions pour les autres
(12) Intelligence sociale : être conscient de ses motivations, de ses sentiments et de ceux des autres
Vertu IV. Justice : les forces civiques qui sous-tendent une vie communautaire saine
(13) Civilité : travail bien comme membre d'un groupe ou d'une équipe
(14) Équité : traitement de toutes les personnes de la même manière selon des notions d'équité et de justice
(15) Leadership: organisation des activités de groupe et accompagne leurs réalisations
Vertu V. Tempérance : les forces qui protègent contre l'excès
(16) Pardon : pardonne à ceux qui ont fait du mal
17) Modestie : les résultats parle à leur place
(18) Prudence : être prudent dans ses choix; ne pas dire au faire des choses que l'on pourrait regretter
(19) Autorégulation : régulation de ce que l'on ressent et de ce que l'on fait
Vertu VI. Transcendance : forces qui établissent des liens avec l'univers et qui apportent un sens à la vie individuelle
(20) Appréciation de beauté et de l'excellence : remarquer et apprécier la beauté, l'excellence, et/ou la prestation talentueuse dans tous les domaines de vie
(21) Gratitude : être conscient et reconnaissant pour les bonnes choses qui arrivent
(22) Espoir : s'attendre au mieux et au travailler pour le réaliser
(23) Humour : aimer rire et plaisanter, faire sourire les autres
(24) Spiritualité : avoir des croyances cohérentes sur les buts et les sens les plus élevés de la vie

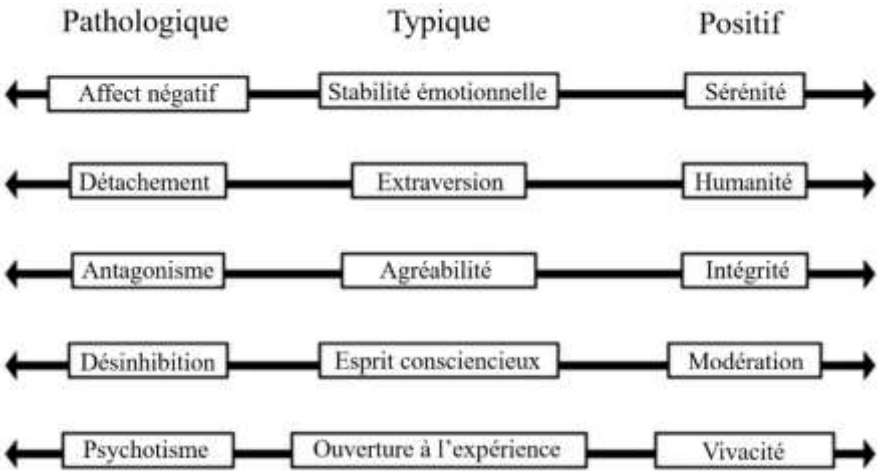
Peterson et Seligman (2004) ont développé un instrument d'évaluation des forces de caractère (Values in Action Inventory of Strengths ; VIA-IS) ; les vertus ne sont pas mesurées car considérées comme « trop abstraites » (p. 31). Pour examiner la structure interne de l'instrument, Peterson et Seligman (2004) ont réalisé une analyse factorielle exploratoire préliminaire qui a abouti à une solution de 5 facteurs : (1) forces de contrainte (équité, modestie, rémission, prudence) ; (2) forces intellectuelles (créativité, curiosité, amour de l'apprentissage, appréciation de la beauté) ; (3) forces interpersonnelles (gentillesse, amour, leadership, travail d'équipe, humeur); (4) forces émotionnelles (bravoure, espoir, autorégulation, entrain) ; et (5) forces théologiques (gratitude, spiritualité). Peterson (2006) propose une solution à deux facteurs bipolaires : d'une part en opposant les forces qui nécessitent une expression émotionnelle (humeur, espoir) et les forces de contrainte intellectuelle (autorégulation, persévérance), et d'autre part les forces orientées vers l'individu (créativité, curiosité) en opposition aux forces orientées vers la collectivité (gentillesse, direction, travail d'équipe). Il n'y a pas de preuves de la structure factorielle et de la validité transculturelle du VIA-IS (Peterson & Seligman, 2004 ; Otake & al., 2005 ; Brdar & Kashdan, 2010 ; Ruch & al., 2010 ; Shryack & al., 2010 ; Singh & Choubisa, 2010 ; Cosentino, 2011 ; Duan & al., 2012 ; McGrath, 2014 ; Ng & al., 2017). Ruch et Proyer (2015) ont conclu que l'approche la plus pertinente pour tester conceptuellement le VIA-IS devrait reposer sur le jugement d'experts plutôt que sur l'analyse factorielle comme pour beaucoup d'autres construits psychologiques (De la Iglesia & Castro Solano, 2018b). Plusieurs recherches empiriques démontrent que les vertus et forces de caractère prédisent l'augmentation du bonheur et la diminution de symptômes dépressifs (Proyer & al., 2015), le bien-être (Martínez Martí & Ruch, 2014), l'augmentation des stratégies de coping pour mieux gérer le stress au travail (Harzer & Ruch, 2015), la productivité au travail (Lavy & Littman-Ovadia, 2017) et la réussite scolaire (Wagner & Ruch, 2015)

7.4 Le modèle de personnalité positive

De la Iglesia et Castro Solano (2018a) ont présenté le modèle de personnalité positive (PPM). Ce modèle s'est développé en s'appuyant sur la classification des maladies mentales du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ainsi que les indicateurs pathologiques inclus dans le PID-5 (Krueger et al., 2013). Les chercheurs ont reformulé de manière positive les 220 items du PID-5 et ont regroupé ces éléments dans cinq domaines qui ont été nommés bien-être, liens

positifs, humanité, modération et lucidité. Dans une autre étude, De la Iglesia et Castro Solano (2018b) ont proposé l'idée d'un continuum maladie mentale-santé mentale pour chaque trait de personnalité allant de l'état pathologique, en passant par le trait typique (trait de personnalité du Big-Five) jusqu'au trait positif. Ce modèle propose pour traits de personnalité positifs : la sérénité, l'humanité, l'intégrité, la modération et la vivacité.

Figure 7.4. Classification du continuum maladie mentale-santé mentale pour chaque trait de personnalité (De la Iglesia et Castro Solano, 2018b)



La version inversée de l'affect négatif est la sérénité, qui va au-delà de la stabilité émotionnelle. L'humanité est l'extrémité positive du continuum détachement-extraversion. L'intégrité est la version opposée de l'antagonisme et la version positive de l'agréabilité. La modération est la version positive de la désinhibition et de l'esprit consciencieux. La vivacité est l'extrémité positive du continuum psychotisme-ouverture à l'expérience.

Conclusion

La recherche sur la personnalité s'est développée depuis la première moitié du XXe siècle grâce à l'approche différentielle avec le Big-Five (Fiske, 1949 ; Tupes & Christal, 1961 ; Borgatta, 1964 ; Norman, 1963 ; Smith, 1967 ; Digman & Takemoto-Chock, 1981). Le Big Five (Costa & McCrae, 1992) recense cinq traits de personnalité : la stabilité émotionnelle ou le névrosisme, l'extraversion, l'agréabilité, le caractère consciencieux et l'ouverture d'esprit.

Plus tard, la recherche en psychologie positive propose de répertorier un ensemble de forces de caractère représentant les vertus et qui ont une valeur morale (Peterson & Park, 2011). Les traits de caractère positifs présentent un intérêt dans la mesure où ils induisent de multiples effets positifs dans les différentes sphères de la vie sociale comme la famille, l'école, le travail et la communauté (Peterson & Park, 2011). La validité transculturelle du modèle structurel VIA n'a pas été démontré (Peterson & Seligman, 2004 ; Otake & al.,2005 ; Brdar & Kashdan, 2010 ; Ruch & al., 2010 ; Shryack & al., 2010 ; Singh & Choubisa, 2010 ; Cosentino, 2011 ; Duan & al.,2012 ; McGrath, 2014 ; Ng & al., 2017), et McGrath (2014), en réalisant une étude sur un large échantillon de 458 998 d'adultes américains, a trouvé une nouvelle dimension, la positivité, composée des items provenant de plusieurs échelles (principalement l'espoir et la vitalité) mesurant l'enthousiasme, l'espoir et l'optimisme. Ces items renvoient à « *l'attitude positive* » (p.9), la positivité représentant ainsi un « *complément potentiellement pertinent au répertoire des forces de caractère* » (p.10).

Alors que le modèle de personnalité positive (PPM ; De la Iglesia et Castro Solano, 2018a, 2018b) propose un continuum maladie mentale-santé mentale pour chaque trait de personnalité du Big-Five, plusieurs chercheurs (Lauriola & Iani, 2015, 2016) ont démontré le rôle médiateur joué par la positivité dans la relation entre certains traits de personnalité (la stabilité émotionnelle et l'extraversion) et le bonheur. La positivité, peut-elle être considérée comme une extrémité positive au même titre que la sérénité, l'humanité, l'intégrité, la modération et la vivacité ? Ou plutôt, pouvons-nous concevoir un continuum allant de la négativité (trait pathologique) à la perspicacité (trait positif), en passant par la positivité (trait typique) ?

Conclusion de la revue de littérature

Alors qu'au début de la deuxième partie du XXème siècle, Maslow (1954) proposa d'étudier la santé mentale par le prisme d'une « psychologie positive » (p.278), Seligman et Csikszentmihalyi (2000) ont posé au début du XXIème siècle les fondements du courant de recherche en psychologie positive qui « *à un niveau subjectif concerne la valorisation des expériences subjectives : le bien-être, la satisfaction (dans le passé), les états de grâce, le bonheur (pour le présent), l'espoir et l'optimisme (pour le futur)* » (p.5). La psychologie positive permet ainsi d'explorer « *les cognitions, en particulier la façon dont les cognitions positives nous aide à vivre, et comment l'on peut passer d'un mode d'interprétation pessimiste de l'existence à un mode optimiste* » (Lecomte, 2011, p.9). Par conséquent, elle explore la manière dont on peut passer de la négativité à la positivité, ce qui revient aussi à aborder la manière dont on peut passer de la santé mentale négative à la santé mentale positive.

Plusieurs chercheurs (Lambert, Passmore & Holder, 2015) proposent une cartographie des orientations de recherche en psychologie positive, en apportant un « *plan des théories et des modèles sur le bien-être en psychologie positive, en vue d'établir un point de départ pour l'établissement d'un cadre intégrateur* » (p.317). Cette cartographie intègre les traditions philosophiques qui apportent « *un cadre fondamental dans lequel les théories positives de la psychologie peuvent être comprises* » (p.311) ainsi que « *des modèles sur le bien-être qui ne correspondent pas aux cadres traditionnels* » (p.317). Ils répertorient quatre catégories de modèles : les modèles basés sur les traditions philosophiques, les modèles qui s'appuient sur la combinaison entre les traditions philosophiques, ainsi que deux types de conceptualisations alternatives du bien-être en dehors des traditions philosophiques : les théories contemporaines du bien-être qui relèvent du cadre psychologique (Diener & Ryan, 2009) et les théories et modèles hybrides du bien-être qui « *associent théorie, recherche et philosophie de divers paradigmes* » (Lambert, Passmore & Holder, 2015, p.315).

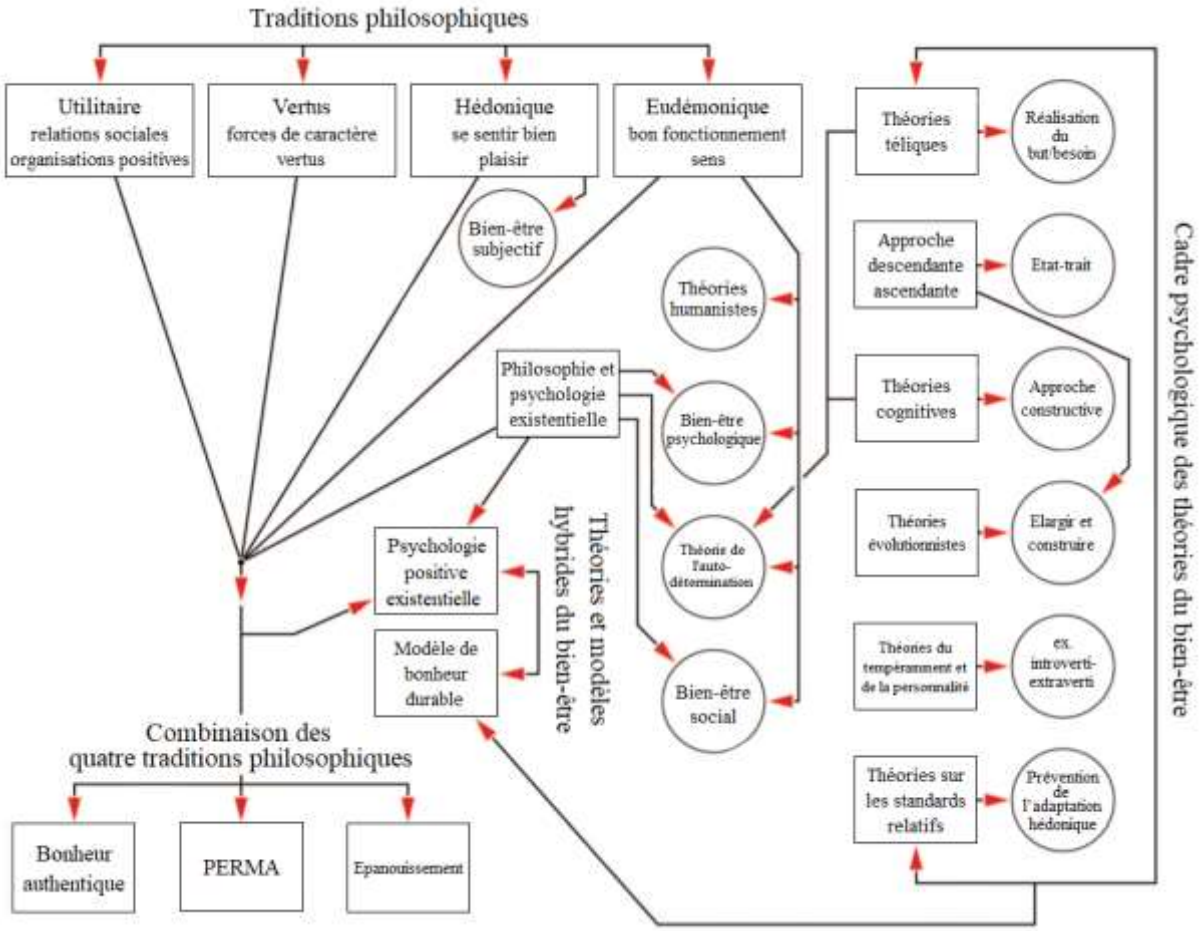
Les traditions philosophiques regroupent la tradition philosophique utilitaire qui se « *concentre sur le plus grand bonheur pour le plus grand nombre* » (Brülde & Bykvist, 2010, cité par Lambert, Passmore & Holder, 2015, p.311), la tradition philosophique des vertus, la tradition philosophique hédoniste et la tradition philosophique eudémoniste.

La combinaison des quatre traditions philosophiques comprend les modèles intégratifs : (1) le bonheur authentique (Seligman, 2002), (2) le modèle PERMA (Seligman, 2011), (3) l'épanouissement (Keyes, 2002, 2005).

Les théories contemporaines du bien-être relevant du cadre psychologique (Diener & Ryan, 2009) comprennent (1) les « théories téliques » dans lesquelles le bien-être renvoie aux buts atteints ou aux besoins satisfaits, (2) les théories ascendantes et descendantes, les premières dans lesquelles, le bien-être est la conséquence d'accumulations d'expériences ayant des effets positifs, les secondes dans lesquelles le bien-être émane d'une tendance à faire l'expérience du monde de manière spécifique, (3) les théories cognitives qui considèrent que ce sont les processus cognitifs qui déterminent le bien-être, (4) les théories évolutionnistes impliquant la valeur évolutive des émotions positives, (5) les théories du tempérament et de la personnalité qui expliquent une large part du bien-être, (6) les théories sur les standards relatifs impliquant des comparaisons entre les normes basées sur « *son passé, d'autres individus, ses idéaux ou les conditions réelles* » (Lambert, Passmore & Holder, 2015, p.315), comme par exemple le modèle de prévention de l'adaptation hédonique (Sheldon, Boehm & Lyubomirsky, 2012 ; Sheldon & Lyubomirsky, 2012).

Les théories et modèles hybrides du bien-être « *associent théorie, recherche, et la philosophie de divers paradigmes* » (Lambert, Passmore & Holder, 2015, p.315). Ils comprennent : (1) le « modèle de bonheur durable » dans lequel on considère que de multiples facteurs tels que la génétique, les circonstances et le choix personnel expliquent le bien-être (Lyubomirsky & al., 2005) et, (2) la « psychologie positive existentielle » (Wong, 2010) qui propose « *la fusion de la psychologie existentielle et de la psychologie positive en intégrant les aspects positifs et négatifs de la vie humaine et de son existence* » (Lambert, Passmore & Holder, 2015, p.316).

Figure D. Cartographie des orientations de recherche en santé mentale positive (Lambert, Passmore & Holder, 2015)



D'un point de vue conceptuel, la positivité peut être associée à différents types d'approches, philosophiques et non-philosophiques. Dans les traditions philosophiques, elle a un rapport avec (1) la tradition philosophique des vertus, la positivité représentant une force de caractère (McGrath, 2014), (2) la tradition eudémoniste de par l'estime de soi et l'optimisme dans le bien-être psychologique (Diener & al., 2010), (3) la tradition hédoniste de par la satisfaction de vie dans le bien-être subjectif (Diener, 1984). Dans le cadre psychologique des théories du bien-être de traditions non-philosophiques, elle est impliquée dans (1) les « théories téliques » de par l'optimisme (Carver & Scheier, 2014), (2) les théories cognitives (Alessandri & al., 2012 ; Caprara & al., 2010) ainsi que (3) les théories de la personnalité (Caprara & Steca, 2005).

ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre VIII. Problématique, objectifs et méthodologie de recherche

Introduction

La positivité est la dimension de base de l'affect positif et de la santé mentale positive, les cognitions et affects positifs permettant de prévenir les troubles psychologiques à court terme ainsi que de compenser la maladie mentale. Elle constitue ainsi une force dans la santé mentale. Explorée de manière sous-jacente à travers la satisfaction de vie, l'estime de soi et l'optimisme dans le cadre de nombreuses études (Tian, Zhang & Huebner, 2018), elle a ainsi été abordée, par plusieurs courants de recherches tels que la psychologie développementale, la psychologie clinique, la psychologie humaniste, la psychologie sociale, la psychologie de la personnalité. La psychologie positive quant à elle, « *développe une conception globale de l'être humain* », avec ses « *multiples facettes* », « *dans une orientation positive* », « *étant ainsi une discipline qui en regroupe d'autres* » (Lecomte, 2011, p.9).

Peterson (2000, p. 47), au début du XXIème siècle, constatait que l'optimisme avait un effet sur de nombreuses variables sans que les raisons ne soient toujours expliquées. Par l'intermédiaire de leur dimension commune, la positivité, peut-on déterminer de manière structurée et cohérente l'ampleur de l'influence positive de l'estime de soi, de l'optimisme et de la satisfaction de vie dans la santé mentale ? Ces concepts qui ont fait l'objet de nombreuses recherches n'ont jamais véritablement été utilisés comme dimension d'un construit global, la cognition, avec un versant positif et un versant négatif. Adopter une conception globale de la cognition, dans son orientation positive, pourrait permettre de mieux décrire et de mieux expliquer la santé mentale positive dans son ensemble, et d'apporter ainsi davantage de cohérence à sa structure. Cela donnerait la possibilité de concevoir la tendance à l'évaluation positive comme un construit général multidimensionnel intervenant dans l'ensemble des domaines de vie, à travers le fonctionnement psychologique ainsi que dans la régulation de l'évaluation positive de soi, de ses expériences (passées, présentes, futures) dans les différents domaines de vie. Par conséquent, cela permettrait de mieux expliquer la vision positive, de manière générale, ainsi que sa régulation et ce, d'autant plus qu'elle détermine l'affect positif.

8.1 Problématique et objectifs de recherche

En s'appuyant sur une approche intégrative, cette thèse propose de déterminer l'influence de la positivité dans la santé mentale positive, en abordant son rôle et sa place, que ce soit dans la structure de la subjectivité (approche hédoniste), dans le fonctionnement psychologique positif (approche eudémonique) ou de manière simultanée. Elle adoptera trois perspectives de recherche différentes : (1) définir la place de la positivité dans la subjectivité mentale, (2) déterminer sa place et son rôle dans le fonctionnement de la santé mentale positive, (3) repérer son rôle dans la régulation émotionnelle fonctionnelle.

(1) La première perspective de recherche aura pour objectif de définir la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale

Dans un premier temps, il s'agira de déterminer la structure cognitive de la santé mentale, de situer la positivité dans cette structure, notamment en opposition et en complément de la négativité. Nous explorerons la structure factorielle des échelles d'estime de soi et d'optimisme avec pour hypothèse l'existence de deux facteurs reflétant la cognition positive et la cognition négative à propos de soi et du futur. Par la suite, nous testerons différentes modélisations de la structure cognitive avec pour hypothèse le caractère multifacette de la sphère cognitive avec la présence d'une dimension globale, la cognition, co-existant avec les dimensions cognitions positives, cognitions négatives à propos de soi et du futur.

Dans un deuxième temps, nous adapterons et validerons l'échelle de positivité en langue française à travers trois études : (a) l'analyse factorielle confirmatoire de l'échelle, (b) l'analyse de la fiabilité et la fidélité test-retest de l'échelle, (c) l'exploration de la validité convergente, divergente et discriminante de l'échelle.

Dans un troisième temps, nous explorerons la place de la positivité parmi les autres dimensions déjà reconnues de la subjectivité mentale : la négativité, l'affect négatif et l'affect positif. Pour commencer, nous examinerons la structure de l'échelle des affects positifs et des affects en version courte. Puis, l'hypothèse du modèle du bien-être subjectif (satisfaction de vie, affect positif, affect négatif) ainsi que la version dispositionnelle du bien-être subjectif (positivité, affect positif, affect négatif) seront étudiées. Pour finir, nous testerons différentes modélisations

de la subjectivité mentale en posant l'hypothèse que la structure bi-dimentionnelle de la santé mentale, constituée de la santé mentale positive et de la santé mentale négative, implique une structure bi-dimentionnelle de la subjectivité mentale comprenant la subjectivité positive (positivité, affect positif) et la subjectivité négative (négativité, affect négatif).

(2) La deuxième perspective de recherche aura pour objectif de déterminer la place et le rôle de la positivité dans la santé mentale positive.

Dans un premier temps, nous explorerons la relation qu'entretient la positivité avec la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux ainsi que l'affect positif et l'affect négatif. Nous testerons notamment l'hypothèse d'un effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif.

Dans un deuxième temps, nous testerons la relation entre la positivité et les indicateurs de santé mentale positive afin d'étudier : (a) l'existence d'un modèle de la santé mentale positive comprenant la positivité, (b) l'effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif, (b) l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif.

Dans un troisième temps, nous explorerons la relation entre la positivité, les stratégies de régulation motivationnelle des comportements et le bonheur et poserons l'hypothèse d'un effet médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation motivationnelle autonomes et le bonheur subjectif.

(3) La troisième perspective de recherche aura pour objectif de déterminer le rôle de la positivité dans la régulation émotionnelle fonctionnelle des situations (négatives ou positives).

Dans un premier temps, les relations entre la négativité, la positivité, les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles ainsi que l'affect positif et l'affect négatif, dans les situations négatives seront explorées. Plusieurs hypothèses seront testées : (a) l'existence d'un modèle du fonctionnement de la subjectivité mentale positive, (b) l'effet médiateur de la régulation émotionnelle fonctionnelle dans la relation entre l'affect négatif et l'affect positif, (c) l'effet

médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect positif/l'affect négatif.

Dans un deuxième temps, nous étudierons dans les situations positives, la relation entre la positivité, le savoring dans les situations positives et le bonheur avec notamment pour hypothèse l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre le savoring et le bonheur subjectif.

Cette thèse à travers l'ensemble de ces perspectives de recherches aura ainsi pour objectif d'aborder progressivement le rôle et la place de la positivité dans la santé mentale, (1) en définissant sa place, notamment en opposition à la négativité, dans la dimension subjective de la santé mentale, (2) son rôle dans le fonctionnement positif de la santé mentale positive, notamment au regard des concepts impliquant le développement de la santé mentale positive ainsi que la régulation de sa dimension affective.

8.2 Méthodologie

Les tableaux ci-dessous présentent les échantillons, les échelles, les analyses statistiques et les logiciels qui seront utilisés.

Tableau E. Synthèse des échantillons dans les études

		Echantillon	Répartion selon le sexe	Age
Objectif de recherche 1	Etude 1	1114 adultes	74,9 % de femmes 25,1% d'hommes	Min = 18 ans, Max = 74 ans Moy = 37,66 ans, ET = 12,71
	Etude 2	300 adultes	86,9% de femmes 13,1% d'hommes	Min = 22 ans, Max = 72 ans Moy = 39,92 ans, ET = 10,84
		51 personnes	66,7 % de femmes 33,3 % d'hommes	Min = 18, Max = 69 ans Moy = 40,6 ans, ET = 14.11
		489 adultes	77,7 % de femmes 22,3 % d'hommes	Min = 19 ans, Max = 74 ans Moy = 42,17 ans, ET = 11,91
	Etude 3	822 adultes	77,6 % de femmes 22,4 % d'hommes	Min = 18 ans, Max = 74 ans Moy = 36,89 ans, ET = 13,25
Objectif de recherche 2	Etude 1	186 étudiants	85,5 % de femmes 14,5 % d'hommes	Min = 18 ans, Max = 47 ans Moy = 22,33 ans, ET = 3,89
	Etude 2	243 personnes actives	81,1 % de femmes 18,9 % d'hommes	Min = 23 ans, Max = 69 ans Moy = 41,36 ans, ET = 11,11
	Etude 3	289 personnes actives	61,2 % de femmes 38,8 % d'hommes	Min = 22 ans, Max = 65 ans Moy = 42,15 ans, ET = 10,02
Objectif de recherche 3	Etude 1	328 personnes actives	70.7 % de femmes 29,3 % d'hommes	Min = 21 ans, Max = 64 ans Moy = 41,64 ans, ET = 10,67
	Etude 2	276 personnes actives	39,1 % de femmes 60,9 % d'hommes	Min = 22 ans, Max = 65 ans Moy = 42,04 ans, ET = 10,11

Tableau F. Synthèse des outils utilisés dans les études

		Echelles	Analyses statistiques	Logiciels d'analyse
Objectif de recherche 1	Etude 1	Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale	Moyenne Ecart-type Modèle factoriel et bi-factoriel Cohérence interne Corrélation Validité convergeante Validité discriminante	SPSS AMOS
	Etude 2	Positivity Scale Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale Positive and Negative Affect Schedule	Moyenne Ecart-type Modèle factoriel et bi-factoriel (CFA, ESEM) Cohérence interne Test-retest Corrélation Validité convergeante Validité discriminante	SPSS MPLUS AMOS
	Etude 3	Positivity Scale Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale Positive and Negative Affect Schedule	Modèle factoriel et bi-factoriel Cohérence interne Moyenne Ecart-type	SPSS AMOS
Objectif de recherche 2	Etude 1	Positivity Scale Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale Positive and Negative Affect Schedule Psychological Need Satisfaction Inventory	Moyenne Ecart-type Cohérence interne Corrélation Modèle de médiation	SPSS AMOS
	Etude 2	Positivity Scale Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale Positive and Negative Affect Schedule Mental Health Continuum–Short Form	Moyenne Ecart-type Cohérence interne Corrélation Modèle factoriel et bi-factoriel Modèle de médiation	SPSS AMOS
	Etude 3	Positivity Scale Echelle de motivation globale Subjective Happiness Scale	Moyenne Ecart-type Cohérence interne Corrélation Modèle de médiation	SPSS AMOS
Objectif de recherche 3	Etude 1	Positivity Scale Rosenberg Self-esteem Scale Life Orientation Test-Revised Satisfaction With Life Scale Positive and Negative Affect Schedule Cognitive Emotional Regulation Questionnaire	Moyenne Ecart-type Cohérence interne Corrélation Modèle bi-factoriel Modèle de médiation	SPSS AMOS
	Etude 2	Positivity Scale Mindful Attention Awareness Scale Savoring Beliefs Inventory Subjective Happiness Scale	Moyenne Ecart-type Cohérence interne Corrélation Modèle factoriel et bi-factoriel Modèle de médiation	SPSS AMOS

8.2.1 Déontologie

Pour chaque étude, les participants ont signé un formulaire de consentement expliquant le cadre confidentiel et anonyme de l'étude et la possibilité d'interrompre la participation à tout moment.

8.2.2 Présentation des échelles

L'échelle de Positivité (*The Positivity Scale* ; Caprara & al., 2012) est un instrument constitué de 8 items qui évaluent la tendance à avoir une vision positive de soi (3 items, par exemple, « *En général, j'ai confiance en moi* »), des autres (1 item, « *Les autres sont généralement présents pour moi quand j'ai besoin d'eux* »), de l'avenir (3 items, par exemple, « *J'ai une grande confiance en l'avenir* ») et de la vie (1 item, « *Je suis satisfait(e) de ma vie* »). Le participant est invité à répondre sur une échelle de Likert en 5 points allant de (1) « Pas du tout d'accord » à (5) « Tout à fait d'accord ».

The Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965) est une échelle qui mesure l'estime de soi d'une personne de manière générale. Dans sa version francophone, elle a été validée par Vallières et Vallerand (1990). L'échelle est constituée de 10 items ; 5 items sont formulés positivement (par exemple, « *J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même* ») et 5 items sont formulés négativement (par exemple, « *Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)* »). Les participants doivent répondre sur une échelle de Likert en 4 points allant (1) « Tout à fait en désaccord » à (4) « Tout à fait en accord ».

The Life Orientation Test-Revised (Scheier, Carver & Bridges, 1994) est une échelle qui évalue les attentes à l'égard de l'avenir. Cet instrument a été adapté et validé par Trottier, Mageau, Trudel et Halliwell (2008) en langue française. Nous avons utilisé les 6 items de l'échelle qui évalue l'orientation vers le futur, les 4 autres items de l'échelle originale étant des leurres. Dans les items utilisés, 3 items correspondent aux attentes positives envers le futur (par exemple, « *Je suis toujours optimiste face à mon avenir* ») et 3 items réfèrent aux attentes négatives sur l'avenir (par exemple, « *Je m'attends rarement à ce que de bonnes choses m'arrivent* »). Les participants répondent sur une échelle de Likert en 5 points allant (0) « Totalement en désaccord » à (4) « Totalement d'accord ».

The Satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) est un instrument qui évalue la satisfaction de vie globale d'une personne. Cette échelle, qui est composée de 5 items (par exemple, « *Je suis satisfait(e) de ma vie* »), a été traduite et validée en langue française par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). Les participants doivent indiquer leur degré d'accord à partir d'une échelle en 7 points, allant de (1) « Fortement en désaccord » à (7) « Fortement en accord ».

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS ; Watson, Clark & Tellegen, 1988) est un instrument composé de 20 items, dont 10 d'entre eux mesurent les affects positifs (par exemple, « *Enthousiaste* ») et les 10 autres évaluent les affects négatifs (par exemple, « *Nerveux(se)* »). Cette échelle a été traduite et validée en langue française par Gaudreau, Sanchez et Blondin (2006). Les participants doivent indiquer leur degré d'accord sur une échelle de Likert en 5 points allant (1) « Très peu ou pas du tout » à (5) « Enormément ».

Psychological Need Satisfaction Inventory (Monseur, Mikolajczak & Kotsou, 2010) est une échelle en langue française qui évalue la satisfaction des besoins psychologiques en 23 items. Elle mesure le besoin de sécurité (3 items, par exemple, « *Je me sens en sécurité dans mon environnement habituel* »), le besoin de relation (4 items, par exemple, « *Je me sens intégré et accepté par les autres* »), le besoin d'autonomie (4 items, par exemple, « *Je me sens libre de vivre ma vie comme je l'entends* »), le besoin d'estime de soi (4 items, par exemple, « *J'estime être quelqu'un de valable* »), le besoin de stimulation (4 items, par exemple, « *Je prends le temps pour des activités qui me passionnent* ») ainsi que le besoin de sens et de spiritualité (4 items, par exemple, « *Je me sens en connexion avec le monde* »). Les participants doivent indiquer leur degré d'accord sur échelle de Likert en 7 points allant de (1) « Pas du tout d'accord » et (7) « Tout à fait d'accord ».

The Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF ; Keyes, 2005) est une échelle constituée de 14 items mesurant le bien-être émotionnel (3 items, par exemple, « *Vous étiez heureux(se)* ») par l'évaluation de l'affect positif et de la satisfaction dans la vie, le bien-être psychologique (6 items, par exemple, « *Vous aimez la plupart des facettes de votre personnalité* ») par la mesure de l'acceptation de soi, la croissance personnelle, le sens dans la vie, la maîtrise de l'environnement, l'autonomie, les relations positives avec les autres, le bien-être social

(5 items, par exemple, « *Vous avez quelque chose d'important à apporter à la société* ») à travers la mesure de la cohérence sociale, l'acceptation sociale, l'actualisation sociale, la contribution sociale, l'intégration sociale. Dans sa version francophone, elle a été validée par Doré, O'Loughlin, Sabiston et Fournier (2016). Les participants répondent sur une échelle de Likert en 6 points allant de (0) « Jamais » à (5) « Tout le temps ».

L'échelle de motivation globale (Guay, Blais, Vallerand & Pelletier, 2003) est un instrument qui évalue les différents degrés de motivation : l'amotivation, les trois types de motivation extrinsèque (régulation externe, introjectée et identifiée) et les trois types de motivation intrinsèque (la connaissance, la stimulation et la réalisation) (Vallerand & Thill, 1993). Chaque sous-échelle est constituée de 4 items, pour un total de 28 items. Les participants doivent répondre sur une échelle de Likert en 7 points allant de (1) « Ne correspond pas du tout » à (7) « Correspond exactement ».

The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ ; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) est une échelle de 36 items qui mesure les stratégies cognitives de régulation émotionnelle en évaluant d'une part les stratégies de régulation adaptatives et d'autre part les stratégies de régulation non-adaptatives. Cet instrument a été adapté et validé par Jermann, Van der Linden, D'Acremont et Zermatten (2006) en langue française. Les stratégies de régulation adaptatives sont l'acceptation, la centration positive, la centration sur l'action, la réévaluation positive et la mise en perspective. Les stratégies de régulation non-adaptatives sont le blâme de soi, la rumination, la dramatisation, le blâme d'autrui. Le CERQ a été validé dans des échantillons d'adolescents (Garnefski et al., 2001) et d'adultes (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer & Teerds, 2002). Les résultats de la validation de l'échelle ont montré que les stratégies sont fortement corrélées entre elles et que les échelles peuvent être classées en deux groupes avec d'une part les sous-échelles relevant des stratégies adaptatives et d'autre part avec les sous-échelles renvoyant aux stratégies non adaptatives (Garnefski et al., 2001). Les participants répondent sur une échelle de Likert en 5 points allant de (1) « Presque jamais » à (5) « Presque toujours ».

The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS ; Brown & Ryan, 2003) est une échelle composée de 15 items qui évalue le degré d'attention et de sensibilité à ce qui se passe dans le

moment présent. Elle a été traduite et validée en langue française par Jermann, Billieux, Larøi, D'Argembeau, Bondolfi, Zermatten et Van der Linden (2009). Les participants doivent indiquer une fréquence dans le temps sur une échelle de Likert en 6 points allant de (1) « presque toujours » à (6) « presque jamais ».

The Savoring Beliefs Inventory (Bryant, 2003) est un questionnaire constitué de 24 items, divisés en trois sous-échelles reflétant les attitudes envers les expériences positives à savourer, selon les trois orientations temporelles, le passé (8 items, par exemple, « *J'aime me pencher sur les bons moments de mon passé)* »), le présent (8 items, par exemple, « *Je sais comment profiter d'un bon moment* ») et le futur (8 items, par exemple, « *Je me réjouis joyeusement quand je pense aux bonnes choses à venir.*»). La moitié des items est formulée positivement, tandis que l'autre moitié est formulée négativement. Elle a été traduite en langue française et sa structure a été validée par Golay, Thonon, Nguyen, Fankhauser et Favrod (2018). Les participants doivent répondre sur une échelle de en 7 points allant de (1) « Pas du tout d'accord » à (7) « Tout à fait d'accord ».

The Subjective Happiness Scale (SHS ; Lyubomirsky & Lepper, 1999) est une échelle composée de 4 items qui mesurent le bonheur subjectif global. Elle a été traduite et validée en langue française par Kotsou et Leys (2017). Les participants doivent indiquer leur degré de bonheur et comparer leur bonheur aux autres à partir d'une échelle de Likert en 7 points.

8.2.3 Présentation des analyses statistiques

Différents types d'analyses statistiques seront effectuées : l'analyse factorielle, la cohérence interne, la corrélation entre les construits, la validité convergente, la validité discriminante et l'analyse de l'effet médiateur.

Modèle factoriel

L'approche bi-factorielle multi-construit (Koch, Holtmann, Bohn & Eid, 2017) a souvent été utilisée pour des modèles avec traits d'état latent relevant de plusieurs construits (Courvoisier, Eid & Nussbeck, 2007 ; Luhmann, Schimmack & Eid, 2011) dans des études impliquant un facteur général (Hamaker, Kuiper & Grasman, 2015). Plusieurs chercheurs (Koch et al., 2017)

recommandent, dans l'application des stratégies de modélisation, l'utilisation d'un plan de mesures concret ainsi que les schémas de corrélations entre les facteurs latents. Le modèle bi-factoriel permet d'examiner la structure d'un modèle sous l'angle d'une coexistence entre un facteur global sous-jacent à tous les items (Facteur G) et des facteurs spécifiques (Facteur S), les facteurs spécifiques représentant la partie de la variance non expliquée par le Facteur G (Morin, Boudrias, Marsh, McInerney, Dagenais-Desmarais, Madore & Litalien, 2017). Dans le modèle bi-factoriel, le Facteur G représente la covariance partagée entre tous les items et le Facteur S correspond à la covariance commune entre un sous-ensemble d'items excepté les autres items (Howard, Gagné, Morin, Wang & Forest, 2018). Les facteurs S sont définis pour être orthogonaux les uns par rapport aux autres (Gignac, 2016 ; Morin, Arens & Marsh, 2016 ; Reise, 2012) tout en étant en relation avec le Facteur G (Gignac, 2016 ; Morin, Arens & Marsh, 2016 ; Morin, Arens, Tran & Caci, 2016 ; Reise, 2012). Le modèle bi-factoriel permet de mesurer la variance provenant des facteurs spécifiques indépendamment de la variance provenant du facteur global.

Nous avons utilisé le modèle hypothétique via le maximum de vraisemblance et mesuré plusieurs indices (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003) : le chi-carré, le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR ; Bentler, 1995) et le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA ; Steiger & Lind, 1980) recommandé par Hu et Bentler (1999), ainsi que le Comparative Fit Index (CFI, Bentler, 1990) et le Tucker-Lewis Index (TLI, Tucker & Lewis, 1973). Une valeur supérieure à 0,90 pour le CFI et le TLI est acceptable (Bentler, 1992 ; Schumacker & Lomax, 1996). Le SRMR est considéré comme satisfaisant lorsqu'il est inférieur 0,08 (Hu & Bentler, 1999). Steiger (1989), Browne et Cudeck (1993) et Byrne (2013) proposent que lorsque le RMSEA est situé entre 0,00 et 0,05 cela indique une très bonne qualité d'ajustement, entre 0,05 et 0,08 un ajustement de bonne qualité, entre 0,08 et 0,10 un ajustement médiocre, supérieur à 0,10 un ajustement inacceptable. Plusieurs critères d'information ont été utilisés pour la comparaison des modèles alternatifs : Akaike Information Criterion (AIC ; Akaike, 1987), le Bayésien Critère d'Information (BIC ; Schwartz, 1978), et la taille de l'échantillon BIC ajusté (ABIC ; Sclove, 1987). Ces critères d'informations ne décrivent pas l'ajustement du modèle, ils permettent d'indiquer le meilleur modèle lorsque l'on compare des modèles alternatifs. Un modèle avec les valeurs les plus basses pour ces critères d'informations correspond au meilleur modèle d'ajustement. L'ensemble de ces principes ne

sont pas des règles strictes, mais des lignes directrices approximatives à utiliser en association avec l'estimation des paramètres, la conformité statistique et l'adéquation théorique (Marsh, Hau & Wen, 2004 ; Marsh, Hau & Grayson, 2005).

Cohérence interne

La cohérence interne a été examinée par l'intermédiaire de l'Alpha de Cronbach, dont on considère qu'une valeur supérieure à 0,70 est satisfaisante (Cronbach, 1956), et de la fiabilité composite où il est attendu une valeur supérieure à 0,70, même si une valeur supérieure à 0,60 est acceptable (Fornell & Larcker, 1981 ; Diamantopoulos et Siguaw, 2000).

Corrélation entre les construits

Cohen (1969) propose d'interpréter l'intensité de la corrélation (Pearson, 1896), selon trois repères : entre .10 et .30 la corrélation est faible, entre .30 et .50 la corrélation est modérée, supérieure à .50 la corrélation est forte.

Validité convergente

Nous avons analysé la validité convergente avec la variance moyenne extraite et la fiabilité composite pour chacune des échelles. Pour la variance moyenne extraite de chaque construit, une valeur supérieure à 0,50 est satisfaisante (Bagozzi, Yi & Phillips, 1991 ; Chin, 1998, Fornell & Larcker, 1981), alors qu'une valeur supérieure à 0,40 reste acceptable (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

Validité discriminante

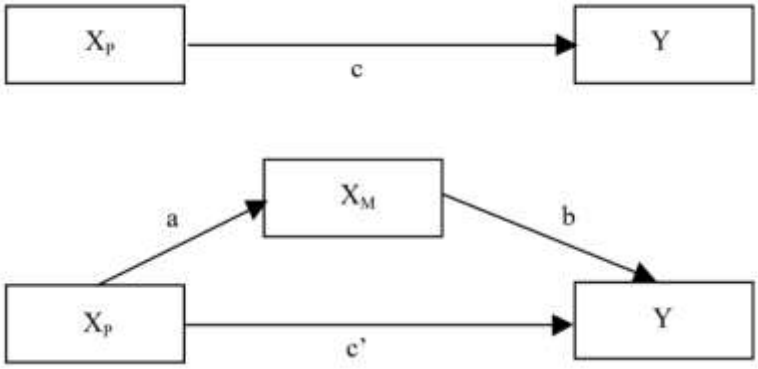
Pour la validité discriminante, la racine carrée de la variance extraite moyenne de chaque construit doit être supérieure à chacune des corrélations entre le construit et les autres variables (Fornell & Larcker, 1981 ; Bagozzi et al., 1991).

Modèle de médiation

Selon Baron et Kenny (1986, pp. 1173-1176), « *une variable agit en tant que médiatrice dans la mesure où elle rend compte de la relation entre une variable indépendante et une variable*

dépendante ». On observe un effet médiateur lorsqu'on observe que « *les variations du niveau de la variable dépendante influent significativement sur les variations de la variable médiatrice (a), et les variations du niveau de celle-ci influent significativement sur la variable dépendante (b)* » (El Akremi, 2005, p.8). Baron et Kenny (1986) différencient deux types de médiation : la médiation partielle et la médiation complète. Une variable médiatrice est complète lorsque celle-ci « *transmet intégralement l'impact de la variable indépendante sur la variable dépendante* » (El Akremi, 2005, p.8). L'effet direct (c′) de la variable indépendante sur la variable dépendante s'annule totalement si on intègre la variable médiatrice XM dans le modèle.

Figure G. Modèle de l'effet médiateur (El Akremi, 2005)



On observe une médiation complète lorsque la relation entre Xp et Y n'est plus significative, celle-ci étant complètement annulée dans le modèle. On constate une médiation partielle lorsque le lien entre Xp et Y a été réduit, sans être annulé totalement.

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Exploration de la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale

Dans la santé mentale, la subjectivité est constituée de l'aspect affectif et émotionnel ainsi que de l'aspect cognitif évaluatif. Si la santé mentale relève d'une structure bi-factorielle, la tendance aux cognitions négatives renvoie à la santé mentale négative tandis que la tendance aux cognitions positives est la dimension de base de la santé mentale positive. En effet, la dimension cognitive de la santé mentale relèverait d'une structure bi-factorielle (Bryant & Baxter, 1997), c'est-à-dire des facteurs *Cognitions positives* et *Cognitions négatives*. Dans une perspective similaire, la structure affective est bi-dimensionnelle à travers la présence des deux facteurs d'humeur généraux que sont l'affect positif et l'affect négatif (Watson, Clark & Tellegen, 1984).

La négativité ou « pensée négative », qui se caractérise par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir (Beck, 1967) est considérée comme le facteur latent de la dépression (Anderson & Skidmore, 1995, Bebbington, 1985, Haaga Dyck & Ernst, 1991 ; McIntosh & Fisher, 2000 ; Willner, 1984) qui est le mix entre un niveau d'affectivité négative élevé et un niveau d'affectivité positive faible (Watson, Clark & Carey, 1988). La positivité est une "disposition de base" de l'affect positif et par conséquent du bonheur (Caprara et al., 2017) qui implique une prévalence des affects positifs sur les affects négatifs (Bradburn, 1969). Si le type de cognition, positive ou négative, se traduit par la qualité de l'émotion, positive ou négative, le degré d'attente, d'engagement et d'activation dans l'environnement (Carver & Scheier, 1990 ; Higgins, 1987 ; Watson & Tellegen, 1985 ; Watson, Clark & Carey, 1988 ; Larsen & Diener, 1992) pourrait ainsi permettre d'expliquer l'intensité dans la relation entre les cognitions et les affects en partant des cognitions vers les affects (Folkman & Lazarus, 1985 ; Levine, 1996 ; Smith & Ellsworth, 1987 ; Ellsworth & Smith, 1988 ; Scherer, 1993 ; Smith & Lazarus, 1993). Dans la relation entre les cognitions et les affects, les sentiments peuvent aussi précéder les processus cognitifs (Ittelson, 1973), la réponse affective initiale structurant et influençant le processus cognitif qui suit (Zajonc, 1980 ; Izard, 1977). Certains chercheurs tels que Caprara et ses collaborateurs (2017) considèrent que l'affect positif peut « *contribuer à la positivité, de temps en temps ou dans certaines circonstances* » (p.367), tandis que d'autres comme Watson et Clark (1984) suggèrent que l'affectivité négative est une disposition qui a des influences sur la cognition, le concept de soi et la vision du monde. Ainsi, les cognitions et les affects peuvent s'influencer mutuellement.

La balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives ainsi qu'entre les affects positifs et les affects négatifs détermine le degré de santé mentale. La prévalence des cognitions positives et des affects positifs sur les cognitions négatives et les affects négatifs prédit la santé mentale positive tandis que la prévalence des cognitions négatives et des affects négatifs sur les cognitions positives et les affects positifs prédit la santé mentale négative. C'est ainsi que l'on peut être amené à penser que l'équilibre optimal entre les cognitions positives et les cognitions négatives reflète la positivité prédisant, par conséquent, la prévalence des affects positifs sur les affects négatifs.

Si on considère que la positivité doit occuper une place centrale dans la santé mentale, il est nécessaire dans un premier temps, de déterminer son positionnement par rapport aux autres indicateurs de la subjectivité. Cette approche permet de définir la place de la positivité dans la subjectivité mentale afin d'explorer celle qu'elle occupe dans la santé mentale positive en opposition à la santé mentale négative. Dans une première étude, nous examinerons la structure cognitive de la santé mentale, afin de distinguer la positivité de la négativité. Dans un deuxième temps, nous proposerons l'adaptation et la validation d'une échelle en langue française qui mesure la positivité. Dans un troisième temps, nous aborderons la place de la positivité parmi les autres dimensions subjectives de la santé mentale que sont la négativité, l'affect positif et l'affect négatif, en présupposant que la structure bi-dimentionnelle de la santé mentale est susceptible de se transposer sur la structure de la subjectivité mentale.

9.1 Étude 1 : Exploration de la structure de la dimension cognitive

L'objectif de cette étude est d'examiner la structure de la dimension cognitive de la santé mentale. La structure relève-t-elle d'une dimension générale de la cognition ? Implique-t-elle plutôt une structure bi-factorielle composée des facteurs *Cognition positive* et *Cognition négative* ? Ou les deux ? Doit-on inclure dans la description de la structure cognitive de la santé mentale, l'ensemble des orientations cognitives évaluatives possibles comme l'orientation cognitive à propos de soi, des autres, du futur et de la vie ?

Dans un premier temps, nous étudierons les échelles qui mesurent l'orientation de l'évaluation cognitive à propos de soi (estime de soi, RSE ; Rosenberg, 1965) et du futur (optimisme, LOT-

R ; Scheier, Carver & Bridges, 1994). Notre hypothèse est qu'il existe un facteur *Cognition positive* et un facteur *Cognition négative* dans chacune des échelles. Afin d'explorer la qualité de la structure des échelles Optimisme (LOT-R) et Estime de soi (RSE), nous analyserons leur cohérence interne, leur validité convergente, leur validité discriminante ainsi que les corrélations entre les différentes construits de la dimension cognitive : l'évaluation positive de soi (estime de soi positive), l'évaluation négative de soi (estime de soi négative), l'évaluation positive du futur (optimisme), l'évaluation négative du futur (pessimisme) et l'évaluation positive de la vie (satisfaction de vie).

Dans un deuxième temps, nous explorerons l'ensemble des modèles possibles afin de décrire au mieux la structure cognitive de la santé mentale en testant plusieurs hypothèses de modèles d'analyse factorielle confirmatoire notamment par l'approche bi-factorielle multi-construit. La structure de la dimension cognitive sera ainsi abordée de manière multidimensionnelle, permettant d'explorer l'existence de la dimension *Cognitive*, des dimensions *Cognitions positives* et C*ognitions négatives* avec la présence des orientations à propos de soi et du futur.

9.1.1 Structure des échelles

Plusieurs études indiquent la présence d'une dimension d'évaluation positive et d'une dimension d'évaluation négative au sein des échelles d'estime de soi et d'optimisme.

Certaines études ont soutenu l'unidimensionnalité de l'échelle d'estime de soi (Dunbar, Ford, Hunt & Der, 2000 ; Marsh, 1996 ; Tomas & Oliver, 1999 ; Shevlin, Bunting & Lewis, 1995), d'autres ont démontré de sa bi-dimensionnalité, avec pour facteurs l'estime de soi positive et l'estime de soi négative (Owens, 1993 ; Ang, Neubronner, Oh & Leong, 2006 ; Boduszek, Shevlin, Mallett, Hyland & O'Kane, 2012 ; Boduszek, Hyland, Dhingra & Mallett, 2013 ; Huang & Dong, 2012 ; Quilty, Oakman & Risko, 2006 ; Supple, Su, Plunkett, Peterson & Bush, 2013). D'autres chercheurs (Hyland, Boduszek, Dhingra, Shevlin & Egan, 2014 ; Mckay, Boduszek & Harvey, 2014 ; Reise, Kim, Mansolf & Widaman, 2016 ; Gnambs, Scharl & Schroeders, 2018 ; Salerno, Ingoglia & Lo Coco, 2017) ont démontré que l'échelle mesure d'une part l'estime de soi de manière générale et d'autre part, simultanément et de manière spécifique, l'estime de soi positive et l'estime de soi négative.

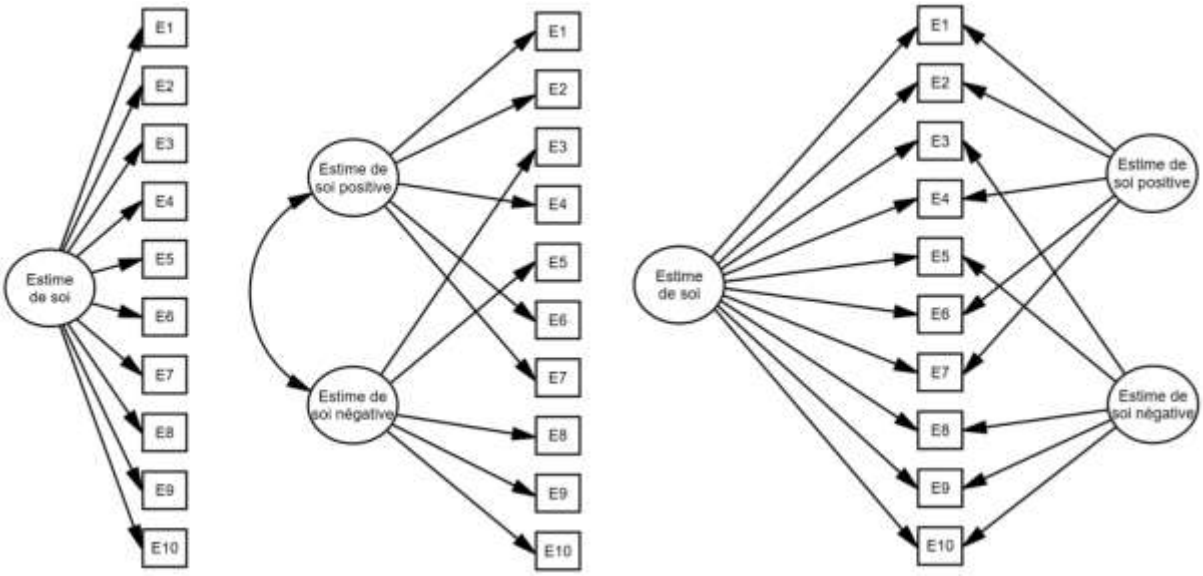
Si pour certaines d'entre elles, l'échelle d'optimisme renvoie à un modèle à un facteur mais avec des erreurs corrélées (Scheier et al.,1994 ; Steed, 2002), d'autres, plus nombreuses, ont démontré la supériorité d'un modèle bi-dimensionnel (Chang & McBride-Chang, 1996 ; Creed, Patton & Bartrum, 2002 ; Lai, 1994 ; Marshall, Wortman, Kusulas, Herving & Vickers, 1992 ; Robinson-Whelen, Kim, MacCallum & Kiecolt-Glaser, 1997 ; Sultan & Bureau, 1999).

Pour Dhingra (2013), il est préférable de mesurer l'estime de soi à travers l'estime de soi positive et l'estime de soi négative, les deux dimensions étant des construits distincts, liés et non bipolaires. Une personne peut avoir une estime de soi négative faible mais pas nécessairement un score élevé d'estime de soi positive (Boduszek & al., 2012), les personnes pouvant ainsi obtenir un score différent selon le type d'évaluation de soi. De la même manière, Dember (2001) puis Benyamini (2005) ont aussi montré qu'une personne peut avoir un haut niveau de pessimisme et un haut niveau d'optimisme, de manière simultanée. Dans une recherche sur les pensées automatiques positives et négatives, Bryant et Baxter (1997) affirment que les cognitions positives et les cognitions négatives sont mieux conceptualisées en tant que domaines distincts et multifacettes de l'expérience cognitive, plutôt qu'en tant qu'extrémités opposées d'un continuum unidimensionnel bipolaire. Si la positivité a été modélisée en utilisant les items négatifs des échelles d'estime de soi et d'orientation vers le futur (Caprara, Alessandri, Trommsdorff, Heikamp, Yamaguchi & Suzuki, 2012), on peut être amené à penser que le facteur général identifié représente en réalité le facteur *Cognition*. Ainsi, la santé mentale positive correspond à une prévalence des cognitions positives sur les cognitions négatives de manière adaptée à la réalité, tandis que la santé mentale négative renvoie à une prévalence des cognitions négatives sur les cognitions positives de manière inadaptée à la réalité.

9.1.2 Étude de la structure des échelles

L'échelle RSE a été étudiée sous la perspective de 3 modèles possibles à savoir le modèle à 1 facteur, le modèle à 2 facteurs avec les facteurs estime de soi positive et estime de soi négative ainsi que le modèle bi-factoriel avec pour facteur G l'estime de soi et facteurs S l'estime de soi positive et l'estime de soi négative. Les modèles sont présentés en figure 9.1.

Figure 9.1. Représentation graphique des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965)



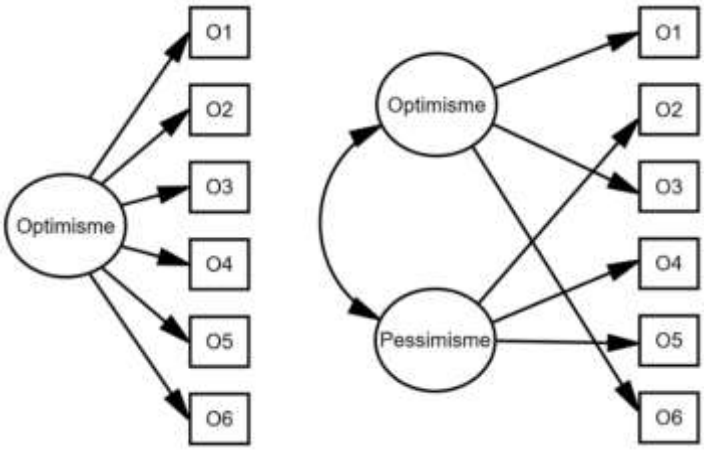
Modèle à 1 facteur

Modèle à 2 facteurs
avec les facteurs estime de soi positive
et estime de soi négative

Modèle bi-factoriel
avec pour facteur G l'estime de soi et facteurs S
l'estime de soi positive et l'estime de soi négative

L'échelle LOT-R a été examinée sous l'angle de deux modèles possibles à savoir le modèle à 1 facteur et le modèle bi-dimensionnel avec les facteurs *Optimisme* et *Pessimisme*. Les modèles sont regroupés en figure 9.2.

Figure 9.2. Représentation graphique des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994)



Modèle à 1 facteur

Modèle bi-dimensionnel
avec les facteurs optimisme et pessimisme

Les échelles d'estime de soi positive, d'estime de soi négative, d'optimisme et de pessimisme ont fait l'objet d'autres analyses pour vérifier les qualités de validité convergente et discriminante. Ainsi, nous avons analysé la fiabilité de chaque échelle avec l'alpha de Cronbach et la fiabilité composite puis exploré la relation entre l'ensemble des construits : l'estime de soi positive, l'estime de soi négative, l'optimisme, le pessimisme et la satisfaction de vie. Enfin, nous avons testé la validité discriminante afin de savoir si les construits positifs et négatifs au sein de chaque échelle peuvent être considérés comme distincts.

9.1.2.1 Analyse de la structure de l'échelle d'estime de soi

Les résultats démontrent une qualité d'ajustement des données insuffisante pour le modèle à 1 facteur : χ^2 (35, N=1114) = 1008,372, p <.001; TLI = 0.72; CFI = 0.782; SRMR = 0.0859 ; RMSEA = 0.158 (IC : 0.15-0.167) et le modèle à 2 facteurs, même s'il s'avère de qualité un peu supérieure : χ^2 (34, N=1114) = 791,385 ; p <.001; TLI = 0.776; CFI = 0.831; SRMR = 0.0785 ; RMSEA = 0.141 (IC : 0.133-0.15). Le modèle CFA bi-factoriel démontre une très bonne qualité d'ajustement des données : χ^2 (25, N=1114) = 111,557, p <.001 ; TLI = 0.965; CFI = 0.981; SRMR = 0.0268 ; RMSEA = 0.056 (IC : 0.045-0.067). Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont présentés dans le tableau 9.3.

Tableau 9.3. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) (N = 1114)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle CFA 1 facteur	1008,372*	35	0,72	0,782	0,0859	0.158 (0.15-0.167)
Modèle CFA à 2 facteurs	791,385*	34	0,776	0,831	0,0785	0.141 (0.133-0.15)
Modèle CFA bi-factoriel	111,557*	25	0,965	0,981	0,0268	0.056 (0.045-0.067)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi 2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

L'analyse des estimations normalisées des paramètres confirme une bonne répartition des données pour le modèle bi-factoriel CFA.

Tableau 9.4. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) (N = 1114)

	CFA 1 facteur		CFA 2 facteurs			Bi-facteur CFA			
	ES λ	VRS	ESP λ	ESN λ	VRS	ES λ	ESP λ	ESN λ	VRS
ES1	0,49	0,01	0,51		0,01	0,51	0,60		0,01
ES2	0,54	0,01	0,56		0,01	0,58	0,62		0,01
ES3	-0,62	0,01		0,63	0,01	-0,53		0,30	0,01
ES4	0,52	0,01	0,53		0,01	0,51	0,35		0,01
ES5	-0,65	0,02		0,65	0,02	-0,58		0,24	0,02
ES6	0,77	0,01	0,82		0,01	0,85	-0,18		0,01
ES7	0,73	0,01	0,79		0,01	0,81	-0,16		0,01
ES8	-0,55	0,03		0,58	0,03	-0,47		0,34	0,03
ES9	-0,67	0,02		0,73	0,02	-0,54		0,54	0,02
ES10	-0,71	0,02		0,78	0,02	-0,58		0,59	0,02

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; ES = estime de soi; ESP = estime de soi positive; ESN = estime de soi négative; VRS = variance résiduelle standardizée

Les résultats obtenus démontrent que le modèle à deux facteurs de l'échelle d'estime de soi, avec l'*Estime de soi positive* et l'*Estime de soi négative*, même s'il reste peu suffisant, propose un meilleur ajustement des données que le modèle d'analyse factorielle confirmatoire à 1 facteur. Le modèle bi-factoriel avec pour facteur G, l'*Estime de soi*, et pour facteurs spécifiques l'*Estime de soi positive* et l'*Estime de soi négative* confirme à travers un ajustement des données adéquat, la validité du construit d'estime de soi. L'évaluation de soi de manière globale coexiste avec deux dimensions, l'évaluation positive de soi et l'évaluation négative de soi.

Puis nous avons examiné la qualité de la structure des échelles d'évaluation positive de soi et d'évaluation négative de soi. La variance extraite moyenne et la fiabilité composite ont été estimées à partir des poids factoriels obtenus dans le modèle CFA à 1 facteur et CFA à deux facteurs. Les résultats montrent une cohérence interne satisfaisante pour l'ensemble des échelles. L'échelle d'évaluation de soi positive obtient un Alpha de Cronbach de .80 et une fiabilité composite de .74. On observe, pour l'échelle d'évaluation négative de soi, un Alpha de Cronbach de .80 et une fiabilité composite de .73. L'ensemble de ces résultats atteste ainsi de la fiabilité des échelles. Comme attendu, la corrélation entre l'évaluation positive de soi et l'évaluation négative de soi est forte et négative (-.63). Toutefois, cette corrélation est inférieure à la racine carrée de la variance extraite moyenne de chacun des deux construits, l'évaluation de soi positive (√VME = .65) et l'évaluation de soi négative (√VME = .68). Ces résultats tendent à attester de la discrimination possible entre ces deux échelles, celles-ci pouvant être utilisées de manière distincte l'une de l'autre. Les résultats sont regroupés dans le tableau 9.5.

Tableau 9.5. Résultats pour la cohérence interne et la validité discriminante (N = 1114) de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965)

	M	ET	Alpha de Cronbach	VME	FC	Estime de soi	Estime de soi positive	Estime de soi négative
Estime de soi	3,16	0,50	0,86	0,40	0,86	**(0,63)**		
Estime de soi positive	3,20	0,48	0,80	0,43	0,74	,87*	**(0,65)**	
Estime de soi négative	1,87	0,62	0,80	0,46	0,73	-,93*	-,63*	**(0,68)**

* la corrélation est significative au seuil 0.01 ; M = moyenne; ET = écart-type; VME = Variance moyenne extraite; FC = fiabilité composite; les nombres sur la diagonale en gras entre parenthèses sont la racine carrée de la variance extraite moyenne pour chaque construit. La VME et la FC ont été estimés à partir des poids factoriels obtenus dans le modèle CFA à 1 facteur et CFA à deux facteurs.

Les résultats sont en cohérence avec d'autres études qui proposent l'existence des deux facteurs au sein de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, à savoir l'*Estime de soi positive* et l'*Estime de soi négative* (Ang, Neubronner, Oh & Leong, 2006 ; Boduszek, Hyland, Dhingra & Mallett, 2013; Huang & Dong, 2012 ; Supple, Su, Plunkett, Peterson & Bush, 2013 ; Hyland, Boduszek, Dhingra, Shevlin & Egan, 2014 ; Mckay, Boduszek & Harvey, 2014). L'analyse de la validité discriminante confirme les conclusions obtenues dans d'autres études (Boduszek, Shevlin, Mallett, Hyland & O'Kane, 2012 ; Dhingra, 2013) en montrant que les construits que sont l'estime de soi positive et l'estime de soi négative, même s'ils sont fortement reliés, peuvent être séparables et mesurés de manière distincte. Les résultats impliquent ainsi la possibilité d'utiliser, notamment dans un contexte de recherche, l'échelle d'estime de soi négative, celle-ci reflétant plus précisément la cognition dans la santé mentale négative.

Cette conception de l'estime de soi propose l'intégration des deux construits que sont l'évaluation positive de soi ainsi que l'évaluation négative de soi. Elle permet ainsi de soutenir une conformité statistique plus proche de l'adéquation théorique (Marsh, Hau & Wen, 2004 ; Marsh, Hau & Grayson, 2005), les individus ayant à la fois des cognitions positives et des cognitions négatives à propos d'eux-mêmes.

9.1.2.2 Analyse de la structure de l'échelle d'orientation de vie

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire montrent une qualité d'ajustement des données insuffisante pour le modèle à 1 dimension : χ^2 (9, N=1114) = 115,211, p <.001; TLI = 0.90; CFI = 0.94; SRMR = 0.025 ; RMSEA = 0.105 (IC : 0.088-0.122) alors que le modèle bidimensionnel propose une très bonne qualité ajustement des données : χ^2 (8, N=1114) =

56,586, p <.001; TLI = 0.95; CFI = 0.974; SRMR = 0.0294 ; RMSEA = 0.074 (IC : 0.056-0.093). Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont présentés dans le tableau 9.6.

Tableau 9.6. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (N = 1114)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle CFA 1 facteur	118,972*	9	0,90	0,94	0,0425	0.105 (0.088-0.122)
Modèle CFA à 2 facteurs	56,586*	8	0,95	0,974	0,0294	0.074 (0.056-0.093)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

L'analyse des estimations normalisées des paramètres confirme une meilleure répartition des données, les poids factoriels de chaque item dans le modèle CFA à 2 facteurs étant plus élevés que dans le modèle à CFA à 1 facteur.

Tableau 9.7. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (N = 1114)

	CFA 1 facteur		CFA à 2 facteurs		
	O λ	VRS	O λ	P λ	VRS
F1	0,52	0,03	0,57		0,03
F2	-0,51	0,03		0,51	0,03
F3	0,66	0,03	0,71		0,03
F4	-0,68	0,03		0,71	0,03
F5	-0,75	0,03		0,80	0,03
F6	0,68	0,02	0,71		0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; O = optimisme; P = Pessimisme; VRS = variance résiduelle standardizée

Puis nous avons étudié la qualité de la structure des échelles d'optimisme et de pessimisme. Les résultats montrent une cohérence interne satisfaisante pour les deux échelles. L'échelle d'optimisme obtient un Alpha de Cronbach de .70 et une fiabilité composite de .63. On observe, pour l'échelle de pessimisme, un Alpha de Cronbach de .71 et une fiabilité composite de .61. L'ensemble de ces résultats atteste ainsi de la fiabilité des échelles. La corrélation entre l'optimisme et le pessimisme est forte et négative (-.59). Elle est aussi inférieure à la racine

carrée de la variance extraite moyenne de chacun des deux construits, l'optimisme (√VME =.67) et le pessimisme (√VME =.69), reflétant la présence de deux facteurs latents et distincts dans l'échelle LOT-R. Les résultats sont indiqués dans le tableau 9.8.

Tableau 9.8. Résultats pour la cohérence interne et la validité discriminante (N = 1114) de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994)

	M	ET	Alpha de Cronbach	VME	FC	Orientation future	Optimisme	Pessimisme
Orientation future	2,46	0,70	0,80	0,41	0,78	**(0,64)**		
Optimisme	2,46	0,76	0,70	0,44	0,63	,89*	**(0,67)**	
Pessimisme	1,55	0,80	0,71	0,47	0,61	-,90*	-,59*	**(0,69)**

* la corrélation est significative au seuil 0.01 ; M = moyenne; ET = écart-type; VME = Variance moyenne extraite; FC = fiabilité composite; les nombres sur la diagonale en gras entre parenthèses sont la racine carrée de la variance extraite moyenne pour chaque construit. La VME et la FC ont été estimés à partir des poids factoriels obtenus dans le modèle CFA à 1 facteur et CFA à deux facteurs.

Les résultats sont conformes à ceux obtenus dans plusieurs études (Chang & McBride-Chang, 1996 ; Creed, Patton & Bartrum, 2002 ; Lai, 1994 ; Marshall, Wortman, Kusulas, Herving & Vickers, 1992 ; Robinson-Whelen, Kim, MacCallum & Kiecolt-Glaser, 1997 ; Sultan & Bureau, 1999) et montrent que l'échelle LOT-R est composée de deux facteurs, d'une part l'*Optimisme* et d'autre part, le *Pessimisme*. Ainsi, l'échelle d'orientation de vie mesure la dimension cognitive de la santé mentale, orientée vers le futur, en estimant le degré d'optimisme et le degré de pessimisme.

Nous avons exploré la relation entre les différents concepts : l'estime de soi positive, l'estime de soi négative, l'optimisme, le pessimisme et la satisfaction de vie. La corrélation est modérée et positive entre l'estime de soi positive et l'optimisme (.48) ainsi qu'entre l'estime de soi positive et la satisfaction de vie (.43). Entre l'estime de soi positive et le pessimisme, la relation est modérée et négative (-.42). Le lien est modéré et négatif entre l'estime de soi négative et l'optimisme (-.48) ainsi qu'entre l'estime de soi négative et la satisfaction de vie (-.42), alors qu'il est positif et modéré entre l'estime de soi négative et le pessimisme (.49). La corrélation est forte et modérée entre l'optimisme et la satisfaction de vie (.49) alors que la relation entre le pessimisme et la satisfaction de vie est modérée et négative (-.45).

Tableau 9.9. Résultats pour la validité convergente entre l'estime de soi positive, l'estime de soi négative, l'optimisme, le pessimisme et la satisfaction de vie (N = 1114)

	M	ET	Alpha de Cronbach	Estime de soi positive	Estime de soi négative	Optimisme	Pessimisme	Satisfaction de vie
Estime de soi positive	3,20	0,48	0,80	-				
Estime de soi négative	1,87	0,62	0,80	-,63*	-			
Optimisme	2,46	0,76	0,70	,48*	-,48*	-		
Pessimisme	1,55	0,80	0,71	-,42*	,49*	-,59*	-	
Satisfaction de vie	4,83	1,19	0,85	,43*	-,42*	,47*	-,45*	-

* la corrélation est significative au seuil 0.01 ; M = moyenne; ET = écart-type

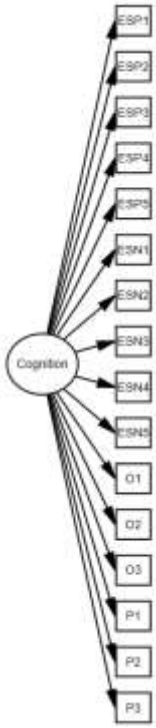
Les analyses factorielles confirmatoires pour les échelles RSE et LOT-R montrent la présence de deux dimensions, renvoyant à la *Cognition positive* et la *Cognition négative*, que ce soit vis-à-vis de soi ou du futur. Même si les dimensions positives et négatives de chacune des échelles apparaissent comme fortement reliées, l'analyse de la validité discriminante démontre qu'elles sont suffisamment distinctes les unes des autres. L'analyse de la fiabilité ainsi que de la validité convergente et divergente viennent confirmer la possibilité de les utiliser pour mesurer l'évaluation de soi négative et le pessimisme.

9.1.3 Vers une description de la structure de la dimension cognitive

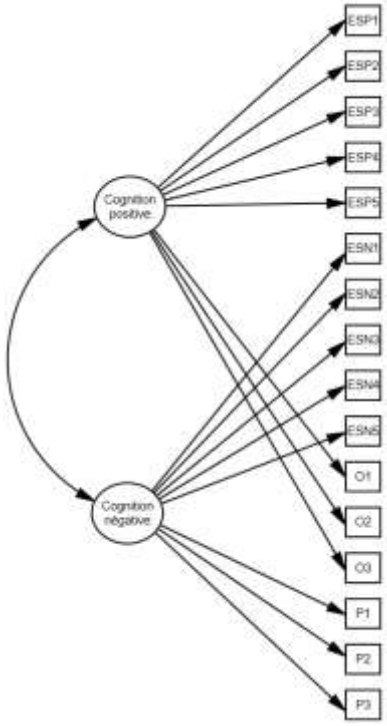
L'ensemble des modèles possibles ont été testés par l'intermédiaire des échelles RSE, LOT-R afin de mieux définir la structure cognitive de la santé mentale. Les modèles A, B, C et D impliquent l'utilisation de l'analyse factorielle confirmatoire tandis que les modèles E, F, G, H, I et J renvoient à l'approche bi-factorielle multi-construit. La structure de la sphère cognitive est ainsi abordée de manière multidimensionnelle, avec plusieurs niveaux de concepts en termes de facteurs cognitifs. Cette approche permet de prendre en compte l'ensemble des hypothèses possibles et par conséquent d'explorer plusieurs modèles afin de décrire au mieux la dimension cognitive de la santé mentale.

Le modèle A correspond au modèle CFA cognition à 1 facteur alors que le modèle B fait référence au modèle CFA bi-dimensionnel de la cognition, avec pour facteurs la *Cognition positive* et la *Cognition négative*. Ils sont présentés en figure 9.10.

Figure 9.10. Représentation graphique des modèles A et B de la structure cognitive



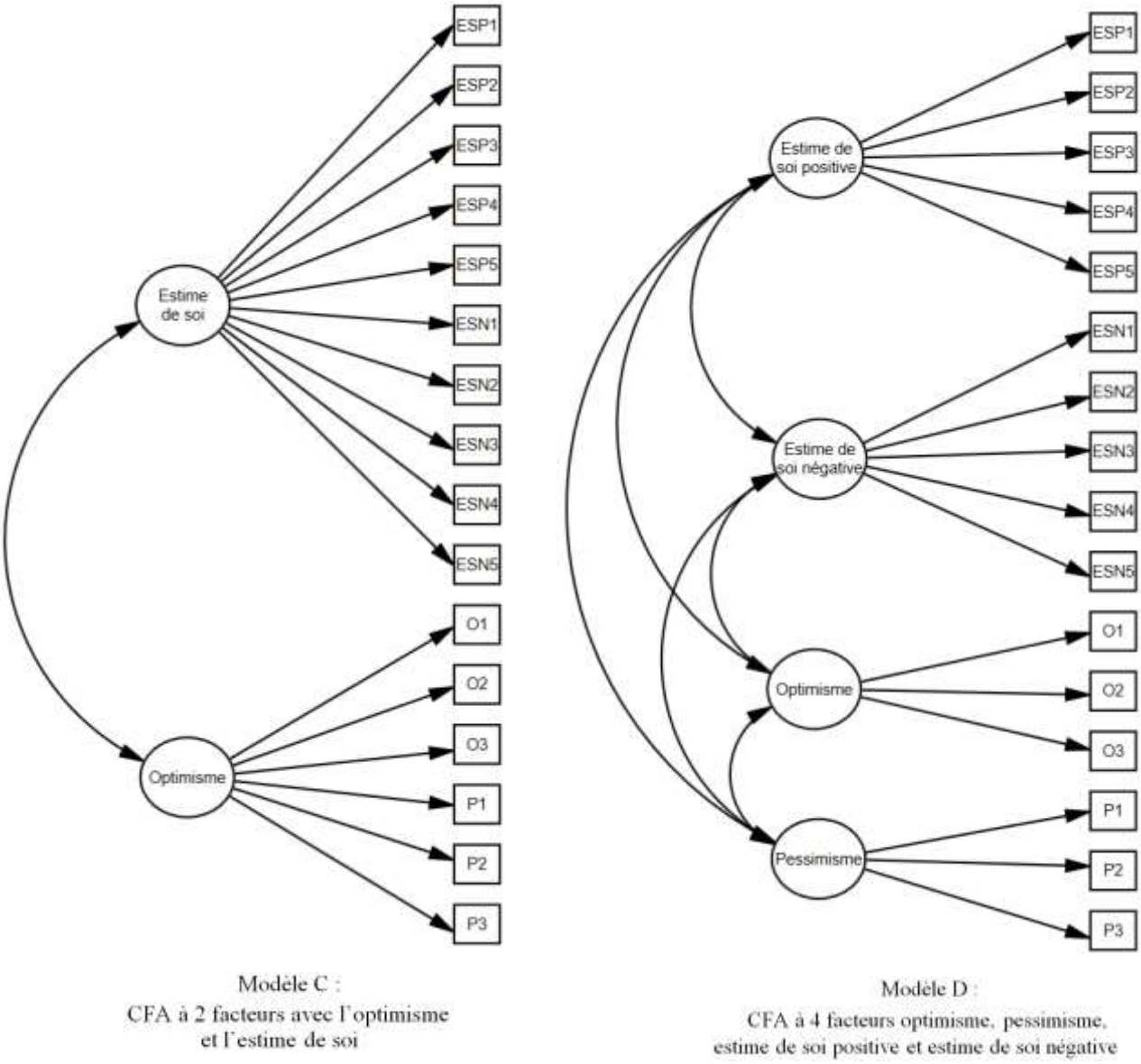
Modèle A :
CFA cognition
à 1 facteur



Modèle B :
CFA à 2 facteurs avec la cognition positive et la cognition négative

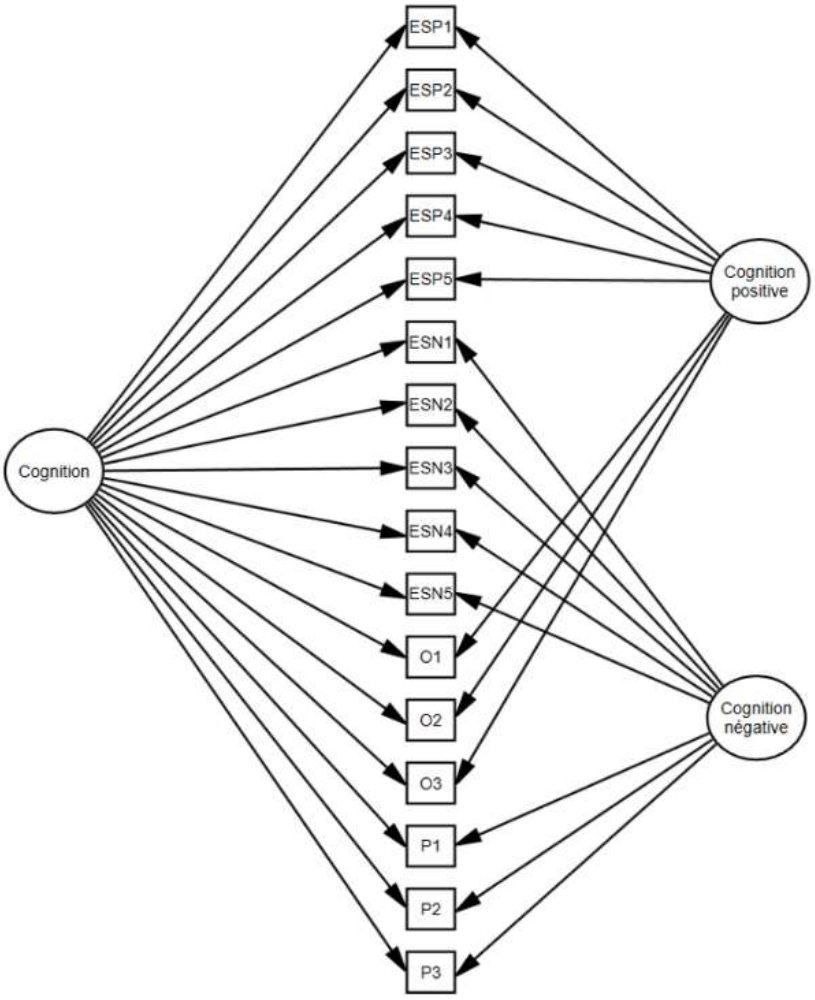
Le modèle C correspond à un modèle CFA bi-dimentionnel de la cognition intégrant les facteurs *Optimisme* et *Estime de soi*. Le modèle D renvoie à un modèle CFA comprenant que les facteurs *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative* (cf. figure 9.11).

Figure 9.11. Représentation graphique des modèles C et D de la structure cognitive



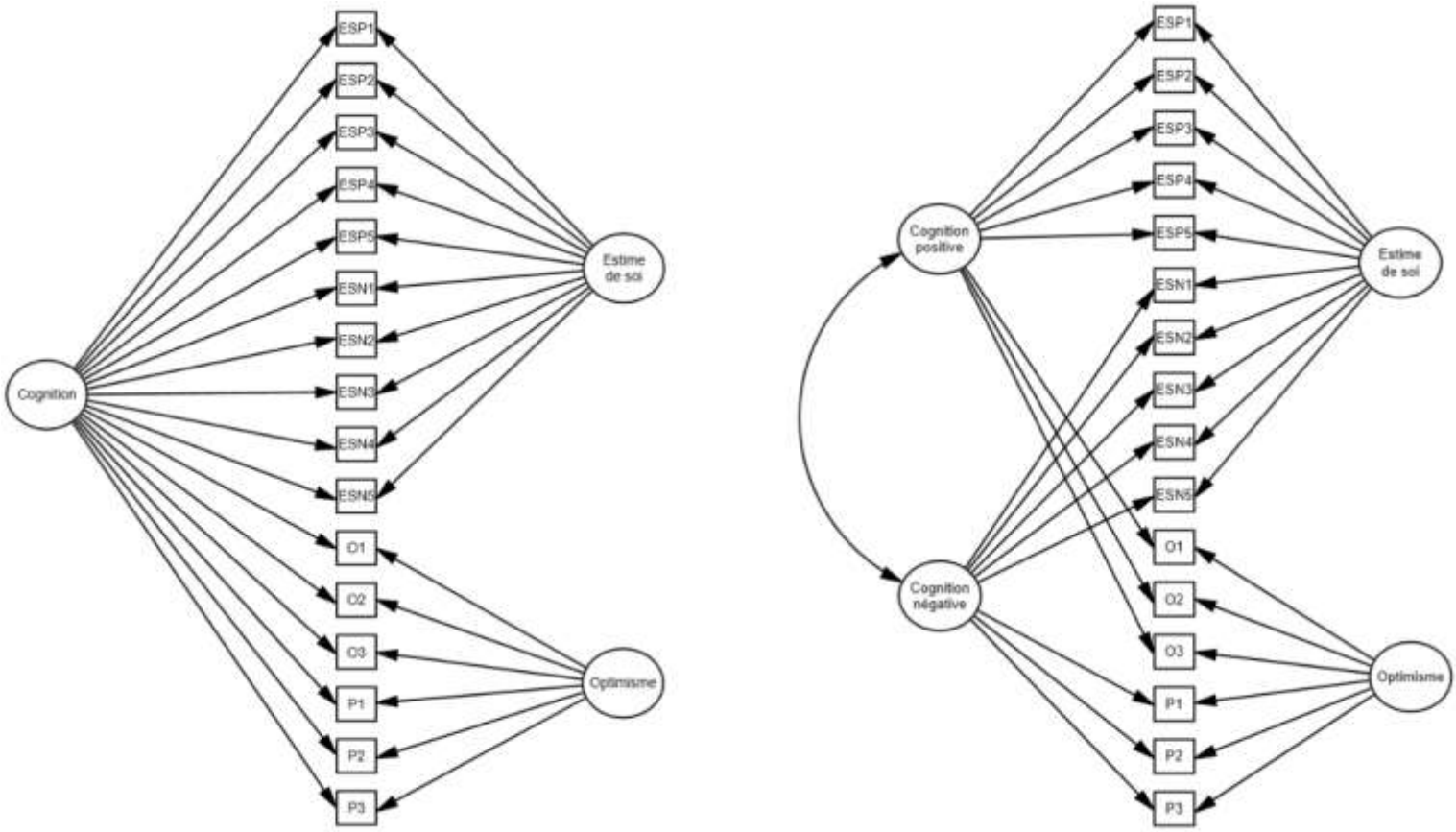
Le modèle E CFA bi-factoriel est un modèle composé du facteur G *Cognition* avec pour facteurs S *Cognition positive* et *Cognition négative* (voir figure 9.12).

Figure 9.12. Représentation graphique du modèle E de la structure cognitive



Le modèle F CFA bi-factoriel comprend le facteur G *Cognition* et des facteurs S *Optimisme* et *Estime de soi*. Le modèle G CFA bi-factoriel corrélé est constitué des facteurs G *Cognition positive* et *Cognition négative* et des facteurs S *Optimisme* et *Estime de soi*. Ces modèles sont regroupés ci-dessous en figure 9.13.

Figure 9.13. Représentation graphique des modèles F et G de la structure cognitive



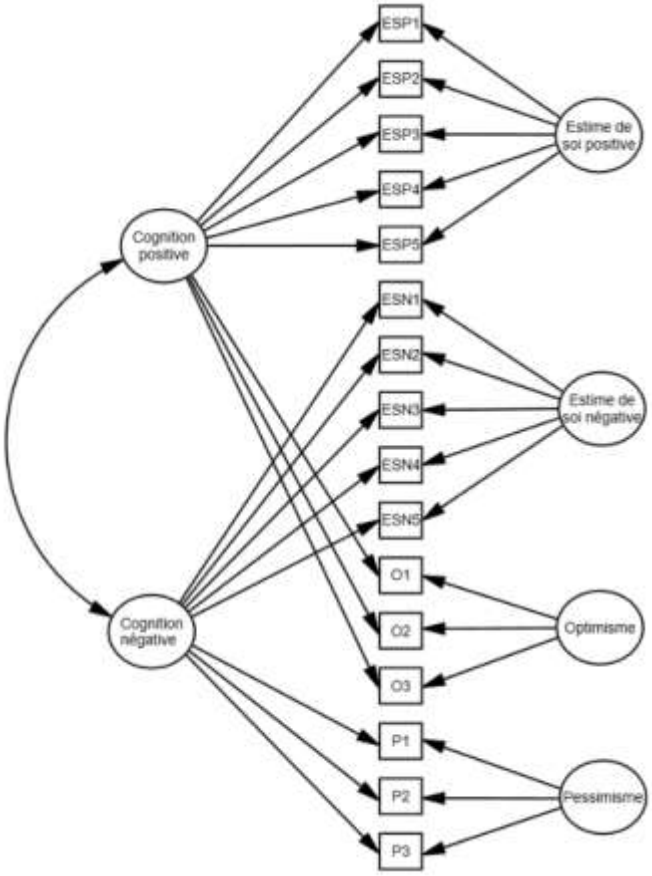
Modèles F

Modèles G

Le modèle H CFA bi-factoriel correspond au modèle comprenant le facteur G *Cognition* et les facteurs S *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative*. Le modèle I CFA bi-factoriel corrélé implique un modèle constitué des facteurs G *Cognition positive* et la *Cognition négative* et des facteurs S *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative* (cf figure 9.14).

Figure 9.14. Représentation graphique des modèles H et I de la structure cognitive

Modèles H



Modèles I

9.1.4 Analyse de la structure de la dimension cognitive

Alors que les modèles A, B, C, D et E présentent une qualité d'ajustement des données inadéquate, les modèles CFA bi-factoriels F, G, H et I, quant à eux, montrent un ajustement des données satisfaisant. Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la structure cognitive sont indiqués dans les tableaux 9.15.

Tableau 9.15. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la structure cognitive (N = 1114)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle CFA A	1852,474*	104	0,71	0,749	0,0822	0.123 (0.118-0.128)
Modèle CFA B	1675,278*	103	0,737	0,774	0,806	0.117 (0.112-0.122)
Modèle CFA C	1329,045*	103	0,795	0,824	0,0652	0.103 (0.098-0.108)
Modèle CFA D	1008,414*	98	0,84	0,869	0,0598	0.091 (0.086-0.097)
Modèle CFA bi-factoriel E	849,001*	89	0,853	0,891	0,0601	0.088 (0.082-0.093)
Modèle CFA bi-factoriel F	627,105*	88	0,894	0,922	0,0389	0.074 (0.069-0.080)
Modèle CFA bi-factoriel corrélé G	346,281*	87	0,949	0,963	0,0358	0.052 (0.046-0.058)
Modèle CFA bi-factoriel H	500,54*	88	0,919	0,941	0,0491	0.065 (0.059-0.070)
Modèle CFA bi-factoriel corrélé I	470,844*	87	0,924	0,945	0,0516	0.063 (0.057-0.069)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi 2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

Le modèle F CFA bi-factoriel, composé du facteur G *Cognition* et des facteurs S *Optimisme* et *Estime de soi*, démontre une qualité d'ajustement des données satisfaisante : χ^2 (88, N=1114) = 627.105, p <.001 ; TLI = 0.894; CFI = 0.922 ; SRMR = 0.0389; RMSEA = 0.074 (IC : 0.069-0.080).

Il en est de même pour le modèle G CFA bi-factoriel, constitué des facteurs G *Cognition positive* et la *Cognition négative* corrélés, et des facteurs S *Optimisme* et *Estime de soi* : χ^2 (87, N=1012) = 346.281, p <.001 ; TLI = 0.949 ; CFI = 0.963 ; SRMR = 0.0358 ; RMSEA = 0.052 (IC : 0.046-0.058).

Dans le modèle CFA bi-factoriel corrélé G, la relation entre la *Cognition positive* et la *Cognition négative* est forte et négative (-.82).

L'analyse des estimations normalisées des paramètres confirme une meilleure répartition des données dans le modèle G que dans le modèle F. Il est à noter que, dans le modèle G, les poids factoriels sont davantage répartis sur les dimensions *Cognition positive* et *Cognition négative* que sur les dimensions *Estime de soi* et *Optimisme*, cette observation démontrant la pertinence de prendre en compte ces dimensions.

Tableau 9.16. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle F et G de la structure cognitive (N = 1114)

	Modèle F					Modèle G				
	C λ	ES λ	O λ	VRS		CP λ	CN λ	ES λ	O λ	VRS
ESP1	0,36	0,68		0,01	ESP1	0,33		0,71		0,01
ESP2	0,41	0,75		0,01	ESP2	0,39		0,75		0,01
ESP3	0,42	0,46		0,01	ESP3	0,39		0,48		0,01
ESP4	0,79	0,07		0,01	ESP4	0,87		0,05		0,01
ESP5	0,74	0,08		0,01	ESP5	0,80		0,07		0,02
ESN1	-0,59	-0,11		0,01	ESN1		0,61	-0,17		0,02
ESN2	-0,63	-0,14		0,02	ESN2		0,63	-0,20		0,02
ESN3	-0,56	-0,01		0,03	ESN3		0,58	-0,06		0,03
ESN4	-0,68	0,02		0,02	ESN4		0,73	-0,05		0,03
ESN5	-0,72	0,01		0,02	ESN5		0,77	-0,06		0,02
O1	0,42		0,28	0,03	O1	0,42			0,30	0,01
O2	0,61		0,32	0,03	O2	0,62			0,33	0,01
O3	0,46		0,49	0,03	O3	0,45			0,52	0,03
P1	-0,39		-0,33	0,03	P1		0,38		-0,34	0,03
P2	-0,46		-0,51	0,04	P2		0,46		-0,52	0,03
P3	-0,48		-0,62	0,04	P3		0,45		-0,64	0,02

Note: C = cognition; CP = cognition positive; CN = cognition négative; ES = estime de soi; O = optimisme; VRS = variance résiduelle standardisée

Le modèle CFA bi-factoriel H, comprenant le facteur G *Cognition* et les facteurs S les facteurs *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative*, présente une très bonne qualité d'ajustement des données : χ^2 (88, N=1114) = 500.54, p <.001 ; TLI = 0.919 ; CFI = 0.941 ; SRMR = 0.0491 ; RMSEA = 0.065 (IC : 0.059-0.070).

Le modèle I CFA bi-factoriel, composé des facteurs G *Cognition positive* et *Cognition négative* et des facteurs S *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative*, propose une bonne qualité ajustement des données : χ^2 (87, N=1114) = 470.844, p <.001 ; TLI = 0.924 ; CFI = 0.945 ; SRMR = 0.0516 ; RMSEA = 0.063 (IC : 0.057-0.069).

Dans le modèle CFA bi-factoriel corrélé I, la corrélation est forte et négative entre la *Cognition positive* et la *Cognition négative* (-.88).

L'analyse des estimations normalisées des paramètres démontre une bonne répartition des données dans les deux modèles (H et I).

Tableau 9.17. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle H et I de la structure cognitive (N = 1114)

	Modèle H							Modèle I						
	C λ	ESP λ	ESN λ	O λ	P λ	RS		CP λ	CN λ	ESP λ	ESN λ	O λ	P λ	RS
ESP1	0,42	0,65				0,02	ESP1	0,43		0,64				0,02
ESP2	0,49	0,71				0,01	ESP2	0,50		0,69				0,01
ESP3	0,45	0,41				0,01	ESP3	0,46		0,40				0,01
ESP4	0,85	-0,05				0,01	ESP4	0,87		-0,09				0,01
ESP5	0,79	-0,03				0,01	ESP5	0,80		-0,06				0,01
ESN1	-0,55		0,27			0,01	ESN1		0,62		0,11			0,01
ESN2	-0,60		0,21			0,02	ESN2		0,67		0,04			0,02
ESN3	-0,49		0,31			0,03	ESN3		0,52		0,25			0,03
ESN4	-0,56		0,52			0,02	ESN4		0,62		0,46			0,03
ESN5	-0,60		0,57			0,03	ESN5		0,67		0,48			0,03
O1	0,43			0,48		0,05	O1	0,41				0,49		0,04
O2	0,64			0,40		0,03	O2	0,62				0,42		0,03
O3	0,51			0,37		0,03	O3	0,49				0,40		0,03
P1	-0,39				0,31	0,03	P1		0,42				0,28	0,03
P2	-0,48				0,54	0,05	P2		0,50				0,51	0,05
P3	-0,52				0,62	0,06	P3		0,53				0,61	0,06

Note: C = cognition; CP = cognition positive; CN = cognition négative; ESP = estime de soi positive; ESN = estime de soi négative; O = optimisme; P =pessimisme; VRS = variance résiduelle

Les modèles G et I qui impliquent la présence des facteurs *Cognition positive* et *Cognition négative*, démontrent les meilleures qualités d'ajustement des données par comparaison avec les modèles qui renvoient à l'hypothèse d'un facteur général *Cognition*. Il en est de même pour les modèles impliquant la bi-dimensionnalité des échelles LOT-R et RSE avec les facteurs *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative* », en comparaison avec les modèles constitués des facteurs *Optimisme* et *Estime de soi*. L'hypothèse du facteur global *Cognition* de la santé mentale est démontrée par la validité des modèles bi-factoriels F et H. Les résultats observés pour les modèles bi-factoriels G et I conduisent par ailleurs à confirmer la validité de l'hypothèse de la bi-dimensionnalité de la structure cognitive de la santé mentale, avec pour facteurs la *Cognition positive* et la *Cognition négative*.

9.2 Étude 2 : Adaptation et validation de l'échelle de positivité en langue française

L'objectif de cette recherche est de présenter l'adaptation et la validation de la version française de l'échelle de positivité ("The Positivity Scale" ; Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) en suivant notamment les préconisations faites par Vallerand (1989) pour une validation transculturelle d'échelle : (1) l'élaboration de la version française par une approche de type comité faisant suite à une traduction renversée parallèle, (2) l'analyse

de la structure de construit, (3) l'analyse de la fidélité et de la fiabilité, (4) l'étude de la validité de construit. Cette recherche permettra ainsi d'examiner les propriétés psychométriques de l'échelle, notamment par comparaison avec les versions linguistiques validées dans plusieurs pays.

9.2.1 Présentation de l'instrument : l'échelle de positivité

L'échelle de positivité montre de bonnes propriétés psychométriques dans plusieurs pays et plusieurs cultures tels que l'Italie, les États-Unis, l'Espagne et le Japon (Caprara et al., 2012), l'Allemagne et la Serbie (Heikamp & al., 2014), le Brésil (Souza, Araújo, Gouveia, Coelho, Gouveia & 2014 ; Borsa, Damásio, Souza, Koller & Caprara, 2015) et la Chine (Tian & al., 2018). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires démontrent la présence d'un seul facteur. Au niveau de la fiabilité, le coefficient de cohérence interne testé dans les différentes versions linguistiques est satisfaisant. Il en est de même pour la fidélité test-retest dans la version originale (Caprara & al., 2012) et dans la version chinoise (Tian & al., 2018). Concernant la validité de construit, l'échelle est corrélée positivement et de manière importante avec l'optimisme, l'estime de soi et la satisfaction de vie dans différents pays sur des échantillons d'adultes (Italie, Serbie, Chine) et d'étudiants (Espagne, Japon, Allemagne, Pologne). Par ailleurs, l'échelle démontre une validité divergente par une corrélation négative avec la dépression (Italie, États-Unis, Espagne, Japon, Allemagne, Serbie).

9.2.2 Étude 2.1

L'objectif de la première étude est d'élaborer une version francophone de l'échelle anglo-saxonne de positivité et d'étudier ses propriétés psychométriques sous deux angles : l'analyse de la cohérence interne de l'échelle ainsi que l'analyse de la structure factorielle confirmatoire.

9.2.2.1 Méthode

L'échelle a été adaptée en langue française en utilisant la méthode de la traduction inversée associée à une approche de type comité (Vallerand, 1989). L'échelle originale a été traduite en langue française puis a fait l'objet de deux traductions inversées en langue anglaise par deux chercheurs bilingues. Puis, un comité composé de six personnes, dont les trois traducteurs, a

comparé les traductions inversées à la version originale de l'instrument. La comparaison des différentes versions a démontré que les traductions inversées ont permis de reproduire les items de la version originale de l'échelle, la signification de chaque item étant entièrement respectée. La version de l'échelle de positivité traduite en langue française est présentée en figure 9.21. L'ensemble des items est réparti comme suit : 3 items relatifs à la confiance dans l'avenir (items 1, 4 et 6), 3 items liés à l'estime de soi (items 5, 7 et 8), 1 item concernant la satisfaction de vie (item 2) et 1 item lié à la confiance envers les autres (item 3). L'échelle comprend 1 item inversé (item 6). L'échelle est présentée en figure 9.18.

Figure 9.18. Présentation de la version française de l'échelle de positivité

Consigne :

Les énoncés suivants décrivent la manière dont une personne peut penser dans certaines situations.

Indiquez si vous êtes :

(1) Pas du tout d'accord
(2) Pas d'accord
(3) Ni d'accord, ni pas d'accord
(4) D'accord
(5) Tout à fait d'accord

1. J'ai une grande confiance en l'avenir

2. Je suis satisfait(e) de ma vie

3. Les autres sont généralement présents pour moi quand j'ai besoin d'eux

4. Je regarde l'avenir avec espoir et enthousiasme

5. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi

6. Par moment, l'avenir me semble incertain

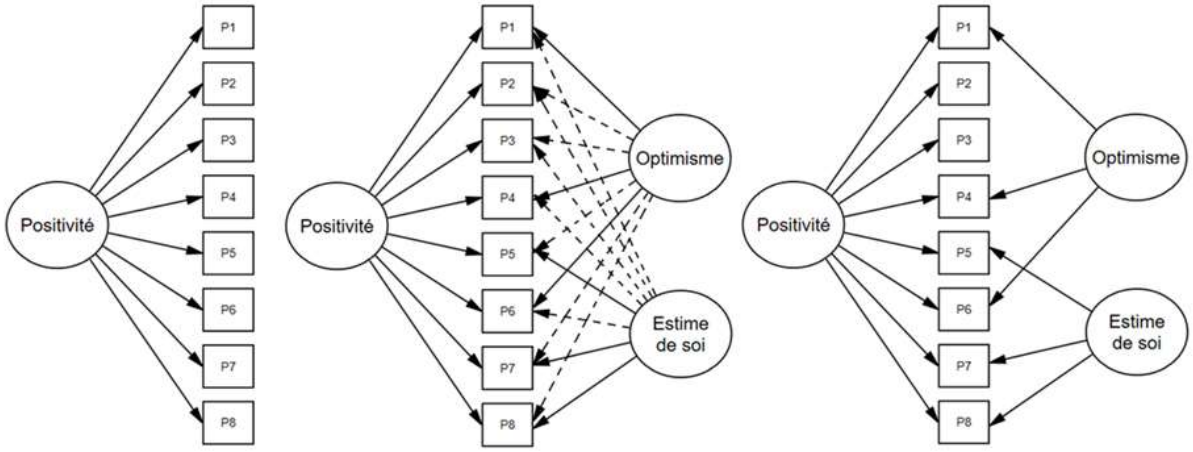
7. J'ai le sentiment d'avoir beaucoup de choses dont je peux être fier

8. En général, j'ai confiance en moi

Cotation :
Inverser le codage de l'item 6 (1 = 5) (2 = 4) (3 = 3) (4 = 2) (5 = 1)
Additionner les items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 pour obtenir le score total de positivité

Nous avons exploré l'hypothèse d'un modèle à un facteur et l'hypothèse de modèles bi-factoriels ESEM et CFA. L'application de modèles bi-factoriels dans l'analyse de l'échelle est appropriée dans la mesure où l'échelle est construite de manière multidimensionnelle, en s'appuyant sur différents construits tels que l'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie (Morin, Arens & Marsh 2016 ; Reise, 2012 ; Rodriguez, Reise & Haviland, 2016). Les modèles sont présentés en figure 9.19.

Figure 9.19. Représentation graphique des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012)



Modèle : CFA 1 facteur Modèle 2 : bi-factoriel ESEM Modèle 3 : bi-factoriel CFA

9.2.2.2 Résultats

La moyenne totale des scores est de 3,52 et l'écart-type de 0,63. Le coefficient standardisé de cohérence interne évalué par l'Alpha de Cronbach est de 0,84, ce qui est satisfaisant. Si le modèle d'analyse factorielle confirmatoire à un facteur montre un ajustement des données inadéquat, les modèles bi-factoriels ESEM et CFA présentent un ajustement des données satisfaisant. Le modèle bi-factoriel ESEM démontre une bonne qualité d'ajustement : χ^2 (7, N=300) = 18.298, p <.01; TLI = 0.953; CFI = 0.988; SRMR = 0.020; RMSEA = 0.073 (IC : 0.033-0.115), tandis que le modèle bi-factoriel CFA avec le facteur G *Positivité* et les facteurs S *Optimisme* et *Estime de soi* explique le meilleur ajustement des données en démontrant notamment une très bonne qualité : χ^2 (14, N=300) = 29.450, p <.01; TLI = 0.968; CFI = 0.984; SRMR = 0.027; RMSEA = 0.061 (IC : 0.029-0.091). Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont présentés dans le tableau 9.20.

Figure 9.20. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) (N = 300)

Résultats de la qualité d'ajustement des modèles alternatifs (N = 300)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]	AIC	BIC	ABIC
Modèle CFA 1 facteur	138.750**	20	0.827	0.876	0.058	0.141 (0.119-0.163)	5532.307	5621.198	5545.084
Modèle bi-factoriel ESEM	18.298*	7	0.953	0.988	0.020	0.073 (0.033-0.115)	5437.854	5574.894	5457.552
Modèle bi-factoriel CFA	29.450*	14	0.968	0.984	0.027	0.061 (0.029-0.091)	5435.006	5546.120	5450.978

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; ESEM = analyse factorielle exploratoire; $\chi2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
** p <0.001, * p <0.01

Morin et ses collègues (Morin, Arens & Marsh, 2016 ; Morin, Arens, Tran & Caci, 2016 ; Morin, Boudrias, Marsh, McInerney et al., 2016) suggèrent qu'il faut compléter l'analyse des indices de qualité de l'ajustement des modèles par une comparaison des estimations de paramètres. Les estimations de paramètres des modèles sont rapportées dans le tableau 9.21.

Tableau 9.21. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) (N = 300)

	CFA		Bi-facteur ESEM				Bi-facteur CFA			
	P λ	Résidus	P λ	O λ	ES λ	Résidus	P λ	O λ	ES λ	Résidus
P1	**0.83**	0.041	**0.74**	**0.56**		*0.151*	**0.69**	**0.66**		*0.111*
P2	**0.74**	0.046	**0.78**			0.084	**0.82**			0.051
P3	**0.36**	0.038	**0.35**			0.052	**0.37**			0.041
P4	**0.84**	0.040	**0.77**	**0.34**		0.062	**0.74**	**0.38**		0.047
P5	**0.71**	0.049	**0.82**			0.076	**0.75**		**0.31**	0.045
P6	**-0.56**	0.049	**-0.49**	**-0.32**		0.057	**-0.48**	**-0.31**		0.050
P7	**0.57**	0.050	**0.61**			0.065	**0.54**		**0.49**	0.078
P8	**0.51**	0.048	**0.54**		**0.56**	*0.302*	**0.47**		**0.46**	0.075

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; ESEM = analyse factorielle exploratoire; P = positivité; O = optimisme; ES = estime de soi; les paramètres non-significatifs ($p \geq 0.05$) sont indiqué en italique

L'examen de la comparaison des paramètres entre les modèles confirme que le modèle bi-factoriel CFA est le plus performant pour décrire la structure de l'échelle. Le poids factoriel est satisfaisant et significatif pour l'ensemble des items du modèle (λ = 0,31-0,82 ; M = 0,53 ; p<.05) tandis que pour le modèle bi-factoriel ESEM, le poids factoriel des items ne s'avère satisfaisant et significatif que sur le facteur global et le facteur spécifique *Optimisme*. Les résultats du modèle bi-factoriel CFA démontrent ainsi la présence d'un facteur global et commun à l'ensemble des items de l'échelle, la positivité, coexistant avec deux facteurs spécifiques, l'*Optimisme* et l'*Estime de soi*. Le facteur G *Positivité* correspond à la covariance

entre les 8 items de l'échelle ; il existe aussi de manière cohérente et simultanée une covariance entre les 3 items relatifs à l'optimisme et une covariance entre les 3 items liés à l'estime de soi.

9.2.3 Étude 2.2

L'objectif de cette étude est de vérifier la cohérence interne ainsi que la stabilité temporelle de l'échelle. Nous attendons une corrélation élevée entre le test et le retest permettant d'attester d'une bonne stabilité dans le temps car la positivité est considérée comme une disposition stable de la personnalité.

9.2.3.1 Méthode

L'échelle a été administrée à deux reprises à 1 mois d'intervalle afin qu'il y ait un écart de temps entre les deux passations suffisant pour attester de la stabilité temporelle de l'échelle (Vallerand, 1989).

9.2.3.2 Résultats

Pour cette durée d'1 mois, une corrélation test-retest d'environ .60 est considérée comme satisfaisante (Vallerand, 1989). Le coefficient de fidélité test-retest qui est de 0.94 ($p < .01$) montre un haut niveau de stabilité temporelle. Les résultats des analyses de la cohérence interne mesurée avec l'Alpha de Cronbach sont satisfaisants avec 0.89 pour le test et 0.87 pour le retest. Les indices de corrélation test-retest et de coefficients internes démontrent que l'échelle de positivité dispose d'excellentes qualités psychométriques de fidélité et de fiabilité.

9.2.4 Étude 2.3

L'objectif de cette étude est d'établir la validité de l'instrument en explorant la relation qu'entretient l'échelle de positivité avec d'autres instruments. Nous avons testé un modèle de mesure afin de vérifier les conditions de validité convergente et discriminante.

Nous avons utilisé les outils mesurant l'estime de soi, la satisfaction de vie et l'optimisme afin d'évaluer de manière plus précise les relations entre la version française de l'échelle de positivité et les trois construits sus-jacents de la positivité. Il est attendu des corrélations

positives et très élevées entre la positivité et les trois construits que sont l'estime de soi, la satisfaction de vie et l'optimisme. Par ailleurs, les affects positifs et les affects négatifs ont été mesurés dans le but d'explorer la relation qu'entretient l'échelle de positivité avec le bonheur. En nous appuyant sur les résultats de la version originale de l'échelle, nous prévoyons une relation modérée positive entre la positivité et l'affect positif et une relation modérée négative entre la positivité et l'affect négatif.

9.2.4.1 Résultats

Les résultats sont présentés dans le tableau 9.22. Les critères de validité convergente sont vérifiés à travers des résultats acceptables pour l'ensemble des échelles, les variances moyennes extraites étant situées entre .49 et .66 et les fiabilités composites étant comprises entre .66 à .84.

La validité convergente.

Comme attendu, il existe une relation positive et forte entre la positivité et l'estime de soi ($r = .64$, $p < .01$), l'optimisme ($r = .61$, $p < .01$) et la satisfaction de vie ($r = .66$, $p < .01$). Les résultats sont comparables à ceux obtenus lors de validation de la version linguistique de l'échelle dans d'autres pays comme l'Italie, l'Espagne, le Japon (Caprara & al., 2012), l'Allemagne, la Serbie (Heikamp & al., 2014) et la Chine (Tian & al., 2018) avec des corrélations positives et élevées entre la positivité et l'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie. La corrélation entre la positivité et l'affect positif est modérée et positive (l'affect positif : $r = .42$, $p < .01$) comme dans la validation de l'échelle dans la version italienne (Caprara & al., 2012) et dans la version chinoise (Tian & al., 2018). Pour les hommes ($N = 109$), on trouve une corrélation positive et forte entre la positivité ($M = 3,42$, $ET = 0,53$) et l'estime de soi ($r = .63$, $p < .01$), l'optimisme ($r = .69$, $p < .01$), la satisfaction de vie ($r = .59$, $p < .01$) et modérée avec l'affect positif ($r = .40$, $p < .01$). Chez les femmes ($N = 380$), la relation est forte et positive entre la positivité ($M = 3,45$, $ET = 0,50$) et l'estime de soi ($r = .65$, $p < .01$), l'optimisme ($r = .59$, $p < .01$), la satisfaction de vie ($r = .68$, $p < .01$) et modérée avec l'affect positif ($r = .42$, $p < .01$). Les corrélations se rapprochent de celles observées auprès d'adultes italiens, hommes et femmes (Caprara & al., 2012).

La validité divergente.

La relation entre la positivité et l'affect négatif est modérée et négative (r = -.44, p <.01), ce résultat étant comparable à celui obtenu auprès de l'échantillon italien (Caprara & al., 2012). Il en est de même pour les femmes (r = -.41, p <.01) tandis que la corrélation est plus élevée chez les hommes (r = -.54, p <.01).

La validité discriminante.

La racine carrée de la variance moyenne extraite de chaque échelle est supérieure aux corrélations avec les autres indicateurs, notamment pour l'échelle de positivité (.71), suggérant ainsi une validité discriminante adéquate (Fornell & Larcker, 1981). Si la structure théorique de l'échelle de positivité est basée sur les trois construits que sont l'estime de soi, l'optimisme, la satisfaction de vie, l'échelle de positivité se distingue suffisamment des échelles mesurant ces construits. Les résultats démontrent ainsi que ces échelles ont des propriétés distinctes qui permettent d'évaluer différents concepts de la dimension cognitive de la santé mentale positive.

Tableau 9.22. Résultats pour la validité convergente et la validité discriminante (N = 489)

	M	ET	Alpha de Cronbach	VEM	FC	Positivité	Estime de soi	Satisfaction de vie	Optimisme	Affect positif	Affect négatif
Positivité	3,45	0,51	0,74	0,51	0,80	**(0,71)**					
Estime de soi	3,18	0,46	0,85	0,66	0,77	,64*	**(0,81)**				
Satisfaction de vie	4,84	1,16	0,84	0,61	0,66	,66*	,48*	**(0,78)**			
Optimisme	2,48	0,67	0,80	0,65	0,68	,61*	,58*	,52*	**(0,80)**		
Affect positif	3,58	0,46	0,75	0,49	0,84	,42*	,49*	,38*	,34*	**(0,70)**	
Affect négatif	2,24	0,59	0,83	0,49	0,84	-,44*	-,53*	-,31*	-,50*	-,16*	**(0,70)**

* la corrélation est significative au seuil 0.01 ; M = moyenne; ET = écart-type; VEM = variance extraite moyenne. FC = fiabilité composite; les nombres sur la diagonale en gras entre parenthèses sont la racine carrée de la variance extraite moyenne pour chaque échelle, la variance de chaque construit étant fixé à 1 dans le modèle de mesure.

9.3 Étude 3 : Exploration de la structure de la subjectivité mentale

La santé mentale est composée des deux facteurs que sont la santé mentale positive et la santé mentale négative ou maladie mentale, cependant on peut se demander si on peut intégrer pour chacune des deux dimensions des indicateurs en termes de cognitions et d'affects.

L'objectif de cette étude est :

(1) d'analyser la structure de l'échelle d'affects positifs et d'affects négatifs (PANAS) dans sa forme abrégée, dans la perspective d'utiliser la version courte de l'échelle PANAS de Thompson (2007) pour les études à venir,

(2) d'explorer les hypothèses :

(a) d'un modèle bi-factoriel du bien-être subjectif dans la version originale ainsi que dans une version dispositionnelle en remplaçant la satisfaction de vie par la positivité,

(b) d'un modèle de la subjectivité positive composé de la *Cognition positive* et de l'*Affectivité positive* ainsi que d'un modèle de la subjectivité négative constitué de la *Cognition négative* et de l'*Affectivité négative*,

(c) d'un modèle global de la subjectivité mentale constitué de la *Cognition positive*, de la *Cognition négative*, de l'*Affect positif* et de l'*Affect négatif*.

Nous explorerons l'ensemble des modèles possibles afin de décrire au mieux la structure subjective de la santé mentale en testant plusieurs hypothèses de modèles d'analyse factorielle confirmatoire notamment par l'approche bi-factorielle multi-construit. La structure de la subjectivité mentale sera ainsi abordée de manière multidimensionnelle, permettant d'explorer la coexistence entre les dimensions *Cognitions positives*, C*ognitions négatives*, *Affect positif* et *Affect négatif*.

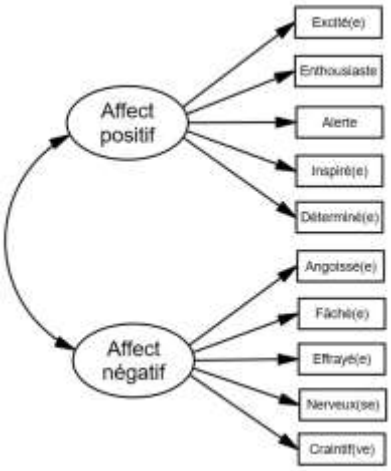
9.3.1 Exploration de la structure de la subjectivité mentale

Dans un premier temps, les deux versions courtes de l'échelle PANAS ont été testées. Kercher (1992) a proposé une forme abrégée en 10 questions validée par Mackinnon et ses collaborateurs (1999). Bien que les résultats aient confirmé la structure factorielle, les covariances entre des items similaires ont quand même diminué la qualité d'ajustement du modèle de mesure. Aussi, Thompson (2007) a-t-il exploré une version modifiée de l'échelle courte qui a démontré une structure à deux facteurs (*Affect positif*, *Affect négatif*), une stabilité temporelle, la fiabilité interne (Thompson, 2007). La structure factorielle de la version française

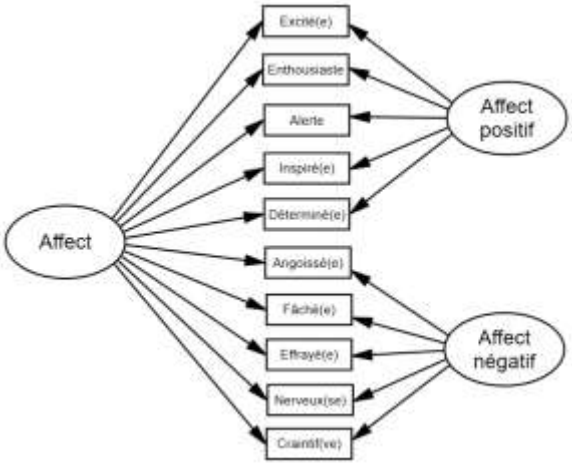
de cette échelle a été confirmée (Jahanvash, Weisz & Rehman, 2011). Pour les deux versions de l'échelle, un modèle à 2 facteurs ainsi qu'un modèle bi-factoriel avec pour facteur G *l'Affect* et facteurs S *l'Affect positif* et *l'Affect négatif* ont été explorés. Selon Leue et Beauducel (2011), la structure de l'échelle PANAS est relativement complexe et l'utilisation du modèle bi-factoriel, en raison de sa plus grande flexibilité, peut permettre d'intégrer les covariances entre les items. Les modèles sont présentés en figure 9.23.

Figure 9.23. Représentation graphique des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007)

Version Mackinnon & collaborateurs (1999)

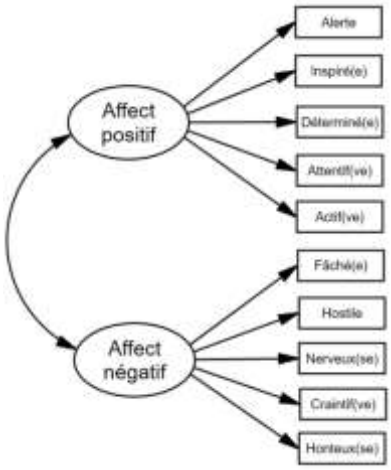


Modèle 1 : CFA à deux facteurs

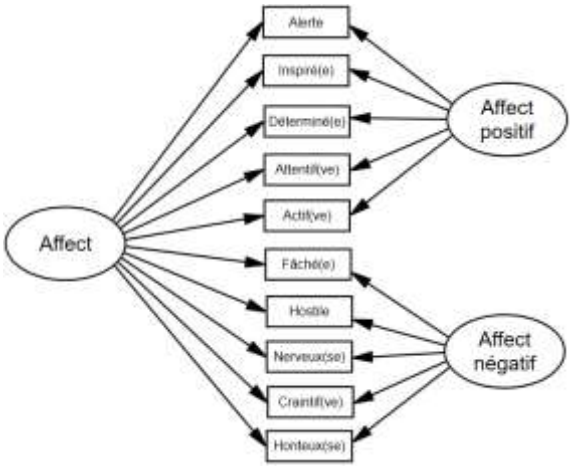


Modèle 2 : bi-factoriel CFA

Version Thompson (2007)



Modèle 1 : CFA à deux facteurs

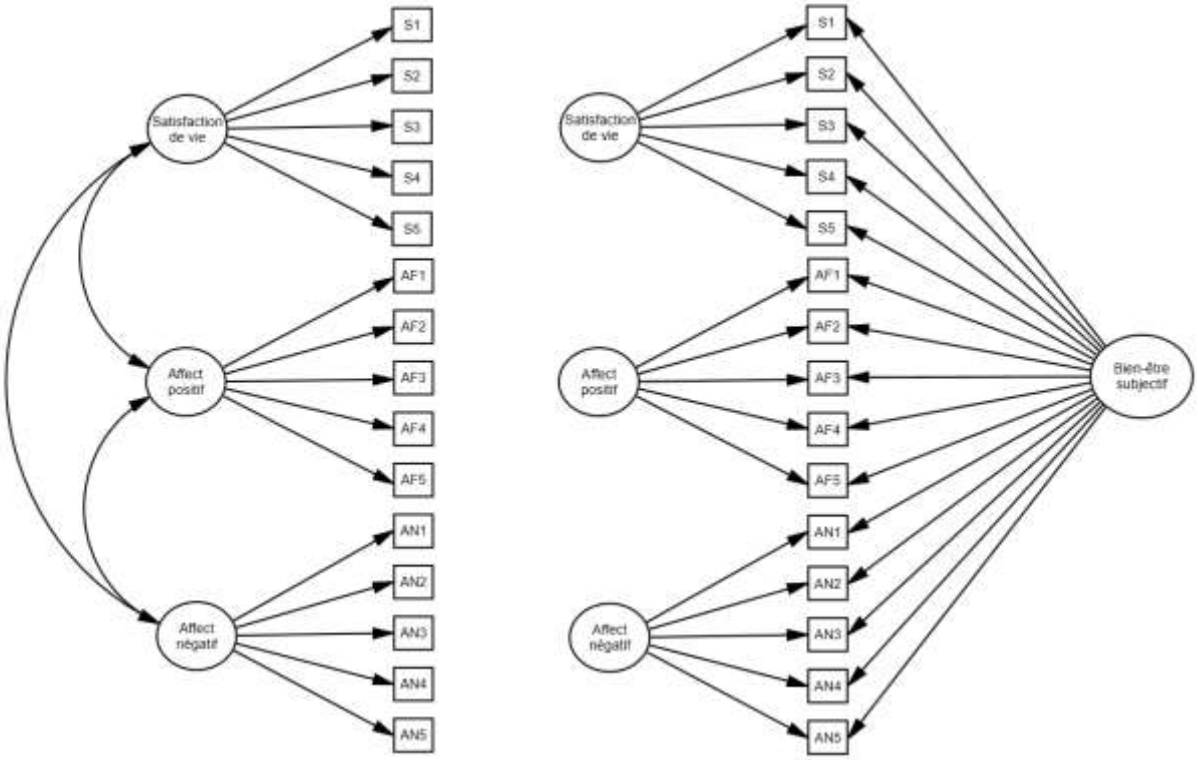


Modèle 2 : bi-factoriel CFA

Dans un deuxième temps, nous avons exploré différents modèles du bien-être subjectif :

(1) le bien-être subjectif dans sa forme classique (*Satisfaction de vie*, *Affect positif*, *Affect négatif*) ainsi qu'un modèle bi-factoriel avec pour facteur G, le *Bien-être subjectif* et pour facteurs spécifiques la Satisfaction de vie, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif*. Les modèles sont présentés en figure 9.24.

Figure 9.24. Représentation graphique des modèles du bien-être subjectif (Diener, 1984)

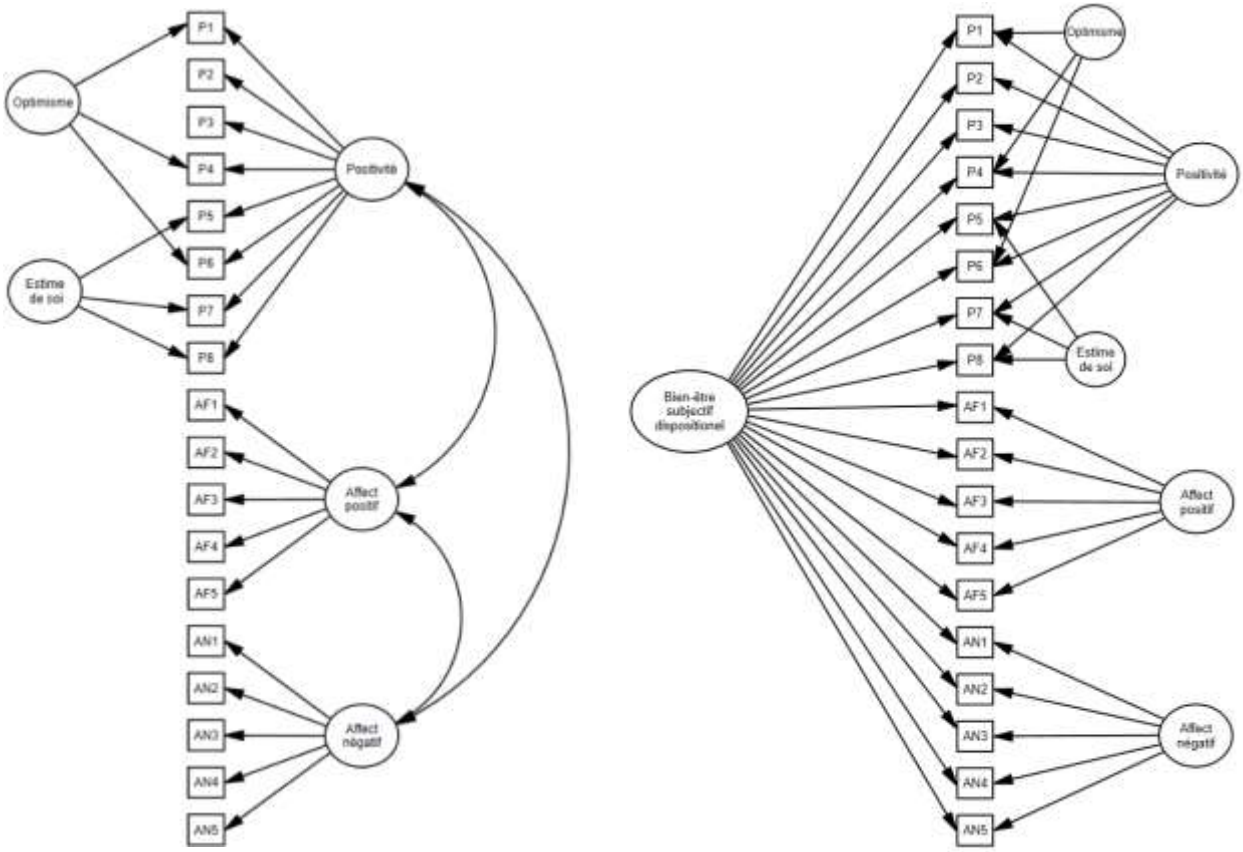


Modèle 1 : CFA à trois facteurs

Modèle 2 : bi-factoriel CFA

(2) le bien-être subjectif dans la forme dispositionnelle (*Positivité*, *Affect positif*, *Affect négatif*) en prenant en compte les facteurs spécifiques de l'échelle de positivité (*Optimisme* et *Estime de soi*), ainsi que la version bi-factorielle avec pour facteur G, le *Bien-être subjectif dispositionnel* et pour facteurs spécifiques la *Positivité*, comprenant l'*Optimisme* et l'*Estime de soi*, *l'Affect positif*, l'*Affect négatif*. Les modèles sont regroupés dans la figure 9.25.

Figure 9.25. Représentation graphique des modèles du bien-être subjectif dispositionnel



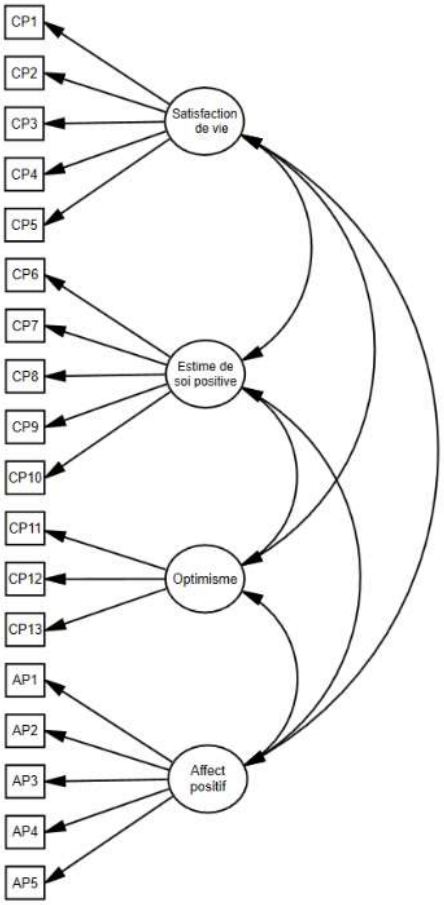
Modèle 1 : CFA à trois facteurs

Modèle 2 : bi-factoriel CFA

Dans un troisième temps, nous avons testé trois modèles de la subjectivité positive :

(1) un modèle de la subjectivité positive avec pour facteurs la *Satisfaction de vie*, l'*Estime de soi positive*, l'*Optimisme* et l'*Affect positif*. Le modèle est présenté en figure 9.26.

Figure 9.26. Représentation graphique du modèle de la subjectivité positive

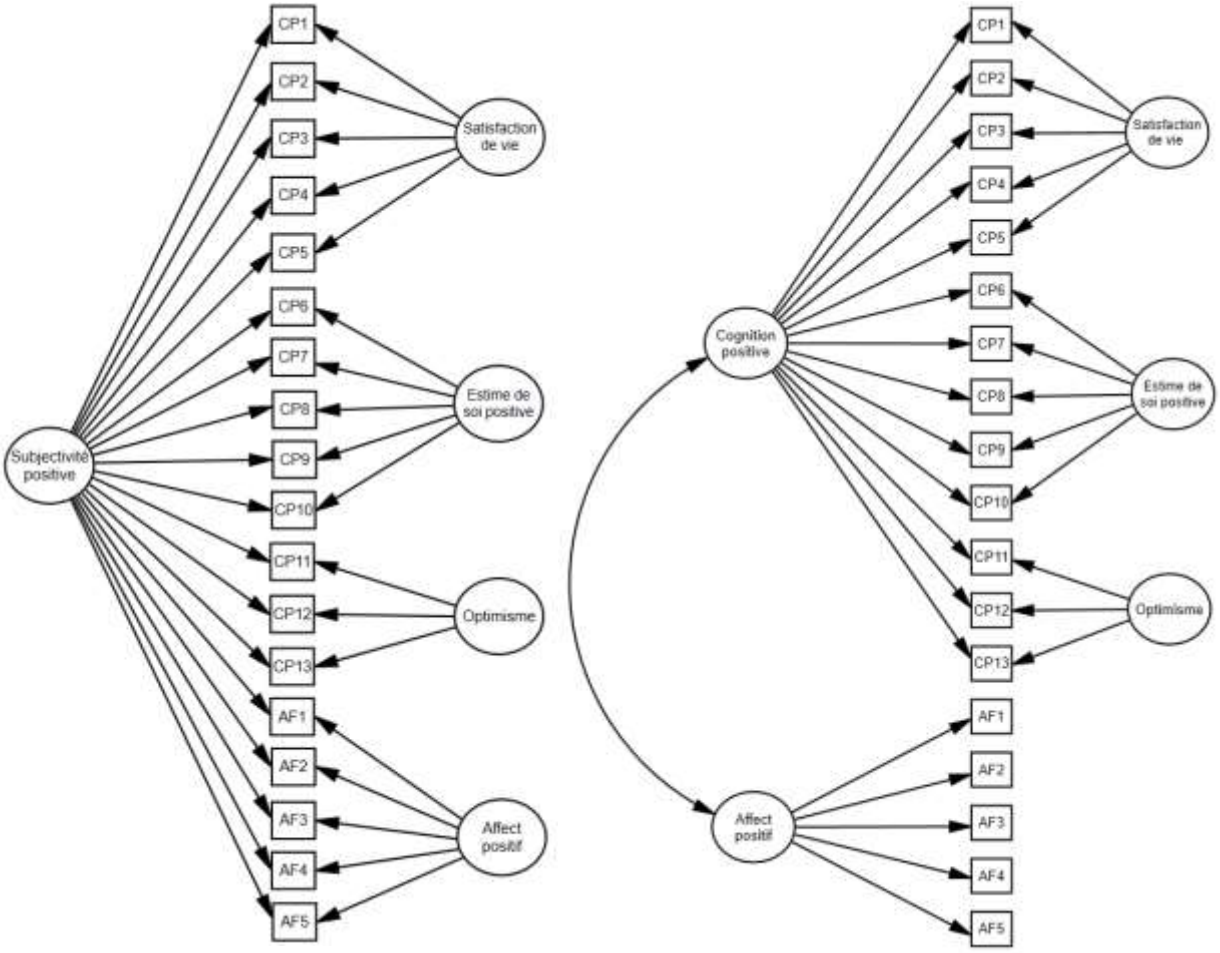


Modèle : CFA à quatre facteurs

(2) un modèle bi-factoriel A avec pour facteur G la *Subjectivité positive* et pour facteurs spécifiques la *Satisfaction de vie*, l'*Estime de soi positive*, l'*Optimisme* et l'*Affect positif*,

(3) un modèle bi-factoriel B composé des facteurs G *Cognition positive* et *Affect positif* ainsi que les facteurs spécifiques de la *Cognition positive* que sont la *Satisfaction de vie*, l'*Estime de soi positive* et l'*Optimisme* (voir figure 9.27).

Figure 9.27. Représentation graphique des modèles bi-factoriel A et B de la subjectivité positive



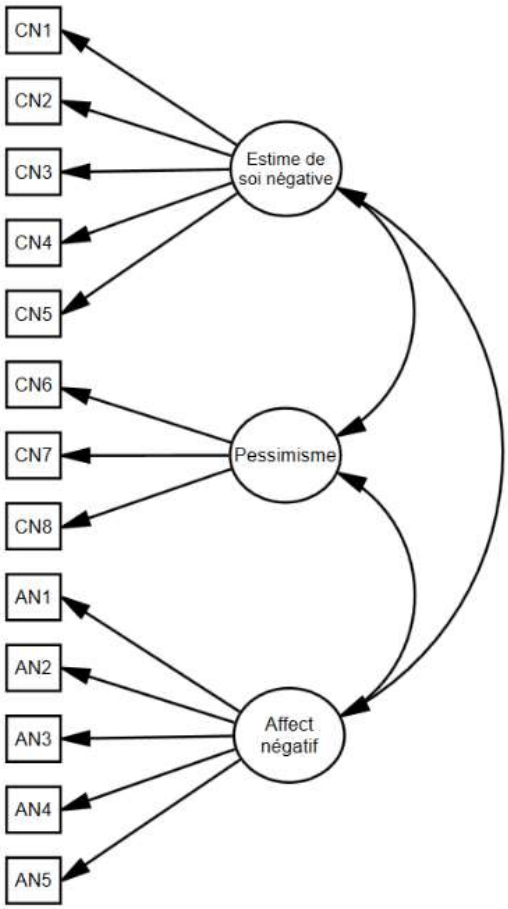
Modèle A : bi-factoriel CFA

Modèle B : bi-factoriel CFA

Puis, nous avons étudié trois modèles de la subjectivité négative :

(1) un modèle de la *Subjectivité négative* avec pour facteurs l'*Estime de soi négativ*e, le *Pessimisme* et l'*Affect négatif* (voir figure 9.28).

Figure 9.28. Représentation graphique du modèle de la subjectivité négative



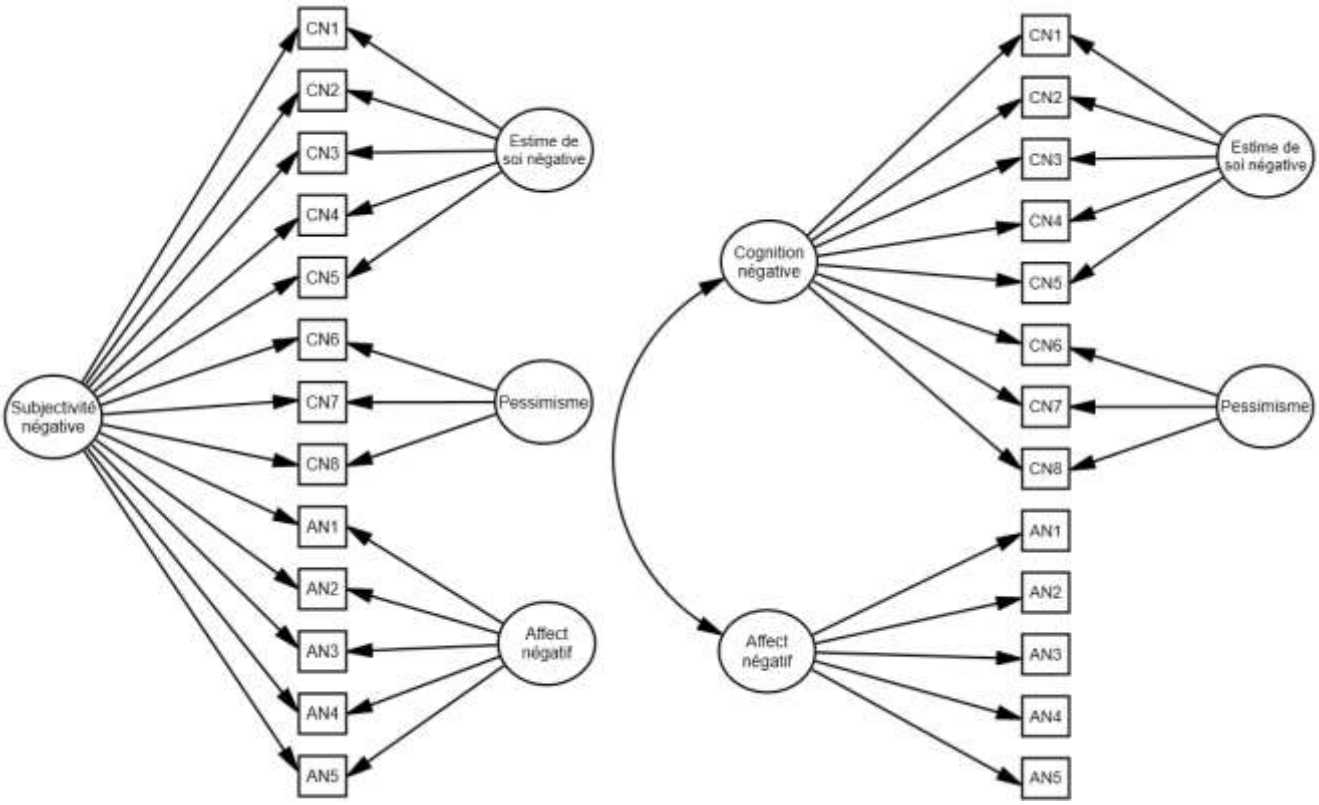
Modèle : CFA à trois facteurs

(2) un modèle bi-factoriel A avec pour facteur G la *Subjectivité négative* et pour facteurs spécifiques l'*Estime de soi négative*, le *Pessimisme* et l'*Affect négatif*,

(3) un modèle bi-factoriel B constitué des facteurs G *Cognition négative* et *Affect négatif* ainsi que les facteurs spécifiques de la *Cognition négative* que sont *l'Estime de soi négative*, le *Pessimisme*.

Les modèles sont regroupés dans la figure 9.29.

Figure 9.29. Représentation graphique des modèles bi-factoriel A et B de la subjectivité négative



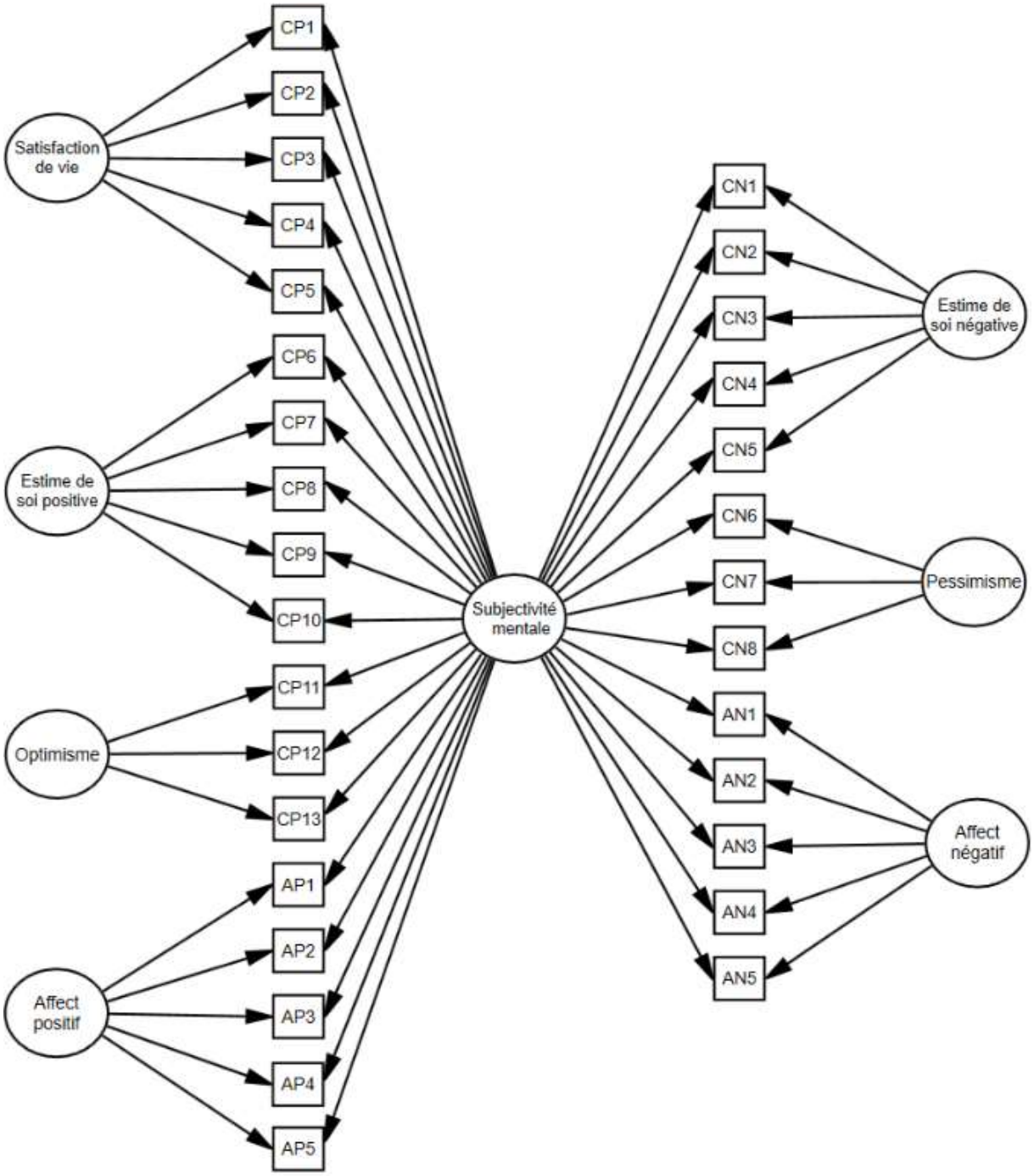
Modèle A : bi-factoriel CFA

Modèle B : bi-factoriel CFA

Pour finir, nous avons testé plusieurs modèles de la subjectivité mentale :

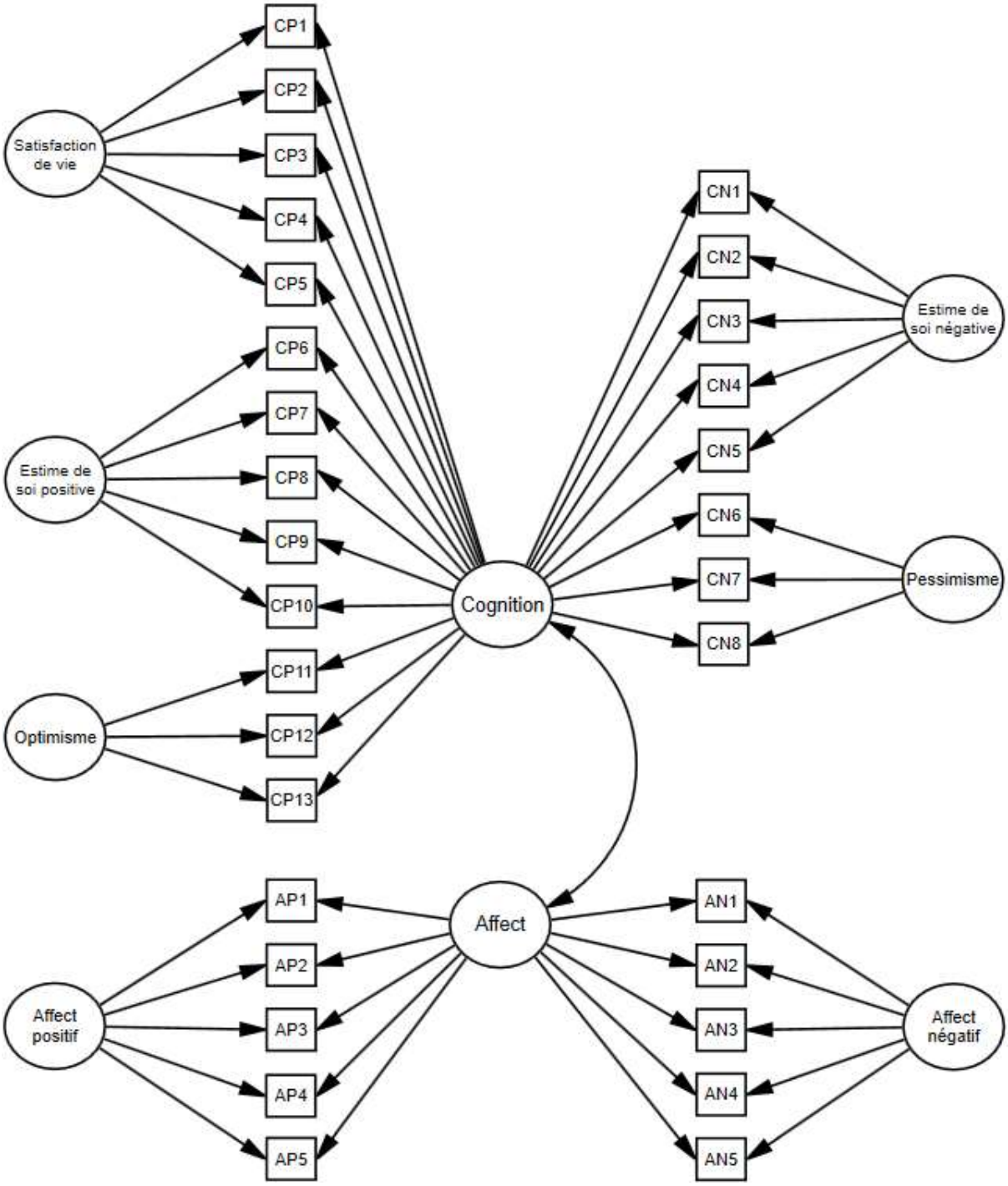
(1) le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale A, avec pour facteur G la *Subjectivité mentale* et pour facteur spécifiques l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* (voir figure 9.30).

Figure 9.30. Représentation graphique du modèle bi-factoriel A de la subjectivité mentale



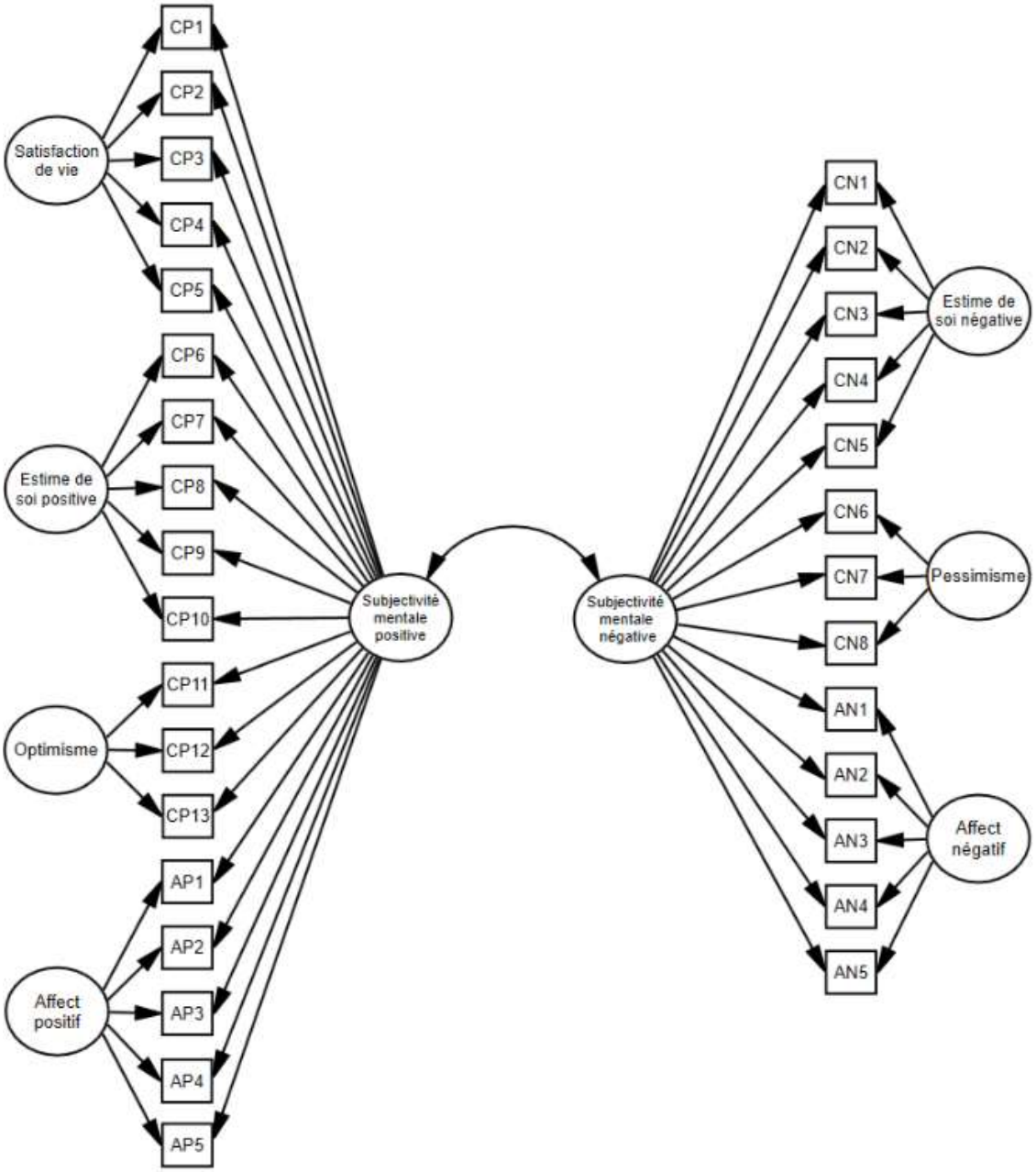
(2) le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale B, avec pour facteur G, la *Cognition* et l'*Affect*, et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, *l'Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif*. (voir figure 9.31).

Figure 9.31. Représentation graphique du modèle bi-factoriel B de la subjectivité mentale



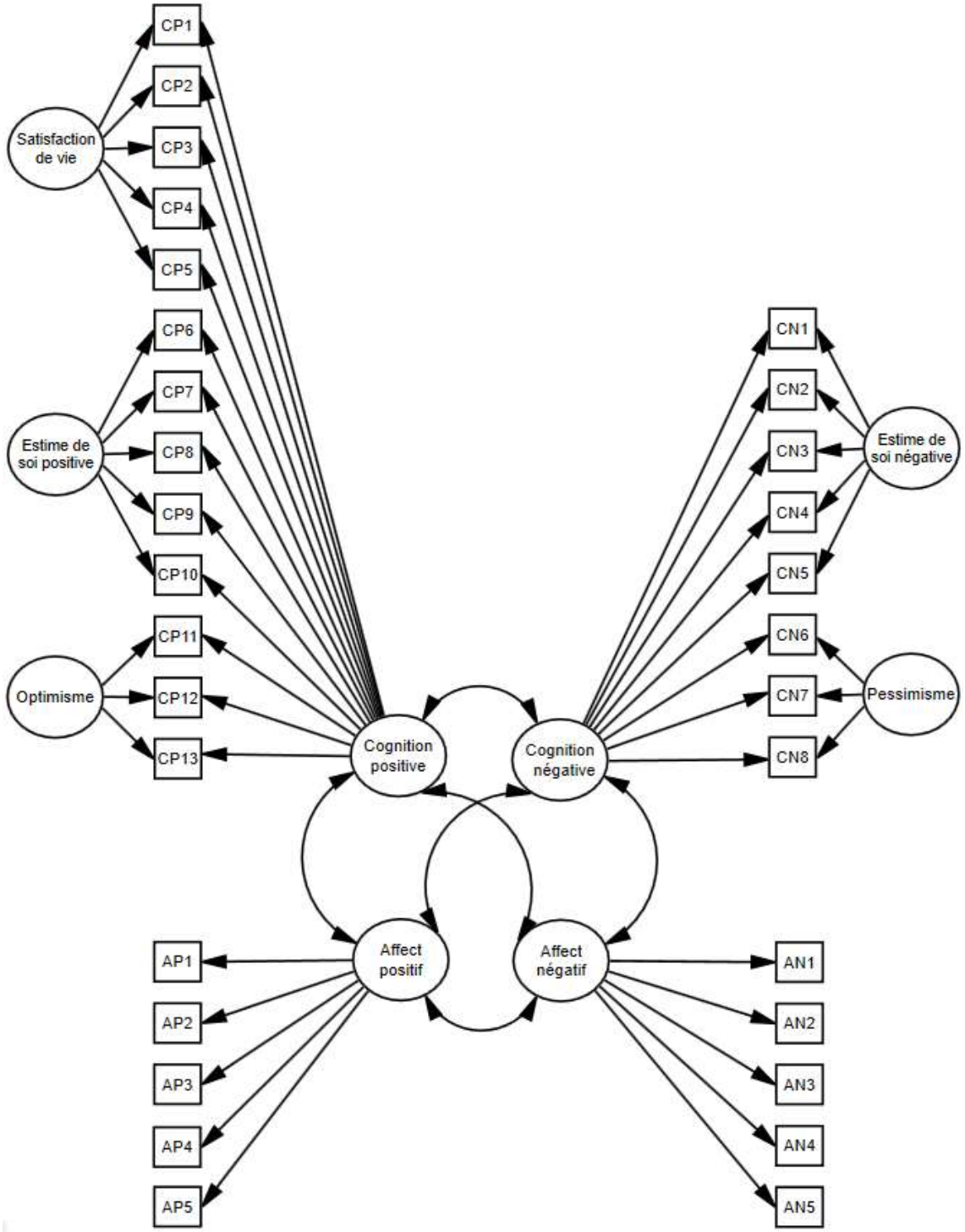
(3) le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale C, avec pour facteur G, la *Subjectivité positive* et la *Subjectivité négative* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* (voir figure 9.32).

Figure 9.32. Représentation graphique du modèle bi-factoriel C de la subjectivité mentale



(4) le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale D, avec pour facteurs principaux, la *Cognition positive*, la *Cognition négative*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*. Le modèle est présenté en figure 9.33.

Figure 9.33. Représentation graphique du modèle bi-factoriel D de la subjectivité mentale



9.3.2 Résultats : Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle PANAS

Les résultats indiquent une qualité d'ajustement des données insuffisante pour le modèle à 2 facteurs de la version de Mackinnon et collaborateurs (1999) tandis qu'ils montrent un ajustement des données acceptable pour le modèle de la version de Thompson (2007) : χ^2 (34, N = 822) = 136,493 ; p <.001 ; TLI = 0.885 ; CFI = 0.913; SRMR = 0.0494 ; RMSEA = 0.061 (IC : 0.050-0.071).

Le modèle CFA bi-factoriel pour la version de Mackinnon et collaborateurs (1999) avec pour facteur G l'*Affect* et facteurs spécifiques *l'Affect positif* et *l'Affect négatif* démontre une qualité ajustement des données satisfaisante : χ^2 (25, N = 822) = 104,228, p <.001 ; TLI = 0.912; CFI = 0.951; SRMR = 0.0384 ; RMSEA = 0.062 (IC : 0.050-0.075). Le modèle CFA bi-factoriel de la version de Thompson (2007) avec pour facteur G *l'Affect* et facteurs spécifiques *l'Affect positif* et *l'Affect négatif*, propose, quant à lui, une très bonne qualité d'ajustement des données : χ^2 (26, N = 822) = 44,948, p <.05 ; TLI = 0.972 ; CFI = 0.984; SRMR = 0.0277 ; RMSEA = 0.03 (IC : 0.014-0.044).

Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont présentés dans le tableau 9.34.

Tableau 9.34. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007) (N = 822)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle CFA à 2 facteur de Mackinnon & al. (1999)	248,323*	34	0,825	0,868	0,0675	0.088 (0.078-0.098)
Modèle CFA bi-factoriel de Mackinnon & al. (1999)	104,228*	25	0,912	0,951	0,0384	0.062 (0.050-0.075)
Modèle CFA à 2 facteur de Thompson (2007)	136,493*	34	0,885	0,913	0,0494	0.061 (0.050-0.071)
Modèle CFA bi-factoriel de Thompson (2007)	44,948***	26	0,972	0,984	0,0277	0.03 (0.014-0.044)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
***p <0.05, * p <0.001

La version de Thompson (2007) démontre une meilleure qualité d'ajustement que ce soit pour le modèle à deux facteurs ou le modèle bi-factoriel. Les résultats de l'analyse des poids factoriels confirment une meilleure répartition des données pour la version de Thompson (2007).

Tableau 9.35. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007) (N = 822)

Mackinnon et collaborateurs (1999)

	CFA 2 facteur			Bi-facteur CFA			
	AP λ	AN λ	VRS	A λ	AP λ	AN λ	VRS
Excitée	0,41		0,03	0,11	0,49		0,03
Enthousiaste	0,65		0,03	-0,22	0,60		0,03
Alerte	0,25		0,05	0,04	0,27		0,05
Inspirée	0,59		0,04	-0,16	0,55		0,03
Déterminée	0,60		0,03	-0,20	0,57		0,03
Angoissée		0,72	0,04	0,62		0,20	0,05
Fâchée		0,37	0,04	0,33		0,16	0,04
Effrayée		0,66	0,03	0,76		-0,14	0,05
Nerveuxse		0,71	0,04	0,68		0,77	*0,39*
Craintifve		0,66	0,04	0,71		-0,07	0,05

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; AP = affect positif; AN = affect négatif; VRS = variance résiduelle standardisée

Thompson (2007)

	CFA 2 facteur			Bi-facteur CFA			
	AP λ	AN λ	VRS	A λ	AP λ	AN λ	VRS
Alerte	0,26		0,05	0,05	0,31		0,05
Inspirée	0,52		0,03	-0,16	0,49		0,03
Déterminée	0,73		0,03	-0,23	0,69		0,03
Attentifve	0,48		0,03	-0,14	0,45		0,03
Actifve	0,64		0,03	-0,24	0,58		0,03
Fâchée		0,48	0,04	0,06		0,85	*0,18*
Hostile		0,42	0,03	0,18		0,41	0,04
Honteuxse		0,55	0,03	0,49		0,26	0,03
Nerveuxse		0,64	0,05	0,47		0,38	0,05
Craintifve		0,62	0,04	0,73		0,17	0,07

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; AP = affect positif; AN = affect négatif; VRS = variance résiduelle standardisée

La cohérence interne de la version courte de l'échelle PANAS de Thompson (2007) est acceptable, la fiabilité composite étant supérieure à .70 pour l'affect positif (.78) et pour l'affect négatif (.79).

Tableau 9.36. Résultats pour la cohérence interne de la version courte de l'échelle PANAS (Thompson, 2007) (N = 822)

	M	ET	Fiabilité composite
Affect positif	3,64	0,56	0,78
Affect négatif	2,21	0,64	0,79

M = moyenne; ET = écart-type; la fiabilité composite a été estimée à partir du modèle bi-factoriel

9.3.3 Résultats : de la modélisation du bien-être subjectif à la subjectivité mentale

9.3.3.1 Le bien-être subjectif

Le modèle du bien-être subjectif avec pour facteur la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* démontre une bonne qualité d'ajustement. En ce qui concerne la version dispositionnelle, le modèle bi-factoriel avec pour facteur global, le *Bien-être subjectif dispositionnel*, et pour facteurs spécifiques la *Positivité*, l'*Optimisme*, l'*Estime de soi*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif*, indique aussi un bon ajustement des données : χ^2 (111, N=822) = 338,843, p <.001 ; TLI = 0.904 ; CFI = 0.931 ; SRMR = 0.0454 ; RMSEA = 0.050 (IC : 0.044-0.056).

Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont présentés dans le tableau 9.37.

Tableau 9.37. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles du bien-être subjectif (N = 822)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle bien-être subjectif	285,299*	87	0,918	0,932	0,047	0.053 (0.046-0.060)
Modèle bi-factoriel du bien-être subjectif	296,442*	76	0,896	0,925	0,091	0.059 (0.052-0.067)
Modèle bien-être subjectif dispositionnel	519,274*	126	0,854	0,88	0,0559	0.062 (0.056-0.067)
Modèle bi-factoriel bien-être subjectif dispositionnel	338,843*	111	0,904	0,931	0,0454	0.050 (0.044-0.056)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

Les résultats de l'analyse des poids factoriels confirment l'intérêt d'avoir recours au modèle bi-factoriel pour décrire le bien-être subjectif dispositionnel.

Tableau 9.38. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles du bien-être subjectif dans la version dispositionnelle (N = 822)

	CFA				Bi-facteur CFA						
	P λ	AP λ	AN λ	VRS	BESD λ	P λ	O λ	ES λ	AP λ	AN λ	VRS
P1	0,56			0,04	0,43	0,37	0,67				0,07
P2	0,60			0,03	0,41	0,59					0,04
P3	0,28			0,04	0,11	0,40					0,04
P4	0,56			0,03	0,39	0,44	0,50				0,04
P5	0,66			0,02	0,53	0,38		0,42			0,09
P6	-0,43			0,04	-0,45	-0,05	-0,28				0,03
P7	0,54			0,03	0,55	0,12		0,21			0,02
P8	0,58			0,05	0,72	-0,05		0,20			0,05
AP1		0,25		0,05	0,08				0,29		0,05
AP2		0,52		0,03	0,35				0,39		0,03
AP3		0,73		0,03	0,44				0,58		0,03
AP4		0,45		0,03	0,20				0,45		0,03
AP5		0,65		0,03	0,43				0,46		0,03
AN1			0,49	0,04	-0,19					0,56	0,05
AN2			0,43	0,03	-0,20					0,44	0,03
AN3			0,64	0,05	-0,40					0,50	0,05
AN4			0,61	0,04	-0,46					0,35	0,04
AN5			0,55	0,03	-0,44					0,31	0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; P = positivité; O = optimisme; ES = estime de soi; AP = affect positif; AN = affect négatif; BESD = bien-être subjectif dispositionnel; VRS = variance résiduelle standardisée

9.3.3.2 Résultats : modélisation de la subjectivité

9.3.3.2.1 La subjectivité positive et la subjectivité négative

Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont satisfaisants pour les modèles bi-factoriels *Subjectivité positive* et *Subjectivité négative*. Ils sont regroupés dans le tableau 9.39.

Tableau 9.39. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la subjectivité positive et de la subjectivité négative (N = 822)

Model	χ^2	df	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]	AIC	BIC	ABIC
Subjectivité positive									
Modèle CFA	704,532*	129	0,86	0,882	0,0577	0.074 (0.068-0.079)	788,532	986,425	1028,425
Modèle bi-factoriel CFA A	295,793*	117	0,952	0,963	0,0375	0.043 (0.037-0.049)	403,793	658,227	712,227
Modèle bi-factoriel CFA B	307,825*	121	0,952	0,962	0,0394	0.043 (0.037-0.049)	407,825	643,412	693,412
Subjectivité négative									
Modèle CFA	244,067*	62	0,923	0,938	0,0459	0.060 (0.052-0.068)	302,067	438,707	467,707
Modèle bi-factoriel CFA A	186,27*	52	0,932	0,955	0,0374	0.056 (0.048-0.065)	264,27	448,028	487,028
Modèle bi-factoriel CFA B	208,341*	56	0,928	0,948	0,0408	0.058 (0.049-0.066)	278,341	443,252	478,252

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi 2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

Les résultats des modèles bi-factoriels CFA démontrent, par rapport aux modèles CFA, l'intérêt de prendre en compte la présence d'un facteur global entre la dimension cognitive et les dimension affective.

En étudiant les paramètres, on constate que le poids factoriel de l'ensemble des items est satisfaisant dans les modèles bi-factoriels proposés, permettant ainsi de confirmer la validité de la qualité de l'ajustement des modèles.

Tableau 9.40. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la subjectivité positive et de la subjectivité négative (N = 822)

Subjectivité positive

	CFA					Bi-facteur CFA Modèle A						Bi-facteur CFA Modèle B					
	SDV λ	ESP λ	O λ	AP λ	VRS	SP λ	SDV λ	ESP λ	O λ	AP λ	VRS	CP λ	AP λ	SDV λ	ESP λ	O λ	VRS
SDV1	0,71				0,06	0,41	0,48				0,06	0,50		0,48			0,06
SDV2	0,64				0,06	0,47	0,57				0,06	0,34		0,58			0,06
SDV3	0,86				0,04	0,55	0,67				0,04	0,55		0,67			0,04
SDV4	0,74				0,06	0,33	0,58				0,06	0,47		0,57			0,06
SDV5	0,64				0,11	0,50	0,48				0,11	0,41		0,48			0,11
ESP1		0,44			0,02	0,33		0,65			0,02	0,34			0,65		0,02
ESP2		0,51			0,01	0,40		0,74			0,02	0,41			0,73		0,02
ESP3		0,43			0,02	0,34		0,46			0,01	0,35			0,45		0,01
ESP4		0,85			0,01	0,85		0,05			0,01	0,85			0,04		0,01
ESP5		0,81			0,01	0,81		0,05			0,01	0,81			0,04		0,01
O1			0,57		0,04	0,43			0,47		0,05	0,42				0,47	0,05
O2			0,82		0,03	0,66			0,40		0,03	0,66				0,40	0,03
O3			0,61		0,03	0,47			0,42		0,03	0,47				0,42	0,03
AP1				0,26	0,05	0,09				0,27	0,05		0,26				0,05
AP2				0,53	0,03	0,31				0,42	0,03		0,53				0,03
AP3				0,72	0,03	0,38				0,62	0,03		0,73				0,03
AP4				0,45	0,03	0,18				0,45	0,03		0,45				0,03
AP5				0,64	0,03	0,37				0,51	0,03		0,64				0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; SDV = satisfaction de vie; ESP = estime de soi positive; O = optimisme; AP = affect positif; SP = subjectivité positive; CN = cognition positive; VRS = variance résiduelle standardisée

Subjectivité négative

	CFA				Bi-facteur CFA Modèle A					Bi-facteur CFA Modèle B				
	P λ	ESN λ	AN λ	VRS	SN λ	P λ	ESN λ	AN λ	VRS	CN λ	AN λ	P λ	ESN λ	VRS
P1	0,51			0,04	0,47	0,21			0,04	0,50		0,16		0,04
P2	0,78			0,04	0,57	0,46			0,06	0,60		0,39		0,07
P3	0,75			0,04	0,52	0,67			*0,12*	0,55		0,69		*0,19*
ESN1		0,63		0,04	0,53		0,32		0,01	0,54			0,32	0,01
ESN2		0,64		0,03	0,58		0,24		0,02	0,59			0,24	0,02
ESN3		0,57		0,05	0,51		0,24		0,03	0,51			0,24	0,03
ESN4		0,75		0,04	0,59		0,47		0,03	0,59			0,47	0,03
ESN5		0,80		0,03	0,64		0,52		0,03	0,62			0,55	0,03
AN1			0,47	0,01	0,31			0,60	0,08		0,47			0,08
AN2			0,43	0,02	0,33			0,39	0,03		0,43			0,03
AN3			0,62	0,03	0,49			0,35	0,05		0,62			0,05
AN4			0,61	0,02	0,53			0,15	0,04		0,61			0,04
AN5			0,58	0,02	0,54			0,14	0,03		0,58			0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; P = pessimisme; ESN = estime de soi négative; AN = affect négatif; SN = subjectivité négative; CN = cognition négative; VRS = variance résiduelle standardisée

9.3.3.2.2 La subjectivité mentale

L'ensemble des résultats des modèles bi-factoriels de la subjectivité mentale sont satisfaisants. La qualité d'ajustement des données est la meilleure pour les modèles bi-factoriels CFA subjectivité mentale C et CFA subjectivité mentale D.

Les résultats sont ainsi satisfaisants pour le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale C, avec pour facteur G, la *Subjectivité positive* et la *Subjectivité négative* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* : χ^2 (402, N=822) = 1078,93, p <.001 ; TLI = 0.911 ; CFI = 0.923 ; SRMR = 0.045 ; RMSEA = 0.045 (IC : 0.042-0.049).

Pour modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale D, avec pour facteurs principaux, la *Cognition positive*, la *Cognition négative*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, les résultats indiquent aussi un ajustement des données adéquate : χ^2 (408, N=822) = 1099,584, p <.001 ; TLI = 0.911 ; CFI = 0.922 ; SRMR = 0.0494 ; RMSEA = 0.045 (IC : 0.042-0.049).

Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles sont regroupés dans le tableau 9.41.

Tableau 9.41. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la subjectivité mentale (N = 822)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]	AIC	BIC	ABIC
Modèle bi-factoriel CFA A	1105,852*	403	0,908	0,92	0,0444	0.046 (0.043-0.049)	1291,852	1730,044	1823,044
Modèle bi-factoriel CFA B	1160,448*	403	0,901	0,914	0,0571	0.048 (0.045-0.051)	1346,448	1784,64	1877,64
Modèle bi-factoriel CFA C	1078,93*	402	0,911	0,923	0,045	0.045 (0.042-0.049)	1266,93	1709,834	1803,834
Modèle bi-factoriel CFA D	1099,584*	408	0,911	0,922	0,0494	0.045 (0.042-0.049)	1275,584	1690,217	1778,217

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA
* p <0.001

Dans le modèle CFA Subjectivité mentale C, la corrélation est très forte et négative entre la *Subjectivité positive* et la *Subjectivité négative* (-.91).

Dans le modèle Subjectivité mentale D, la corrélation est positive et forte entre la *Cognition positive* et l'*Affect positif* (.54), la *Cognition négative* et l'*Affect Négatif* (.75). La relation est forte et négative entre la *Cognition positive* et la *Cognition négative* (-.95), la *Cognition positive*

et l'*Affect négatif* (-.57), la *Cognition négative* et l'*Affect positif* (-.58). Le lien est modéré et négatif entre l'*Affect positif* et l'*Affect négatif (*-.27).

Les estimations des paramètres de ces modèles sont présentées dans le tableau 9.42. La validité de la qualité de l'ajustement des modèles se confirme lorsque l'on examine le poids factoriel de l'ensemble des items, ceux-ci étant satisfaisants dans les quatre modèles proposés.

Tableau 9.42. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la subjectivité mentale (N = 822)

	Bi-facteur CFA Modèle A									Bi-facteur CFA Modèle B									
	SM λ	SDV λ	ESP λ	O λ	ESN λ	P λ	AP λ	AN λ	VRS	C λ	A λ	SDV λ	ESP λ	O λ	ESN λ	P λ	AP λ	AN λ	VRS
SDV1	0,53	0,46							0,06	0,53		0,46							0,06
SDV2	0,35	0,57							0,06	0,35		0,57							0,06
SDV3	0,56	0,66							0,05	0,56		0,67							0,05
SDV4	0,49	0,55							0,06	0,49		0,55							0,06
SDV5	0,43	0,46							0,11	0,43		0,46							0,11
ESP1	0,36		0,63						0,02	0,36			0,63						0,02
ESP2	0,42		0,73						0,02	0,42			0,73						0,02
ESP3	0,37		0,44						0,01	0,37			0,44						0,01
ESP4	0,81		0,06						0,01	0,81			0,05						0,01
ESP5	0,76		0,06						0,01	0,76			0,06						0,01
O1	0,46			0,46					0,06	0,46				0,46					0,06
O2	0,69			0,33					0,03	0,69				0,34					0,03
O3	0,53			0,34					0,03	0,53				0,35					0,03
P1	-0,47				0,28				0,01	-0,57					0,28				0,01
P2	-0,56				0,17				0,02	-0,64					0,17				0,02
P3	-0,59				0,26				0,03	-0,49					0,26				0,03
ESN1	-0,56				0,47				0,03	-0,58					0,47				0,03
ESN2	-0,64				0,57				0,04	-0,62					0,57				0,04
ESN3	-0,49					0,20			0,03	-0,47						0,20			0,04
ESN4	-0,58					0,51			0,08	-0,55						0,52			0,07
ESN5	-0,62					0,55			0,08	-0,58						0,55			0,08
AP1	0,10						0,27		0,05		0,11						0,31		0,05
AP2	0,31						0,42		0,03		-0,30						0,42		0,03
AP3	0,39						0,61		0,03		-0,39						0,60		0,03
AP4	0,20						0,44		0,03		-0,19						0,44		0,03
AP5	0,39						0,49		0,03		-0,40						0,48		0,03
AN1	-0,29							0,41	0,04		0,12							0,47	0,05
AN2	-0,30							0,32	0,03		0,27							0,34	0,03
AN3	-0,38							0,55	0,06		0,35							0,55	0,06
AN4	-0,39							0,45	0,04		0,40							0,41	0,04
AN5	-0,39							0,36	0,03		0,40							0,33	0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; SM = subjectivité mentale; SP = subjectivité positive; SN = subjectivité négative; C = cognition; CP = cognition positive; CN = cognition négative; SDV = satisfaction de vie; ESP = estime de soi positive; ESN = estime de soi négative; O = optimisme; P = pessimisme; A = affect; AP = affect positif; AN = affect négatif; VRS = variance résiduelle standardisée

	Bi-facteur CFA Modèle C										Bi-facteur CFA Modèle D									
	SP λ	SN λ	SDV λ	ESP λ	O λ	ESN λ	P λ	AP λ	AN λ	VRS	CP λ	CN λ	AP λ	AN λ	SDV λ	ESP λ	O λ	ESN λ	P λ	VRS
SDV1	0,52		0,46							0,06	0,52				0,47					0,06
SDV2	0,35		0,57							0,06	0,35				0,57					0,06
SDV3	0,56		0,67							0,05	0,55				0,67					0,05
SDV4	0,49		0,55							0,06	0,49				0,55					0,06
SDV5	0,42		0,47							0,11	0,42				0,47					0,11
ESP1	0,37			0,63						0,02	0,45					0,60				0,02
ESP2	0,43			0,72						0,02	0,49					0,70				0,02
ESP3	0,38			0,43						0,01	0,41					0,42				0,01
ESP4	0,83			0,03						0,01	0,83					0,00				0,01
ESP5	0,78			0,03						0,01	0,79					0,00				0,01
O1	0,45				0,46					0,05	0,32						0,52			0,06
O2	0,68				0,35					0,03	0,66						0,37			0,03
O3	0,51				0,37					0,03	0,49						0,37			0,03
ESN1		0,60				0,21				0,01		0,57						0,26		0,01
ESN2		0,67				0,06				0,02		0,64						0,15		0,02
ESN3		0,52				0,19				0,03		0,51						0,24		0,03
ESN4		0,63				0,38				0,03		0,60						0,45		0,03
ESN5		0,66				0,57				0,06		0,64						0,55		0,04
P1		0,48					0,19			0,04		0,47							0,20	0,03
P2		0,57					0,48			0,07		0,56							0,50	0,07
P3		0,58					0,57			0,10		0,57							0,57	0,09
AP1	0,10							0,27		0,05			0,27							0,05
AP2	0,32							0,41		0,03			0,52							0,03
AP3	0,39							0,61		0,03			0,72							0,03
AP4	0,20							0,44		0,03			0,45							0,03
AP5	0,39							0,50		0,03			0,64							0,03
AN1		0,29							0,43	0,04				0,48						0,04
AN2		0,30							0,32	0,03				0,43						0,03
AN3		0,40							0,54	0,06				0,62						0,05
AN4		0,42							0,40	0,04				0,61						0,04
AN5		0,43							0,31	0,03				0,57						0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; SM = subjectivité mentale; SP = subjectivité positive; SN = subjectivité négative; C = cognition; CP = cognition positive; CN = cognition négative; SDV = satisfaction de vie; ESP = estime de soi positive; ESN = estime de soi négative; O = optimisme; P = pessimisme; A = affect; AP = affect positif; AN = affect négatif; VRS = variance résiduelle standardisée

Discussion

Les trois études avaient pour objectif de déterminer la place de la positivité dans la subjectivité mentale afin de mettre en évidence, parmi les autres indicateurs disposant d'un cadre conceptuel et empirique bien établi, l'importance de la positivité dans la santé mentale.

L'objectif de la première étude visait à cerner la structure cognitive de la santé mentale de manière de la manière la plus complète possible. L'ensemble des résultats permet de concevoir la structure de la dimension cognitive de manière multidimensionnelle, avec plusieurs niveaux coexistant au sein de la sphère cognitive et allant du plus global, le facteur *Cognition*, en passant par les facteurs intermédiaires comme la *Cognition positive* (évaluation positive), la *Cognition négative* (évaluation négative) jusqu'aux facteurs plus spécifiques que sont l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*. La cognition implique l'évaluation positive et l'évaluation négative, sur l'ensemble des orientations cognitives possibles, que ce soit à propos de soi, du futur, mais aussi des autres et de la vie. Ainsi, nous pouvons être amenés à repenser les conclusions de l'étude réalisée par Caprara et ses collègues (2009), en proposant que la cognition soit le facteur génétique commun qui affecterait les trois dimensions de manière simultanée avec une part de variance commune et des corrélations

élevées entre l'estime de soi, la satisfaction de vie et l'optimisme. La balance optimale entre les cognitions positives et les cognitions négatives détermine un fonctionnement positif dans la santé mentale. La santé mentale positive peut se définir par une prévalence des cognitions positives sur les cognitions négatives. Inversement, la santé mentale négative renvoie à une prévalence des cognitions négatives sur les cognitions positives. Bryant et Baxter (1997) confirme l'intérêt de la non-pensée négative (Hollon & Kendall, 1980), les scores faibles en termes de pensée négative étant davantage prédictifs de la santé mentale que les scores élevés de cognition positive, et plus précisément vis-à-vis de l'anxiété. Dans l'avenir, il serait pertinent de poursuivre la description de la structure cognitive de la santé mentale en intégrant les évaluations positives et négatives à propos de la vie, ainsi que dans d'autres orientations comme par exemple le passé.

L'objectif de la deuxième étude était de présenter les différentes étapes de l'adaptation et de la validation de l'échelle de positivité en langue française. L'analyse factorielle confirmatoire démontre la présence d'un facteur global, la *Positivité*, coexistant avec deux facteurs spécifiques, l'*Optimisme* et l'*Estime de soi*. Ces résultats sont cohérents avec la structure théorique de l'échelle (Marsh et al., 2004, 2005) qui, composée de 8 items, comporte 3 items mesurant l'optimisme et 3 items évaluant l'estime de soi, impliquant notamment un déséquilibre dans la représentation des items entre les différents concepts. Si l'analyse de la structure de l'échelle démontre qu'elle mesure le facteur *Positivité*, il serait intéressant d'envisager le rééquilibre de la proportion des items, que ce soit en réduisant le nombre d'items lié à l'optimisme et à l'estime de soi ou en augmentant le nombre d'items relatifs à la satisfaction de vie et à la confiance envers les autres. Il pourrait aussi être envisageable d'intégrer d'autres items relatifs à la positivité, items provenant de construits différents de ceux actuels (estime de soi, optimisme, satisfaction de vie) et reflétant l'expression de la positivité comme le concept de confiance envers les autres. La diminution du nombre d'items ou le remplacement de certains items pourrait permettre de supprimer la covariance entre certains items et amener à un meilleur ajustement des données. Quant à l'augmentation du nombre d'items, cette possibilité ouvre à l'éventualité de disposer d'un outil permettant de mesurer à la fois le facteur global et sous-jacent qu'est la positivité, et à la fois les facteurs spécifiques que seraient l'optimisme, l'estime de soi, la satisfaction de vie et la confiance envers les autres. L'étude relative à la stabilité temporelle montre une très bonne fidélité et fiabilité de

l'instrument. La validité de l'instrument a été démontrée, auprès d'un échantillon d'adultes, par une bonne convergence avec l'estime de soi, l'optimisme, la satisfaction de vie ainsi que l'affect positif et par une bonne divergence avec l'affect négatif. L'étude de la validité discriminante de l'échelle de positivité établit qu'elle se différencie des échelles mesurant l'estime de soi, la satisfaction de vie et l'optimisme. L'ensemble de ces études a permis l'adaptation et la validation en langue française d'un instrument destiné à évaluer le construit de positivité. Après la validation de l'échelle de positivité auprès d'une population d'adultes, il serait pertinent dans les études à venir de poursuivre la validation de l'échelle auprès d'autres types de populations, par exemple auprès d'adolescents, ce qui permettrait ainsi d'explorer le développement de la positivité notamment dans sa relation avec le bonheur. Par ailleurs, l'augmentation du nombre d'items par dimension offrirait la possibilité de disposer d'un outil permettant de définir un profil relatif à la positivité mesurant, de manière simultanée, la tendance à avoir des cognitions positives en général ainsi que dans les différentes orientations cognitives évaluatives positives ; soi, l'autre, le futur et la vie.

La troisième étude a exploré un ensemble de modèles permettant de déterminer la place de la positivité dans la santé mentale et plus précisément la subjectivité mentale. Les résultats du modèle de la subjectivité positive démontrent un ajustement satisfaisant permettant de confirmer la présence d'un facteur commun entre la *Cognition positive* et l'*Affect positif*. Il en est de même pour le modèle de la subjectivité négative qui confirme la présence d'un facteur commun entre la *Cognition négative* et l'*Affectivité négative*. Si les deux facteurs que sont la *Cognition* et l'*Affect* apparaissent comme distincts, que ce soit dans la subjectivité positive ou dans la subjectivité négative, le modèle à 1 facteur G démontre un meilleur ajustement des données, conduisant à confirmer l'idée que la subjectivité, qu'elle soit positive ou négative, représente le facteur commun entre la cognition et l'affect. Les résultats des modèles de la subjectivité mentale tendent à valider l'idée que les dimensions *Subjectivité positive* et *Subjectivité négative* représenteraient la bi-dimensionnalité de la subjectivité mentale. Cette observation soutient l'idée de la bi-dimentionnalité de la santé mentale, la *Subjectivité positive* renvoyant à la santé mentale positive tandis que la *Subjectivité négative* reflète la santé mentale négative.

Le premier objectif de recherche a ainsi permis de répondre à la question de la place de la positivité dans la santé mentale, que ce soit (1) de manière complémentaire ou en opposition à la négativité ainsi que (2) de manière progressive dans la subjectivité, à travers une version dispositionnelle du bien-être subjectif, une version ne prenant en compte que les indicateurs positifs, la subjectivité positive, ainsi qu'une version générale de la subjectivité mentale.

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive

La santé mentale positive se traduit par un fonctionnement psychologique positif (Huppert & So, 2013) ainsi qu'un niveau de bien-être subjectif élevé (Suldo & Shaffer, 2008 ; Doll, 2008). Le fonctionnement psychologique positif fait référence à la satisfaction des besoins psychologiques (Maslow, 1954), au bien-être psychologique (Ryff, 1989) et à l'épanouissement (Diener et al., 2010) alors que le bien-être subjectif implique la positivité, l'affect positif et l'affect négatif, la positivité étant aussi la dimension cognitive permettant de se développer et de s'épanouir.

Le développement de l'être humain est « *un processus par lequel l'être humain intériorise, développe, perfectionne et intègre des structures ou représentations de lui-même et du monde qui l'entoure* » (Deci & Ryan, 2008, p.26), exerçant une influence prépondérante sur le développement de la positivité et sa relation avec l'affect positif (Caprara et al,. 2017). L'évaluation cognitive concerne la satisfaction ou l'insatisfaction des buts impliquant les besoins de l'individu. En outre, l'estime de soi qui relève de la satisfaction d'un besoin psychologique (Maslow, 1943) est aussi une dimension prépondérante de la positivité. La satisfaction des besoins de compétence, d'autonomie et de relation sur une période donnée prédit une amélioration de la satisfaction de vie (Sheldon & Elliot, 1999) et par conséquent de la positivité. Elle est ainsi essentielle au développement et au fonctionnement psychologique d'une vraie vision positive de soi (Deci & Ryan, 1995). Le fonctionnement psychologique positif peut-il expliquer la relation positive entre la positivité et l'affect positif ? Si la positivité affecte la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives (Alessandri et al., 2012 ; Caprara et al., 2010), explique-t-elle la relation négative entre le bien-être psychologique et l'affect négatif ?

La vision positive de soi apporte l'énergie qui mobilise le comportement (Mackinnon, 2015) traduisant le degré de motivation, de détermination et d'engagement dans l'environnement (Vallerand & Thill, 1993 ; Ryan & Deci, 2000b ; Guay, Mageau & Vallerand, 2003). L'engagement actif dans l'environnement résulte fondamentalement de la motivation à satisfaire les besoins psychologiques (Vallerand et al, 2019, p.50), l'engagement agréable avec l'environnement renvoyant à l'affect positif (Watson, Clark & Carey, 1988). Le fonctionnement psychologique positif reflète-t-il l'engagement de la positivité dans l'environnement ? Le sentiment d'être à l'origine des comportements (lieu de causalité interne) et l'information sur

la compétence sont deux processus cognitifs fondamentaux (Deci et Ryan, 1980, 1985) qui amènent respectivement au besoin d'autonomie et au besoin de compétence (Sarrazin & al., 2011). Les évaluations positives consécutives à ces deux processus contribuent à la satisfaction des besoins psychologiques d'autonomie et de compétence qui conduise à la motivation intrinsèque (Deci, 1975 ; Deci & Ryan, 1980). Ainsi, l'affect positif reflète l'engagement agréable de la positivité dans l'environnement, engagement motivé de manière autonome. Sur le plan cognitif, la prévalence des buts intrinsèques sur les buts extrinsèques est associée à des indicateurs de santé mentale positive, tandis que la prévalence des buts extrinsèques sur les buts intrinsèques est associée à des symptômes de santé mentale négative (Kasser & Ryan, 1993, 1996). Si la positivité exerce une influence omniprésente sur les sphères cognitives et comportementales, son niveau peut-il prédire le degré d'autodétermination ? Pour Deci et Ryan (1995), la vraie vision positive de soi s'appuie sur l'autodétermination en reflétant une intégration du vrai soi.

Le deuxième objectif recherche vise à déterminer le positionnement et le rôle de la positivité par rapport aux autres indicateurs de la santé mentale positive. Les deux premières études aborderont la place de la positivité dans l'interaction avec le fonctionnement psychologique positif, l'affect positif et l'affect négatif. La troisième étude explorera l'influence de la positivité sur l'interaction entre la régulation de la motivation et le bonheur.

10.1 Étude 1 : Exploration de la relation entre la positivité, la satisfaction des besoins psychologiques et les affects positifs et négatifs

Cette étude explore la relation entre la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, la positivité, l'affect positif et l'affect négatif. L'hypothèse du rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif a été testée.

10.1.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la satisfaction des besoins psychologique et les affects

On observe une relation positive entre la positivité et l'ensemble des besoins psychologiques. La positivité entretient une relation positive et modérée avec la satisfaction du besoin de sécurité

(.34) et la satisfaction du besoin de stimulation (.43). La corrélation est forte et positive entre la positivité et la satisfaction du besoin de relation (.64), d'autonomie (.52), d'estime (.76), de sens et spiritualité (.76).

Les résultats montrent une corrélation modérée et positive entre la satisfaction du besoin de relation et l'affect positif (.35), la satisfaction du besoin d'autonomie et l'affect positif (.40), la satisfaction du besoin d'estime et l'affect positif (.48), la satisfaction du besoin de stimulation (.44). La corrélation entre la satisfaction du besoin de sens et de spiritualité et l'affect positif est forte et positive (.50). On n'observe pas de relation entre la satisfaction du besoin de sécurité et l'affect positif.

Tableau 10.1. Résultats des corrélations entre la satisfaction des besoins psychologiques, la positivité et les affects positif et négatif (N = 186)

	M	ET	Besoin de sécurité	Besoin de relation	Besoin d'autonomie	Besoin d'estime	Besoin de stimulation	Besoin de sens/spiritualité	Satisfaction	Optimisme	Estime de soi	Positivité	Affect positif	Affect négatif
Besoin de sécurité	5,15	1,13	-											
Besoin de relation	5,19	0,97	,33*	-										
Besoin d'autonomie	4,70	1,03	,25*	,36*	-									
Besoin d'estime	4,65	1,21	,26*	,51*	,46*	-								
Besoin de stimulation	5,21	1,29	,26*	,45*	,38*	,49*	-							
Besoin de sens/spiritualité	4,58	1,32	,30*	,66*	,43*	,65*	,46*	-						
Satisfaction de vie	4,82	1,19	,37*	,51*	,38*	,54*	,40*	,60*	-					
Optimisme	2,23	0,75	,33*	,49*	,40*	,66*	,41*	,63*	,54*	-				
Estime de soi	2,97	0,53	,30*	,52*	,51*	,78*	,43*	,62*	,57*	,67*	-			
Positivité	3,32	0,68	,34*	,63*	,52*	,79*	,43*	,76*	,66*	,74*	,76*	-		
Affect positif	3,48	0,57		,35*	,40*	,48*	,44*	,50*	,36*	,42*	,48*	,50*	-	
Affect négatif	2,47	0,60	-,38*	-,20*	-,37*	-,46*	-,32*	-,36*	-,32*	-,46*	-,43*	-,38*		-

* la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

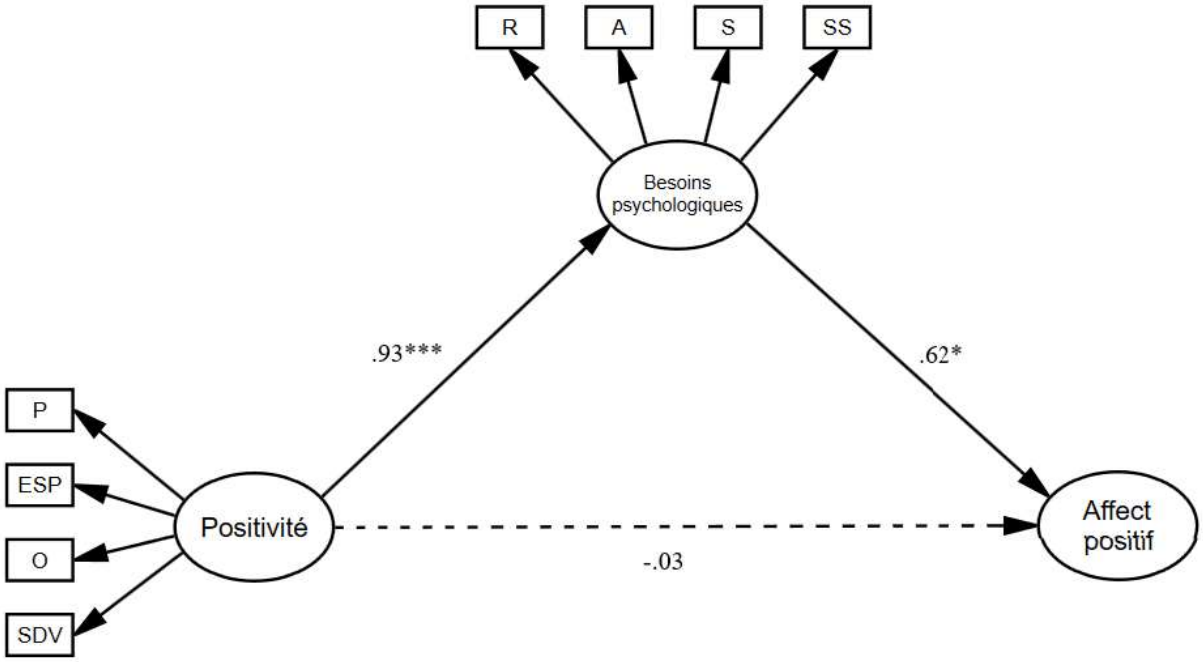
10.1.2 Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif

Un modèle de l'effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques (relation, autonomie, stimulation et sens/spiritualité), par dimension, dans la relation entre la positivité et l'affect positif a été exploré. Le résultat de la régression standardisée entre la positivité et l'affect positif est positif, fort et significatif ($\beta = .54$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et présente un bon ajustement des données : χ^2 (25, N=186) = 45,165, $p < .01$; TLI = 0.965 ; CFI = 0.976 ; SRMR = 0.0375 ; RMSEA = 0.066 (IC : 0.033-0.096). Les résultats de l'analyse indiquent que la positivité est positivement liée à la satisfaction des besoins psychologiques ($\beta = .93$, $p<.001$) et que la satisfaction des besoins

psychologiques entretient une relation positive avec l'affect positif (β = .62, p<.05). Le lien entre la positivité et l'affect positif est non significatif (β = -.03, NS).

La représentation graphique du modèle est présentée en figure 10.2.

Figure 10.2. Représentation graphique de l'effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif



Note. P = positivité ; ESP = estime de soi positive ; O = optimisme ; SDV = satisfaction de vie ; R = besoin de relation ; À = besoin d'autonomie ; S = besoin de stimulation ; SS = besoin de sens et de spiritualité

Les résultats démontrent ainsi une médiation complète la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif. On observe un effet indirect entre la positivité et la satisfaction des besoins psychologiques ainsi qu'un effet indirect entre la satisfaction des besoins psychologiques et l'affect positif, l'effet direct entre la positivité et l'affect positif étant annulé.

10.2 Étude 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive

L'objectif de cette étude est d'explorer de manière plus précise la place et le rôle de la positivité dans la santé mentale positive. Certains chercheurs (Wang, Zhang & Wang, 2011) proposent d'inclure dans le modèle de la santé mentale, d'autres indicateurs en plus de la satisfaction de vie ou de la remplacer par d'autres construits de cognition positive, comme la positivité.

Dans un premier temps, nous testerons un modèle de santé mentale positive incluant la cognition positive par item : (1) le modèle A avec les dimensions, la *Cognition positive*, le *Bien-être psychologique*, le *Bien-être social* et le *Bien-être émotionnel*, (2) le modèle bi-factoriel avec pour facteur G la *Santé mentale positive* et pour facteur S les dimensions *Cognition positive*, *Bien-être psychologique*, *Bien-être social* et *Bien-être émotionnel*.

Dans un deuxième temps, nous explorerons (1) l'effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif, (2) l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif.

10.2.1 Analyse des corrélations entre la positivité et les dimensions de la santé mentale positive

La positivité entretient une relation positive et forte avec le bien-être social (.50), le bien-être psychologique (.59) ainsi que le bien-être émotionnel (.60).

Tableau 10.3. Résultats des corrélations entre la positivité, la santé mentale positive et les affects positif et négatif (N = 243)

	M	ET	Estime de soi positive	Estime de soi négative	Optimisme	Pessimisme	Satisfaction de vie	Positivité	Bien-être social	Bien-être psychologique	Bien-être émotionnel	Affect positif	Affect négatif
Estime de soi positive	3,17	0,47	-										
Estime de soi négative	1,87	0,58	-,69**	-									
Optimisme	2,48	0,72	,55**	-,57**	-								
Pessimisme	1,46	0,78	-,42**	,46**	-,58**	-							
Satisfaction de vie	4,71	1,19	,43**	-,46**	,48**	-,47**	-						
Positivité	3,42	0,55	,57**	-,60**	,62**	-,50**	,68**	-					
Bien-être social	3,23	0,86	,40**	-,38**	,47**	-,36**	,36**	,50**	-				
Bien-être psychologique	4,47	0,71	,50**	-,53**	,48**	-,38**	,48**	,59**	,47**	-			
Bien-être émotionnel	4,22	0,88	,42**	-,41**	,50**	-,41**	,61**	,60**	,48**	,60**	-		
Affect positif	3,53	0,45	,40**	-,45**	,36**	-,34**	,31**	,37**	,38**	,60**	,39**	-	
Affect négatif	2,20	0,61	-,42**	,50**	-,47**	,41**	-,35**	-,48**	-,27**	-,35**	-,38**	-,14*	-

* la corrélation est significative au niveau 0.05, **la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

10.2.2 Modélisation de la santé mentale positive

Nous avons testé deux modèles de la santé mentale positive : (1) un modèle CFA avec pour dimension la *Cognition positive*, comprenant l'*Estime de soi positive*, l'*Optimisme* et le *Bien-être psychologique*, le *Bien-être social* et le *Bien-être émotionnel*, (2) un modèle bi-factoriel avec pour facteur G la *Santé mentale positive* et pour facteur spécifique la *Cognition positive*, comprenant l'*Estime de soi positive* et l'*Optimisme*, le *Bien-être psychologique*, le *Bien-être social* et le *Bien-être émotionnel*.

Figure 10.4.1 Représentation graphique du modèle de la santé mentale positive

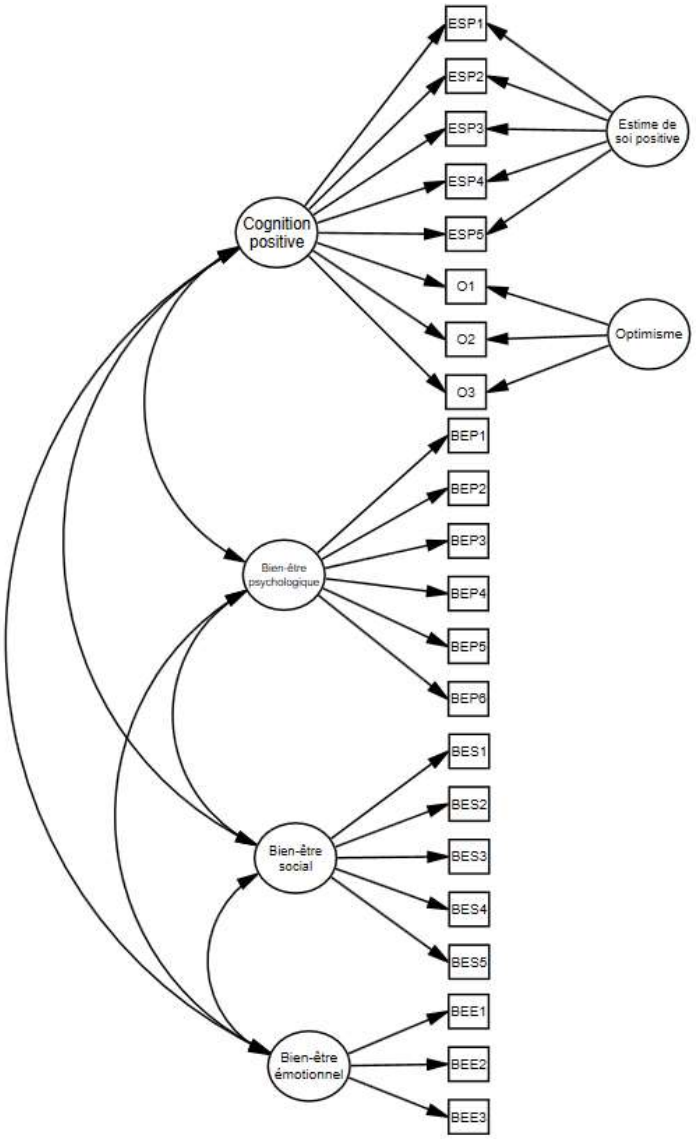
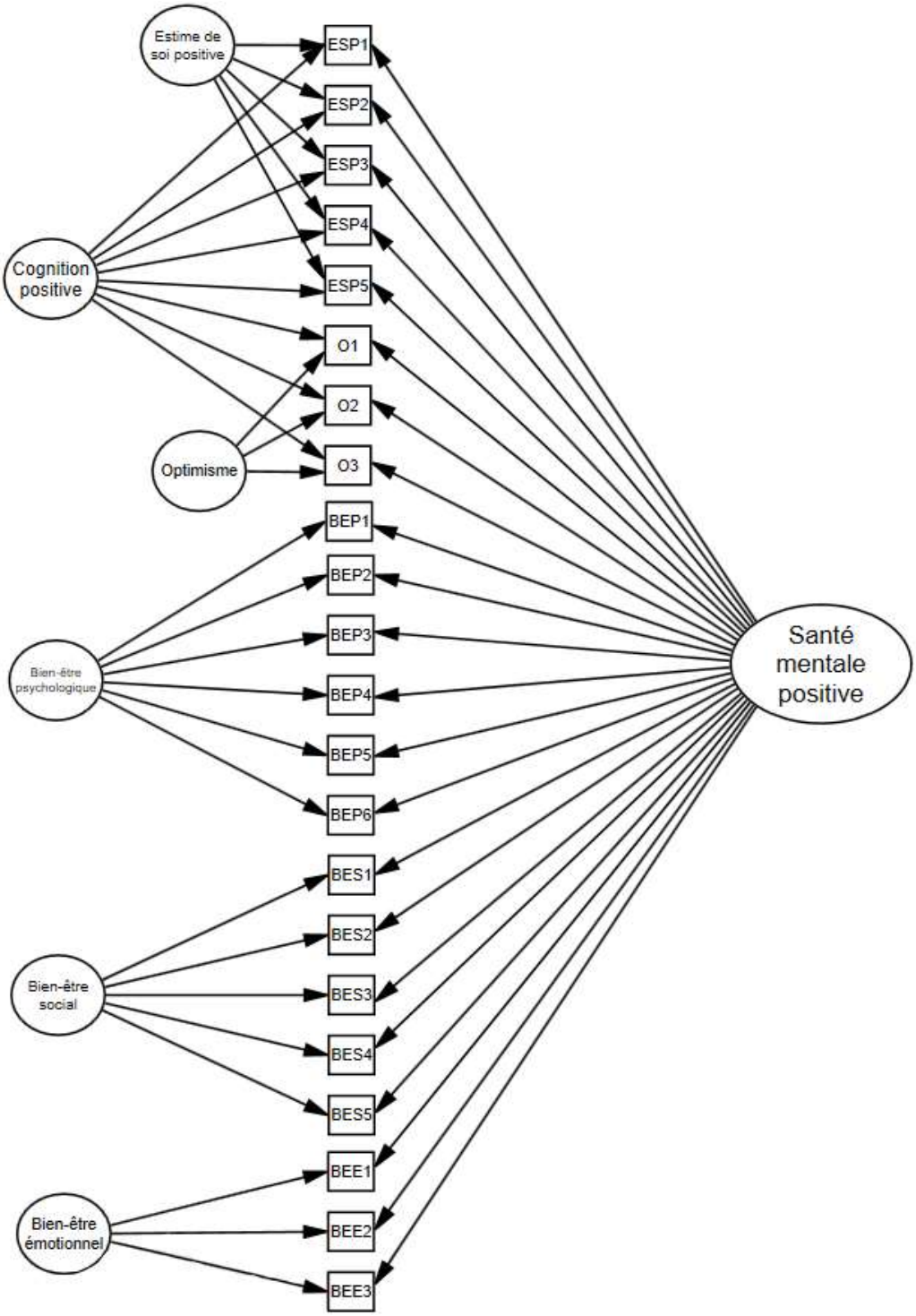


Figure 10.4.2 Représentation graphique du modèle bi-factoriel de la santé mentale positive



Les résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la santé mentale positive sont présentés dans le tableau 10.5.

Tableau 10.5. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la santé mentale positive (N = 243)

Model	χ^2	*df*	TLI	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]
Modèle CFA	401,613*	195	0,881	0,899	0,0703	0.066 (0.057-0.075)
Modèle CFA bi-factoriel	310,299*	179	0,917	0,936	0,0526	0.055 (0.045-0.065)

Note : CFA = analyse factorielles confirmatoire; $\chi 2$ = test du khi-deux mis à l'ajustement exact; df = degrés de liberté; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC à 90% = intervalle de confiance à 90% du RMSEA

Les résultats des modèles indiquent une qualité d'ajustement des données insuffisante pour le modèle CFA mais tout à fait satisfaisante pour le modèle CFA bi-factoriel : χ^2 (179, N=243) = 310,299, p <.001 ; TLI = 0.917 ; CFI = 0.936 ; SRMR = 0.0526 ; RMSEA = 0.055 (IC : 0.045-0.065).

L'analyse des estimations normalisées des paramètres démontre une bonne répartition des données dans les deux modèles. Elles sont présentées en figure 10.6.

Tableau 10.6. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la santé mentale positive (N = 243)

	Modèle CFA								Modèle CFA bi-facoriel							
	CP λ	BEP λ	BES λ	BEE λ	ESP λ	O λ	VRS		SMP λ	CP λ	BEP λ	BES λ	BEE λ	ESP λ	O λ	VRS
CP1	0,37				0,82		*0,05*	CP1	0,29	0,28				0,83		*0,05*
CP2	0,47				0,55		0,02	CP2	0,42	0,26				0,52		0,03
CP3	0,32				0,43		0,03	CP3	0,26	0,26				0,39		0,03
CP4	0,85				0,08		0,02	CP4	0,61	0,72				-0,01		*0,05*
CP5	0,75				0,09		0,02	CP5	0,55	0,47				0,06		0,02
CP6	0,51					0,38	0,07	CP6	0,38	0,32					0,44	0,08
CP7	0,76					0,35	0,05	CP7	0,65	0,34					0,38	0,04
CP8	0,57					0,32	0,06	CP8	0,55	0,16					0,35	0,05
BEP1		0,69					0,06	BEP1	0,60		0,36					0,06
BEP2		0,52					0,07	BEP2	0,36		0,68					0,16
BEP3		0,57					0,06	BEP3	0,56		0,06					0,06
BEP4		0,59					0,08	BEP4	0,58		0,11					0,08
BEP5		0,55					0,07	BEP5	0,45		0,31					0,07
BEP6		0,65					0,10	BEP6	0,63		0,17					0,09
BES1			0,53				0,10	BES1	0,55			0,16				0,10
BES2			0,56				0,15	BES2	0,46			0,28				0,14
BES3			0,80				0,06	BES3	0,48			0,71				0,09
BES4			0,60				0,09	BES4	0,50			0,35				0,08
BES5			0,68				0,08	BES5	0,34			0,66				0,11
BEE1				0,76			0,05	BEE1	0,58				0,49			0,08
BEE2				0,70			0,06	BEE2	0,67				0,23			0,06
BEE3				0,90			0,05	BEE3	0,72				0,57			*0,12*

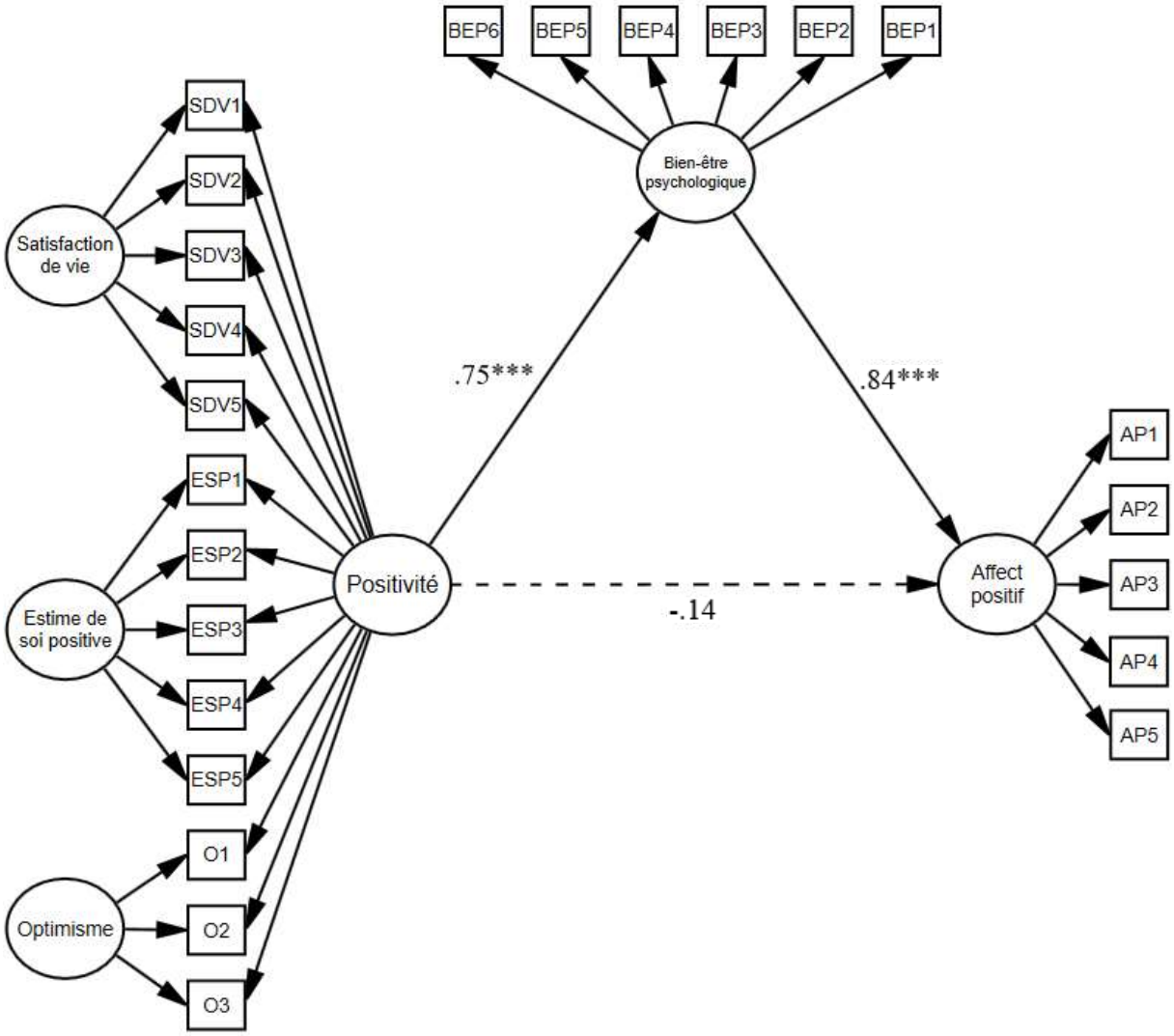
Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; SMP = santé mentale positive; CP = cognition positive; BEP = bien-être psychologique; BES = bien-être social; BEE = bien-être émotionnel; ESP = estime de soi positive; O = optimisme; VRS = variance résiduelle standardisée; les paramètres non-significatifs ($p \geq 0.05$) sont indiqué en italique

L'ensemble de ces résultats permet de constater l'existence d'un facteur commun entre l'ensemble de ces dimensions et confirme la possibilité d'intégrer la dimension *Cognition positive* dans la santé mentale positive parmi les autres indicateurs.

10.2.3 Effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif

Dans un deuxième temps, nous avons étudié un modèle, de l'effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif. L'analyse de la régression standardisée entre la positivité et l'affect positif est positive, forte et significative ($\beta = .49$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et présente un ajustement des données satisfaisant : χ^2 (236, N=243) = 425,284, $p < .001$; TLI = 0.892 ; CFI = 0.908 ; SRMR = 0.0598 ; RMSEA = 0.058 (IC : 0.049-0.066). La positivité est positivement liée au bien-être psychologique ($\beta = .75$, $p<.001$) et le bien-être psychologique entretient une relation positive avec l'affect positif ($\beta = .84$, $p<.001$). Le lien entre la positivité et l'affect positif est non significatif ($\beta = -.14$, NS).

Figure 10.7. Représentation graphique de l'effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif

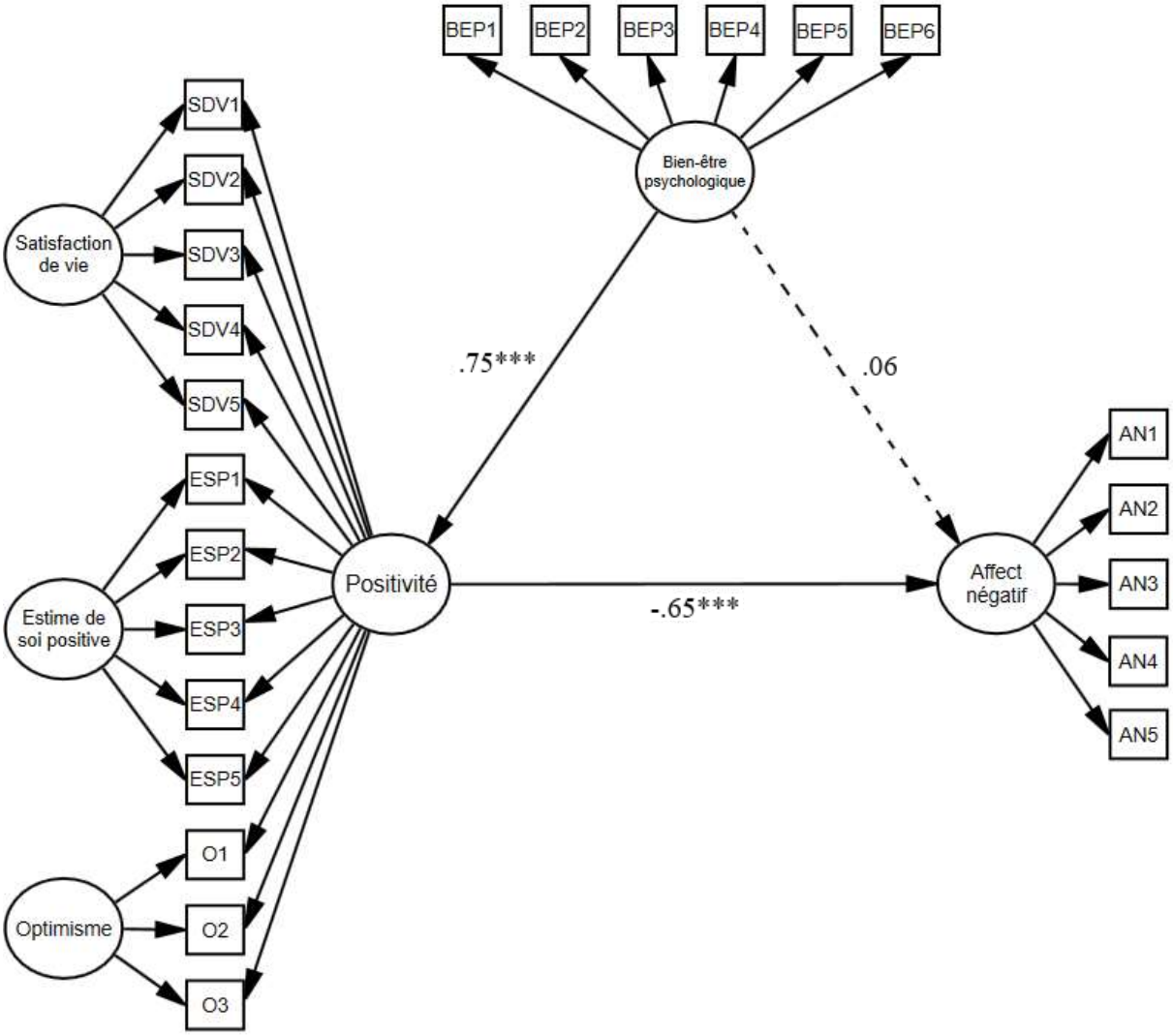


Les résultats démontrent ainsi une médiation complète du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif. On observe un effet indirect entre la positivité et le bien-être psychologique ainsi qu'un effet indirect entre le bien-être psychologique et l'affect positif, l'effet direct entre la positivité et l'affect positif étant annulé.

10.2.4 Effet médiateur de la positivité dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif

Dans un deuxième temps, nous avons examiné l'hypothèse d'un modèle où la positivité a un l'effet médiateur dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif. L'analyse de la régression standardisée entre le bien-être psychologique et l'affect négatif est négative, modérée et significative ($\beta = -.42$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et démontre un ajustement des données satisfaisant : χ^2 (236, N=243) = 408,086, $p < .001$; TLI = 0.902; CFI = 0.916; SRMR = 0. 0584 ; RMSEA = 0.055 (IC : 0.046-0.064). Le bien-être psychologique est positivement lié à la positivité ($\beta = .75$, $p<.001$) et la positivité est négativement corrélée avec l'affect négatif ($\beta = -.65$, $p<.001$). La relation entre la positivité et l'affect négatif est non significative ($\beta = .06$, NS).

Figure 10.8. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité entre le bien-être psychologique et l'affect négatif



La positivité a un effet médiateur complet dans la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif. On constate un effet indirect entre la positivité et le bien-être psychologique ainsi qu'un effet indirect entre la positivité et l'affect négatif, l'effet direct entre le bien-être psychologique et l'affect négatif étant annulé.

10.3 Étude 3 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la régulation de la motivation autonome sur le bonheur

L'objectif de cette étude est d'explorer la relation entre la positivité, le type de motivation et la santé mentale positive par l'intermédiaire d'un indicateur qui mesure le bonheur. Nous faisons les hypothèses suivantes : (1) il existe une relation positive et significative entre la positivité, la motivation autonome et le bonheur, (2) la positivité a un effet médiateur dans la relation entre les régulations motivationnelles autonomes et le bonheur, (3) de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre les motivations auto-déterminées et le bonheur.

10.3.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la régulation motivationnelle et le bonheur

La corrélation est positive entre la positivité et la motivation identifiée (.34), la motivation intrinsèque à la stimulation (.28), à la connaissance (.13) et à l'accomplissement (.29). La relation est négative et faible entre la positivité et l'amotivation (-.19) ainsi que la motivation introjectée (-.13).

Tableau 10.9. Résultats des corrélations entre la régulation motivationnelle, la positivité et le bonheur subjectif (N = 289)

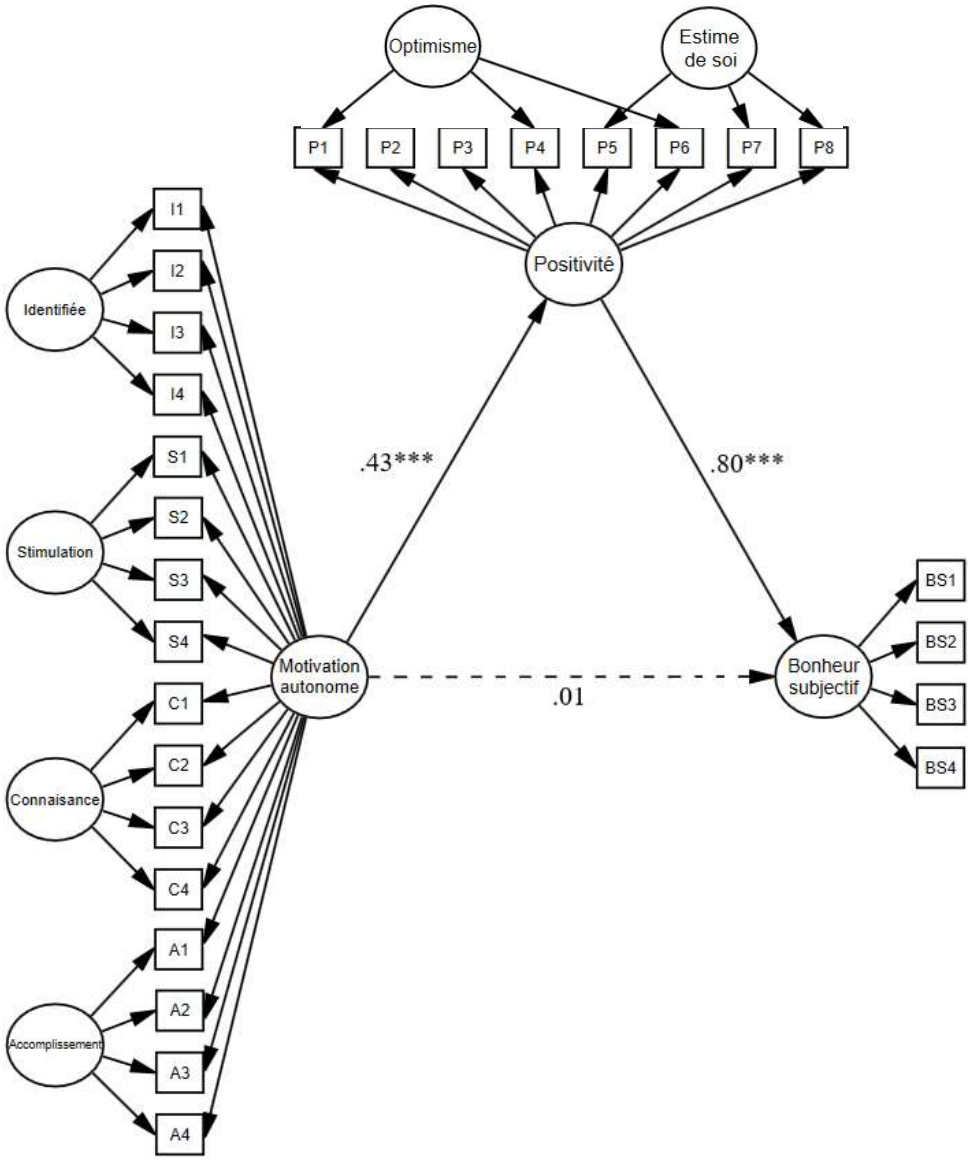
	M	ET	Amotivation	Externe	Extrinsèque introjectée	Extrinsèque identifiée	Motivation intrinsèque à la stimulation	Motivation intrinsèque à la connaissance	Motivation intrinsèque à l'accomplissement	Positivité	Bonheur subjectif
Amotivation	2,81	1,13	-								
Externe	3,63	1,31	,31**	-							
Extrinsèque introjectée	3,71	1,27	,44**	,49**	-						
Extrinsèque identifiée	4,86	1,04		,15**		-					
Motivation intrinsèque à la stimulation	4,98	1,03				,45**	-				
Motivation intrinsèque à la connaissance	5,50	0,99				,50**	,44**	-			
Motivation intrinsèque à l'accomplissement	5,01	1,10		,26**		,63**	,40**	,57**	-		
Positivité	3,27	0,63	-,19**		-,13*	,34**	,28**	,13*	,29**	-	
Bonheur subjectif	4,73	1,20	-,22**	-,16**		,23**	,31**	,17**	,20**	,58**	-

* la corrélation est significative au niveau 0.05, **la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

10.3.2 Effet médiateur de la positivité dans la relation entre la régulation de la motivation et le bonheur

Puis nous avons examiné la relation entre les régulations motivationnelles autonomes et le bonheur en testant un éventuel effet médiateur de la positivité. Le résultat de la régression standardisée de la motivation auto-déterminée sur le bonheur est positif, modéré et significatif ($\beta = .35$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et démontre une qualité d'ajustement des données satisfaisante : χ^2 (325, N=289) = 560,595, $p <.001$; TLI = 0.932 ; CFI = 0.941 ; SRMR = 0.0616 ; RMSEA = 0.05 (IC : 0.043-0.057). La régulation motivationnelle autonome est positivement corrélée à la positivité ($\beta =.43$, $p<.001$) et la positivité entretient une relation positive avec le bonheur ($\beta = .80$, $p<.001$). La relation entre la régulation motivationnelle autonome et le bonheur est non significative ($\beta = .01$, NS).

Figure 10.10. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité entre les régulations motivationnelles autonomes et le bonheur



Les résultats permettent de montrer une médiation complète de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation autonomes et le bonheur. L'effet indirect entre la positivité et les stratégies de régulation autonome ainsi que l'effet indirect entre la positivité et le bonheur, entraîne une annulation de l'effet direct entre les stratégies de régulation autonomes et le bonheur.

Discussion

L'objectif de la recherche 2 était de déterminer la place et le rôle de la positivité dans la santé mentale et plus précisément par rapport au fonctionnement psychologique positif, sa régulation ainsi que l'affect positif et l'affect négatif.

L'objectif de la première étude était d'explorer la relation entre la satisfaction des besoins, la positivité ainsi que l'affect positif et négatif. Les résultats démontrent une corrélation positive entre la positivité, l'ensemble des besoins psychologiques, l'affect positif et l'affect négatif, hormis entre le besoin de sécurité et l'affect négatif. La positivité est un prédicteur très important de la satisfaction des besoins psychologiques (relation, autonomie, sens de la vie, stimulation). Cela s'explique par le fait que la positivité est un mode de pensée qui affecte la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives contribuant de manière prépondérante au fonctionnement psychologique positif. Par conséquent, on peut être amené à penser que la balance entre les cognitions positives et les cognitions négatives prédit le degré de satisfaction des besoins psychologiques. De plus, la satisfaction des besoins psychologiques a un effet médiateur dans la relation entre la positivité et l'affect positif.

La deuxième étude avait pour but d'étudier la place et le rôle de la positivité dans la santé mentale positive. La satisfaction de vie est incluse dans le bien-être émotionnel, qui est aussi l'un des facteurs sus-jacents de la positivité. Ainsi, utiliser l'estime de soi positive et l'optimisme comme facteurs mesurant le facteur commun et latent qu'est la positivité, et ce, sans la satisfaction de vie, est tout à fait pertinent. C'est pourquoi, dans les modèles testés, la positivité a été mesurée à travers l'estime de soi positive et l'optimisme. Les résultats démontrent que la positivité peut être intégrée dans la santé mentale positive. Dans les modèles de médiation, les résultats indiquent que le fonctionnement psychologique positif (bien-être psychologique) explique la relation entre la positivité et l'affect positif. Cela confirme l'idée que le développement du soi reflète le développement de la positivité ainsi que sa relation avec l'affect positif. Ainsi, la positivité, par l'intermédiaire du fonctionnement positif et de ses dimensions (acceptation de soi-même, relations positives aux autres, maîtrise de son environnement, autonomie, sens dans sa vie et croissance personnelle) prédit le ressentie des affects positifs. Cela renvoie notamment à l'idée que la positivité exerce une influence sur les

comportements positifs, dans les différentes facettes du fonctionnement psychologique. D'autre part, la positivité explique la relation entre le bien-être psychologique et l'affect négatif, le fonctionnement psychologique positif contribuant à un affect négatif faible par l'intermédiaire de la positivité. La positivité a un rôle protecteur dans la santé mentale (Zuffianò, López-Pérez, Cirimele, Kvapilová & Caprara, 2019) qui se manifeste précisément dans la relation entre le fonctionnement psychologique et l'affect négatif, les cognitions positives permettant notamment de prévenir les troubles psychologiques à court terme ainsi que de compenser la maladie mentale. Ces deux modèles de médiation conduisent ainsi à situer la place de la positivité dans la santé mentale positive dans l'interaction entre le fonctionnement psychologique et la dimension affective de la santé mentale, la positivité ayant une place et un rôle différents selon le type d'affect, positif ou négatif. Elle prédit positivement le fonctionnement psychologique positif et par extension l'affect positif dans la santé mentale positive. Elle est un construit protecteur de la santé mentale négative par rapport à la relation qu'entretient le fonctionnement psychologique avec l'affect négatif.

L'objectif de la troisième étude était d'explorer le rôle de la positivité dans le fonctionnement psychologique positif sous l'angle de l'autodétermination des comportements et de son lien avec un indicateur positif de la dimension affective de la santé mentale, le bonheur subjectif. L'autodétermination s'inscrit dans la perspective eudémonique de la recherche sur le bien-être tandis que le bonheur subjectif renvoie à l'approche hédonique. Les résultats mettent en évidence la relation entre la positivité, les stratégies de régulation motivationnelle autonomes et le bonheur. La positivité est ainsi associée à la prévalence des buts intrinsèques sur les buts intrinsèques dans la santé mentale positive, l'évaluation positive décrivant l'effet des stratégies de régulation motivationnelle autonomes vis-à-vis de l'effet des comportements positifs sur le bonheur. La positivité explique la manière dont le degré d'autodétermination des comportements, par l'intermédiaire de l'évaluation positive, contribue à la dimension affective de la santé mentale positive.

L'ensemble de ces études a permis de démontrer le rôle central et fondamental qu'occupe la positivité dans la santé mentale positive, à travers son influence prépondérante sur le fonctionnement psychologique positif, sa régulation, ainsi que sur la dimension affective.

Chapitre XI. Objectif de recherche 3 : Exploration du rôle de la positivité dans la régulation affective de la mentale positive

La santé mentale positive se traduit par un équilibre optimal entre les cognitions positives et les cognitions négatives de manière adaptée et flexible (Schwartz, 1986 ; Schwartz & Garamoni, 1986, 1989) amenant à un équilibre optimal entre les affects positifs et les affects négatifs, notamment par l'intermédiaire de l'utilisation de stratégies cognitives de régulation émotionnelle adaptées dans les situations négatives (Garnefski et al., 2001) et dans les situations positives (Bryant, 1989 ; Hurley & Kwon, 2013). La régulation émotionnelle est ainsi orientée par l'objectif d'avoir un faible niveau d'affects négatifs et un haut niveau d'affects positifs (Panksepp, 1998).

La capacité à gérer efficacement les émotions négatives est largement considérée comme faisant partie intégrante de la santé mentale (Gross & Munoz, 1995 ; Kring & Werner, 2004). Les stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles ont un effet prépondérant sur les problèmes mentaux (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010 ; Gross, 2014, Gross & Jazaieri, 2014, Kring & Sloan, 2008), tandis que de manière antagoniste, les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles contribuent de manière essentielle au bien-être et au fonctionnement psychologique positif (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995 ; Thompson, 1991). Ainsi, dans la structure bi-factorielle de la santé mentale, les stratégies de régulation inadaptatives reflètent le dysfonctionnement de la santé mentale négative tandis que les stratégies de régulation adaptatives renvoient à la santé mentale positive. Par l'intermédiaire de l'estime de soi et de l'optimisme, la positivité est associée à des stratégies fonctionnelles comme l'adaptation active, la planifaction de solutions et la ré-évaluation positive (Carver et al., 1989). Les personnes optimistes, et par conséquent positives, ont tendance à ré-interpréter positivement la situation et porter leur attention sur la solution au problème lorsque la situation est contrôlable et à accepter la situation lorsqu'elle est incontrôlable (Scheier, Weintraub & Carver, 1986).

Les différentes stratégies utilisées pour amplifier les émotions positives et donc savourer sont en lien avec une fréquence plus élevée d'affects positifs (Gentzler, Morey, Palmer & Yi, 2013 ; Jose, Lim & Bryant, 2012 ; Quoidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2010 ; Smith, Harrison, Kurtz & Bryant, 2014). Le savoring implique l'attention orientée vers le plaisir (Bryant, 2003 ; Jose & al., 2012) et l'interprétation positive des événements positifs (Langston,1994) alors que la positivité est la disposition à voir la vie et les expériences de

manière positive. Ainsi le savoring implique l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales régulant l'intensité ou la durée des sentiments positifs en réaction aux expériences positives (Bryant, 1989, 2003), impliquant notamment l'attention orientée vers le positif et l'évaluation positive (Quoidbach, 2012).

Certains chercheurs considèrent que « *la régulation des émotions positives est relativement indépendante de la régulation des émotions négatives* » (Nelis, Quoidbach, Hansenne & Mikolajczak, 2011 cité par Quoidbach, 2012, p.200). Toutefois, la positivité est un mode de faire face qui affecte la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives et qui a par conséquent une influence omniprésente sur la sphère affective. Pourrait-elle alors expliquer la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et la balance affect positif/affect négatif ? Et expliquer la relation entre le savoring et le bonheur ? En effet, la vision positive peut se décrire par les mêmes processus de régulation cognitifs que sont l'attention orientée vers le positif et l'évaluation positive.

Cette recherche propose d'explorer l'effet de la positivité sur la régulation des affects afin de déterminer son influence dans le fonctionnement de la subjectivité de la santé mentale positive. Dans cette perspective, nous testerons le rôle de la positivité dans l'interaction entre la régulation fonctionnelle des émotions et la dimension affective de la santé mentale (affect positif et l'affect négatif). De la même manière, nous aborderons l'influence de la positivité dans l'interaction entre la disposition à l'instant présent, le savoring et le bonheur. Ces deux études nous permettront de situer précisément le rôle de la positivité par rapport à la régulation méta-cognitive (disposition à l'instant présent), la régulation des émotions négatives et positives et de leur influence sur la dimension affective de la santé mentale.

11.1 Étude 1 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la régulation émotionnelle sur les affects positifs et négatifs

L'objectif de cette étude est d'explorer la relation entre la positivité, la régulation émotionnelle fonctionnelle et les affects positifs et négatifs. Nous posons les hypothèses de l'existence de : (1) une relation positive et significative entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles, (2) un lien positif et significatif entre les stratégies de régulation

émotionnelle fonctionnelles et l'affect positif ainsi qu'un lien négatif avec l'affect négatif (3) une relation positive et significative entre la positivité et l'affect positif et un lien négatif et significatif entre la positivité et l'affect négatif. Puis, nous explorerons l'hypothèse d'un modèle bi-factoriel par dimension avec pour facteur G le *Fonctionnement de la subjectivité mentale positive* et pour facteurs S, la *Positivité*, les *Stratégies de régulation fonctionnelles*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif*. Enfin, nous testerons (1) l'effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs, (2) l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs.

11.1.1 Analyse des corrélations entre la régulation dysfonctionnelle des émotions et les dimensions de la subjectivité mentale

Il existe une corrélation forte entre l'estime de soi négative et l'affect négatif (.51) et entre le pessimisme et l'affect négatif (.48). Le lien est négatif et modéré entre la positivité et l'affect négatif (-.43).

La corrélation est négative et modérée entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles (-.28). En outre, il existe une relation modérée et positive entre les stratégies de régulation émotionnelle inadaptées et l'estime de soi négative (.37) et le pessimisme (.35). Plus précisément, la corrélation est positive et modérée entre l'estime de soi négative et le blâme de soi (.38), la rumination (.30) et la dramatisation (.24). En revanche, on n'observe pas de corrélation entre l'estime de soi négative et le blâme d'autrui, au contraire du pessimisme, qui est faiblement corrélé avec (.18). Le pessimisme est lié de manière positive et modérée avec le blâme de soi (.24), la rumination (.26) et la dramatisation (.29).

On observe une corrélation modérée et positive entre les stratégies de régulation dysfonctionnelles et l'affect négatif (.45). Plus précisément, la relation est positive et modérée entre l'affect négatif et le blâme de soi (.40), la rumination (.38) et la dramatisation (.24) et le blâme d'autrui (.21).

Tableau 11.1. Résultats des corrélations entre les stratégies de régulation dysfonctionnelles, la négativité, la positivité et l'affect négatif (N = 328)

	M	ET	Blame de soi	Rumination	Dramatisation	Blame d'autrui	Régulation dysfonctionnelle	Estime de soi négative	Pessimisme	Positivité	Affect négatif
Blame de soi	2,28	0,70	-								
Rumination	2,89	0,91	,47**	-							
Dramatisation	1,58	0,66	,21**	,33**	-						
Blame d'autrui	1,87	0,63	,13*	,26**	,41**	-					
Régulation dysfonctionnelle	2,16	0,50	,67**	,80**	,67**	,61**	-				
Estime de soi négative	1,81	0,58	,38**	,30**	,24**		,37**	-			
Pessimisme	1,56	0,77	,24**	,26**	,29**	,18**	,35**	,54**	-		
Positivité	3,47	0,49	-,15**	-,24**	-,27**		-,28**	-,54**	-,55**	-	
Affect négatif	2,26	0,59	,40**	,38**	,24**	,21**	,45**	,51**	,48**	-,43**	-

* la corrélation est significative au seuil 0.05; ** la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

11.1.2 Analyse des corrélations entre la régulation fonctionnelle des émotions et les dimensions de la subjectivité mentale

Les résultats montrent une corrélation positive entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles (.33). Cette relation s'explique notamment par le fait qu'il existe une corrélation positive entre les stratégies de régulation émotionnelle adaptées et l'estime de soi positive (.36), l'optimisme (.31) et la satisfaction de vie (.30). Plus précisément, la corrélation est modérée et positive entre la positivité et la centration positive (.25), la réévaluation positive (.46) et la centration sur l'action (.21) tandis qu'elle est faible avec la mise en perspective (.18). En revanche, on n'observe pas de corrélation entre la positivité et l'acceptation, même si le lien entre l'estime de soi positive et l'acceptation est faible et positif (.12). L'affect positif est positivement lié aux stratégies de régulation émotionnelles adaptatives (.43), de manière forte à la réévaluation positive (.49), modérée à la centration positive (.30), la centration sur l'action (.37) et la mise en perspective (.19).

Tableau 11.2. Résultats des corrélations entre les stratégies de régulation fonctionnelle, la positivité et les affects positif et négatif (N = 328)

	M	ET	Acceptation	Mise en perspective	Centration positive	Ré-évaluation positive	Centration sur l'action	Régulation fonctionnelle	Estime de soi positive	Optimisme	Satisfaction	Positivité	Affect positif	Affect négatif
Acceptation	3,25	0,82	-											
Mise en perspective	3,43	0,82	,32**	-										
Centration positive	2,78	0,87	,18**	,26**	-									
Ré-évaluation positive	3,69	0,88	,28**	,43**	,41**	-								
Centration sur l'action	3,68	0,78	,31**	,28**	,28**	,60**	-							
Régulation fonctionnelle	3,37	0,57	,61**	,67**	,63**	,80**	,71**	-						
Estime de soi positive	3,23	0,44	,12*	,19**	,21**	,40**	,28**	,36**	-					
Optimisme	2,48	0,72		,13*	,30**	,39**	,19**	,31**	,38**	-				
Satisfaction	4,93	1,13		,24**	,20**	,37**	,15**	,30**	,36**	,43**	-			
Positivité	3,47	0,49		,18**	,25**	,46**	,21**	,33**	,49**	,60**	,64**	-		
Affect positif	3,59	0,47		,19**	,30**	,49**	,37**	,43**	,48**	,34**	,40**	,50**	-	
Affect négatif	2,26	0,59			-,18**	-,35**	-,13*	-,22**	-,35**	-,44**	-,28**	-,43**	-,20**	-

* la corrélation est significative au seuil 0.05; ** la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

L'affect négatif est corrélé négativement et modérément avec la réévaluation positive (-.35), négativement et faiblement avec la centration positive (-.18) et la centration sur l'action (-.13).

11.1.3 Modélisation du Fonctionnement de la subjectivité mentale positive

Dans un premier temps, nous avons testé un modèle bi-factoriel par dimension avec pour facteur G le *Fonctionnement de la subjectivité mentale positive* et pour facteur S, la *Positivité*, les *Stratégies de régulation fonctionnelles*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif*. Ce modèle présente un bon ajustement des données : χ^2 (35, N=328) = 94,086, p <.001 ; TLI = 0.916 ; CFI = 0.947 ; SRMR = 0.0455 ; RMSEA = 0.072 (IC : 0.055-0.090). La représentation graphique du modèle ainsi que les estimations normalisées des paramètres sont présentées en figure 11.3.

Figure 11.3.1 Représentation graphique du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations négatives

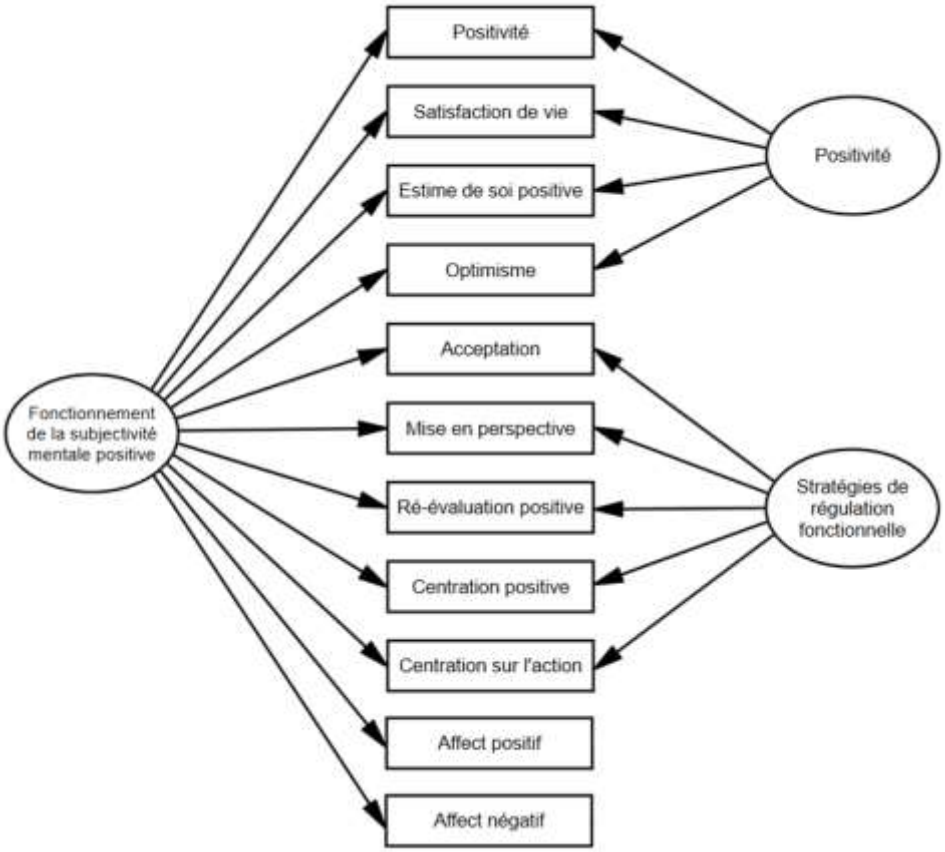


Tableau 11.3.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations négatives (N = 328)

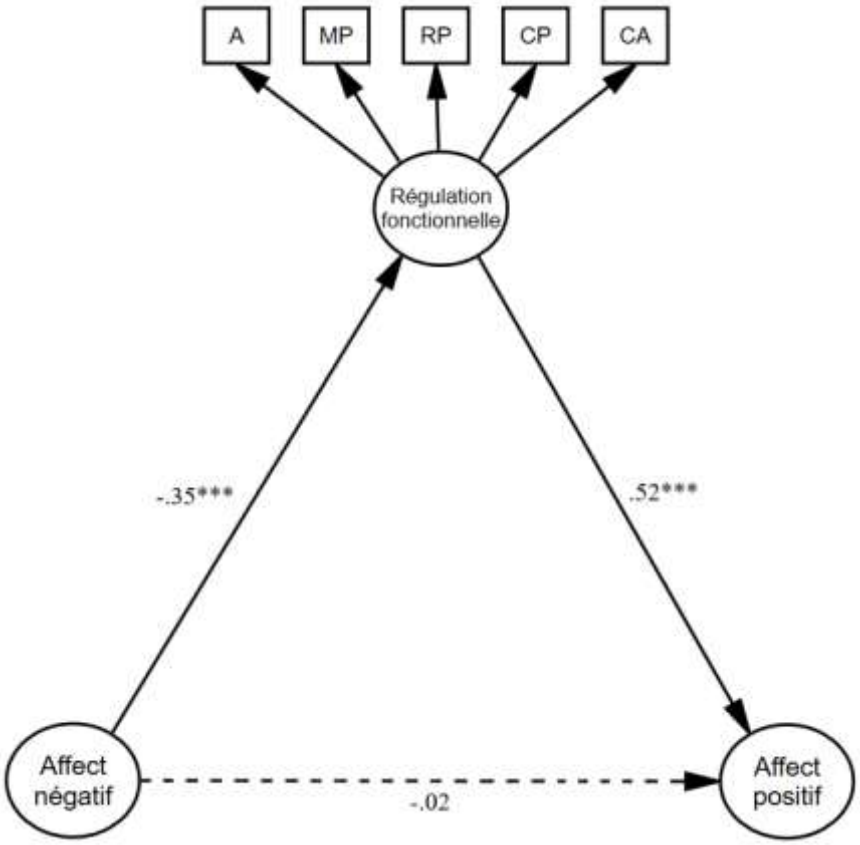
	Fonctionnement de la subjectivité positive λ	Positivité λ	Régulation fonctionnelle λ	VRS
Positivité	0,75	0,60		*0,04*
Estime de soi positive	0,65	*-0,01*		0,01
Optimisme	0,61	0,23		0,03
Satisfaction de vie	0,57	0,36		0,09
Acceptation	*0,08*		0,45	0,05
Centration positive	0,37		0,29	0,05
Centration sur laction	0,38		0,57	0,04
Ré-évaluation positive	0,66		0,58	0,03
Mise en perspective	0,25		0,45	0,04
Affect positif	0,66			0,01
Affect négatif	-0,52			0,02

Note: VRS = variance résiduelle standardisée

11.1.4 Effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs

Tout d'abord nous avons testé l'effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs. La relation entre l'affect positif et l'affect négatif est négative, modérée et significative ($r = -.20$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et présente un bon ajustement des données : χ^2 (12, N=328) = 32,259, $p <.001$; TLI = 0.924 ; CFI = 0.956 ; SRMR = 0.0449 ; RMSEA = 0.072 (IC : 0.042-0.102). Les résultats de l'analyse indiquent que les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles sont négativement liées à l'affect négatif ($\beta = -.35$, $p<.001$) et positivement en relation avec l'affect positif ($\beta = .52$, $p<.001$). Le lien entre les affects positifs et les affects négatifs est non significatif ($\beta = -.02$, NS).

Figure 11.4. Représentation graphique modèle de l'effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs



Note. À = acceptation ; MP = mise en perspective ; RP = ré-évaluation positive ; CP = centration positive ; CA = centration sur l'action

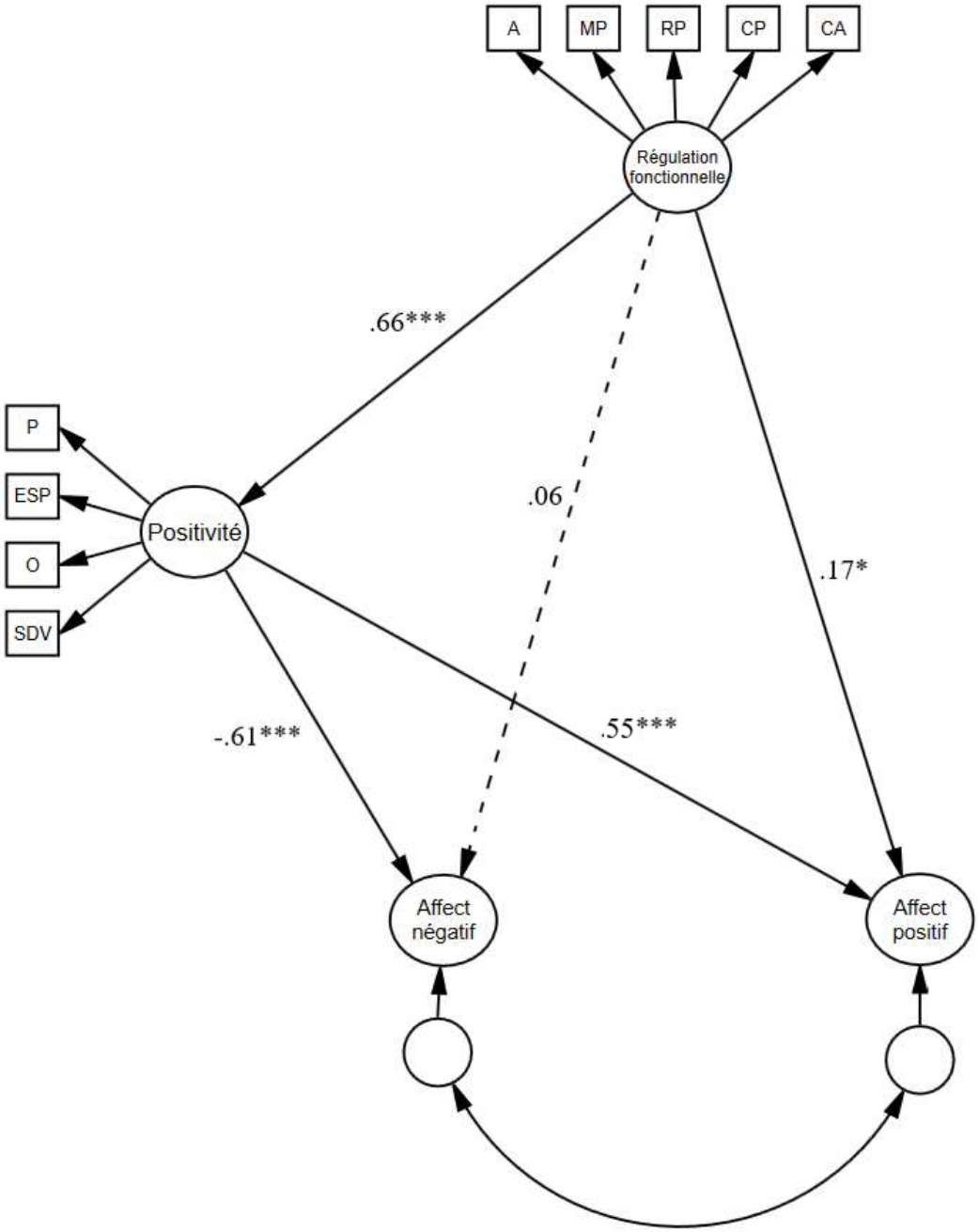
Les résultats démontrent ainsi une médiation complète des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs. L'effet indirect entre la régulation émotionnelle fonctionnelle et l'affect négatif ainsi que l'effet indirect entre la régulation émotionnelle et l'affect positif, nous conduisent à supprimer l'effet direct entre l'affect négatif et l'affect positif.

11.1.5 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs

Puis nous avons testé l'hypothèse d'un effet médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs. Le résultat de la régression standardisée entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et

l'affect positif est positif, fort et significatif ($\beta = .53$, $p < .001$) et négatif, modéré et significatif avec l'affect négatif ($\beta = -.35$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et démontre une qualité d'ajustement satisfaisante des données : χ^2 (31, N=328) = 86,949, $p < .001$; TLI = 0.899; CFI = 0.931; SRMR = 0.0541 ; RMSEA = 0.074 (IC : 0.056-0.093). Les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles sont positivement liées à la positivité ($\beta = .66$, $p<.001$), et la positivité entretient une relation positive avec l'affect positif ($\beta = .55$, $p < .001$) et négative avec l'affect négatif ($\beta = -.61$, $p < .001$). La relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect positif est significative et faible ($\beta = .17$, $p < .05$) tandis qu'elle est non significative entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect négatif ($\beta = .06$, NS). Les résultats démontrent ainsi un effet de médiation partiel et important de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect positif ainsi qu'un effet de médiation complet dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect négatif. On observe un effet indirect entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles ainsi qu'un effet indirect entre la positivité et l'affect positif, l'effet direct entre stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect positif étant diminué de manière importante. Aussi, l'effet direct entre stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et l'affect négatif est annulé compte tenu de l'effet indirect entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles, et de l'effet indirect entre la positivité et l'affect négatif.

Figure 11.5. Représentation graphique du modèle de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs



Note. P = positivité ; ESP = estime de soi positive ; O = optimisme ; SDV = satisfaction de vie ; À = acceptation ; MP = mise en perspective ; RP = ré-évaluation positive ; CP = centration positive ; CA = centration sur l'action

11.2 Étude 2 : Exploration du rôle de la positivité dans l'effet de la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et du savoring sur le bonheur

L'objectif de cette étude est d'explorer la relation entre la positivité, la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent, la régulation émotionnelle de type savoring et le bonheur. Dans un premier temps, nous faisons l'hypothèse qu'il existe : (1) une relation positive et significative entre la positivité, la disposition à l'instant présent et le savoring, (2) un lien positif et significatif entre la disposition à l'instant présent, la régulation émotionnelle de type savoring et le bonheur, (3) une relation positive et significative entre la positivité et le bonheur. Dans un deuxième temps, nous avons testé : (1) un modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives avec pour dimensions la *Positivité*, la *Stratégie de type savoring dans le présent* et le *Bonheur subjectif*, (2) un modèle bi-factoriel dans la perspective de repérer l'existence d'un facteur commun et latent entre la *Positivité*, la *Stratégie de savoring dans le présent* et le *Bonheur subjectif*. Dans un troisième temps. Pour cela, nous avons exploré l'hypothèse de : (a) l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre la disposition à l'instant présent et la stratégie de savoring dans le présent, (b) l'effet médiateur de la positivité dans le lien entre la disposition à l'instant présent et le bonheur, (c) l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur.

11.2.1 Analyse des corrélations entre la positivité, la disposition à l'instant présent, le savoring et le bonheur

Les résultats montrent une corrélation positive et modérée entre la positivité et les stratégies de régulation émotionnelle de savoring (.43). Plus précisément, nous observons une corrélation positive et modérée entre la positivité et les stratégies de savoring dans le passé (.25) et dans le futur (.30) ainsi qu'une relation positive et forte entre la positivité et le savoring dans le présent (.53). La relation entre la positivité et la disposition à l'instant présent est positive et modérée (.38). La corrélation entre la positivité et le bonheur subjectif est positive et forte (.57).

Tableau 11.6. Résultats des corrélations entre le savoring, l'attention dans le moment présent, la positivité et le bonheur subjectif (N = 276)

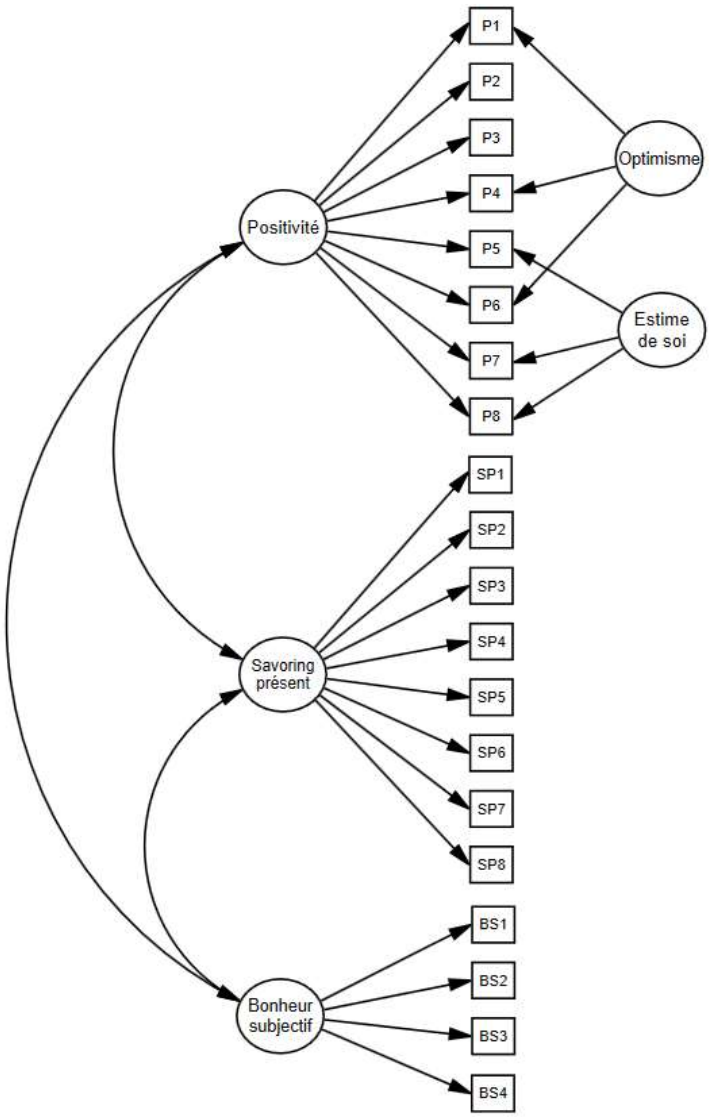
	M	ET	Savoring passé	Savoring présent	Savoring futur	Savoring total	Instant présent	Positivité	Bonheur subjectif
Savoring passé	5,22	0,87	-						
Savoring présent	3,90	0,85	,61*	-					
Savoring futur	5,23	0,88	,48*	,51*	-				
Savoring total	4,78	0,72	,84*	,85*	,80*	-			
Instant présent	3,76	0,70	,19*	,38*		,26*	-		
Positivité	3,27	0,63	,25*	,53*	,30*	,43*	,38*	-	
Bonheur subjectif	4,73	1,19	,40*	,60*	,34*	,53*	,25*	,57*	-

* la corrélation est significative au niveau 0.01; M = moyenne; ET = écart-type

11.2.2 Modélisation du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives

Dans un premier temps, nous avons testé un modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives avec pour dimensions la *Positivité*, la *Stratégie de type savoring dans le présent* et le *Bonheur subjectif*. Les résultats indiquent un ajustement des données satisfaisant : χ^2 (161, N=276) = 309,996, p <.001 ; TLI = 0.925; CFI = 0.937; SRMR = 0.0611 ; RMSEA = 0.058 (IC : 0.048-0.68). La représentation graphique du modèle ainsi que les estimations normalisées des paramètres sont présentées en figure 11.7.

Figure 11.7.1 Représentation graphique du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives



Les relations sont positives et fortes entre la *Positivité* et le *Savoring dans le présent* (.61), la *Positivité* et le *Bonheur subjectif* (.79) ainsi que le *Savoring dans le présent* et le *Bonheur subjectif* (.61).

Tableau 11.7.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives (N = 276)

	Positivité λ	Savoring dans le présent λ	Bonheur subjectif λ	Optimisme λ	Estime de soi λ	VRS
P1	0,58			0,84		*0,16*
P2	0,82					0,04
P3	0,33					0,07
P4	0,61			0,46		0,06
P5	0,70				0,45	0,05
P6	- 0,36			- 0,35		0,05
P7	0,59				0,32	0,04
P8	0,57				0,48	0,08
SP1		0,50				0,21
SP2		0,79				0,07
SP3		0,68				0,16
SP4		0,41				0,11
SP5		0,68				0,11
SP6		0,72				0,08
SP7		0,66				0,19
SP8		0,67				0,14
BS1			0,94			0,05
BS2			0,88			0,06
BS3			-0,43			0,18
BS4			0,50			0,21

Note: VRS = variance résiduelle standardisée

Dans un deuxième temps, un modèle bi-factoriel a été exploré afin de tester l'existence d'un facteur commun et latent entre la *Positivité*, la *Stratégie de savoring dans le présent* et le *Bonheur subjectif*. La qualité d'ajustement des données est très satisfaisante : χ^2 (144, N=276) = 226,207, p <.001 ; TLI = 0.954; CFI = 0.965; SRMR = 0.0521 ; RMSEA = 0.046 (IC : 0.034-0.057). La représentation graphique du modèle ainsi que les estimations normalisées des paramètres sont présentées en figure 11.8.

Figure 11.8.1 Représentation graphique du modèle bi-factoriel du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives

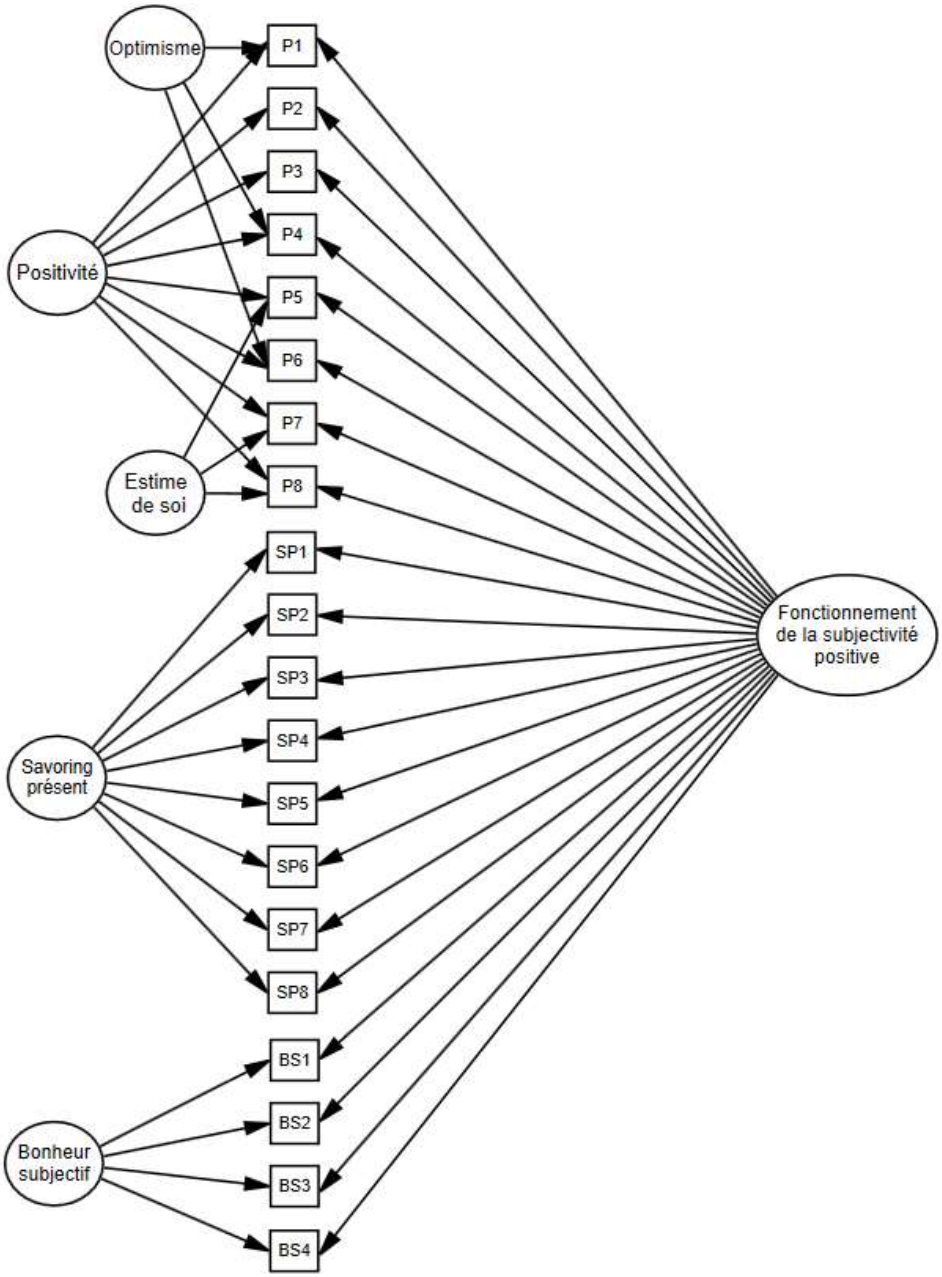


Tableau 11.8.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle bi-factoriel du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives (N = 276)

	Fonctionnement de la subjectivité positive λ	Positivité λ	Optimisme λ	Estime de soi λ	Savoring dans le présent λ	Bonheur subjectif λ	VRS
P1	0,42	0,50	0,74				*0,12*
P2	0,69	0,35					0,04
P3	0,30	0,14					0,07
P4	0,45	0,49	0,41				0,05
P5	0,54	0,53		0,38			0,04
P6	-0,30	-0,16	-0,39				0,06
P7	0,47	0,36		0,32			0,04
P8	0,45	0,41		0,42			0,08
SP1	0,41				0,29		0,21
SP2	0,47				0,66		0,07
SP3	0,47				0,46		0,16
SP4	0,20				0,39		0,11
SP5	0,42				0,54		0,11
SP6	0,39				0,65		0,08
SP7	0,52				0,39		0,19
SP8	0,51				0,43		0,13
BS1	0,91					0,31	*0,07*
BS2	0,83					0,25	0,07
BS3	-0,55					0,41	0,27
BS4	0,59					-0,30	0,26

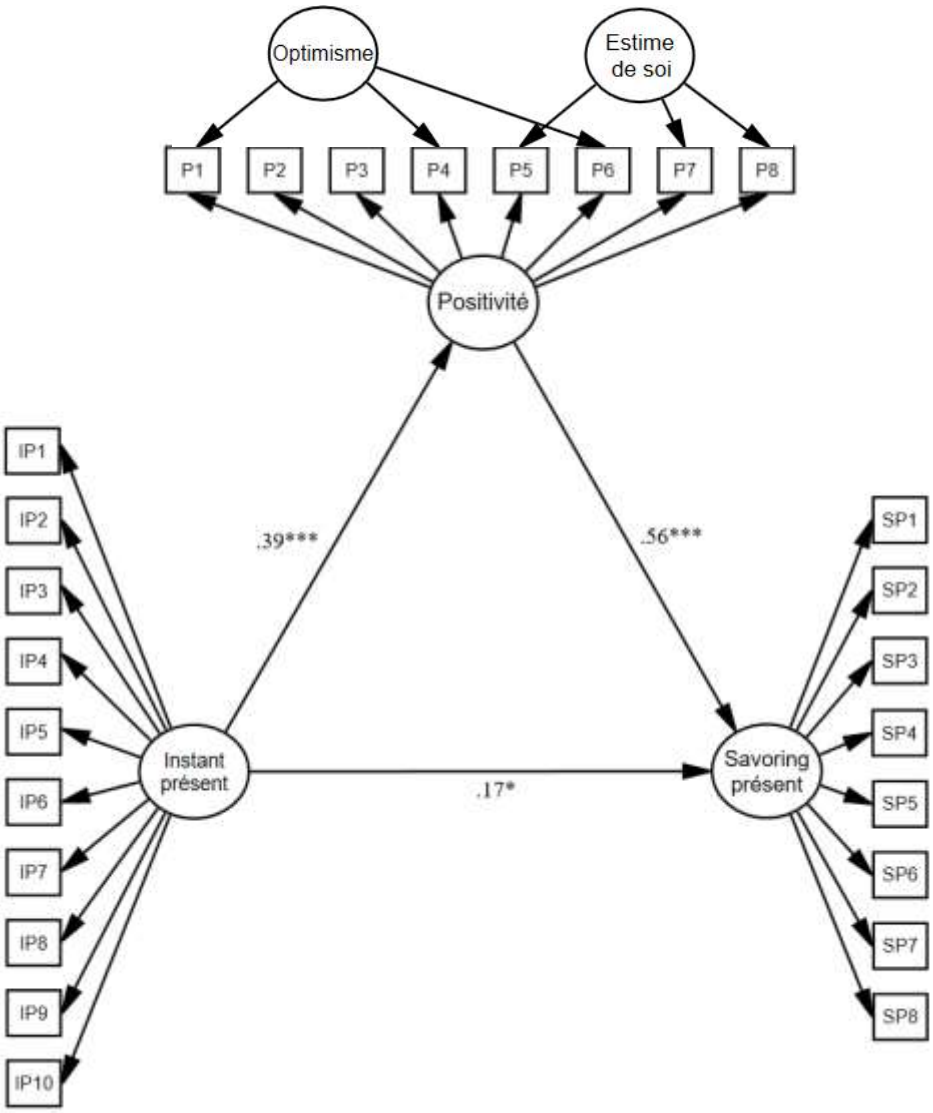
Note: VRS = variance résiduelle standardisée

11.2.3 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et la stratégie de savoring dans le présent

Pour commencer, l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre la disposition à l'instant présent et la stratégie de savoring dans le présent a été testé. L'analyse de la régression standardisée entre la disposition à l'instant présent et la stratégie de savoring dans le présent est positive, modérée et significative ($\beta = .39$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et présente un bon ajustement des données : χ^2 (425, N=276) = 707,815, $p < .001$; TLI = 0.902; CFI = 0.91; SRMR = 0.0636 ; RMSEA = 0.049 (IC : 0.043-0.056). Les résultats de l'analyse indiquent que la positivité est positivement liée à la disposition à l'instant présent ($\beta = .39$, $p<.001$) et que la positivité entretient une relation positive avec la stratégie de savoring dans le présent ($\beta = .56$, $p<.001$). Le lien entre la disposition à l'instant présent et la stratégie de savoring dans le présent est significatif et faible ($\beta = .17$, $p<.05$). Les résultats démontrent ainsi une médiation partielle de la positivité dans la relation entre la disposition à l'instant

présent et la stratégie de savoring dans le présent. Nous observons un effet indirect entre la positivité et la disposition à l'instant présent ainsi qu'entre la positivité et la stratégie de savoring dans le présent, l'effet direct entre la disposition à l'instant présent et la stratégie de savoring dans le présent étant diminué.

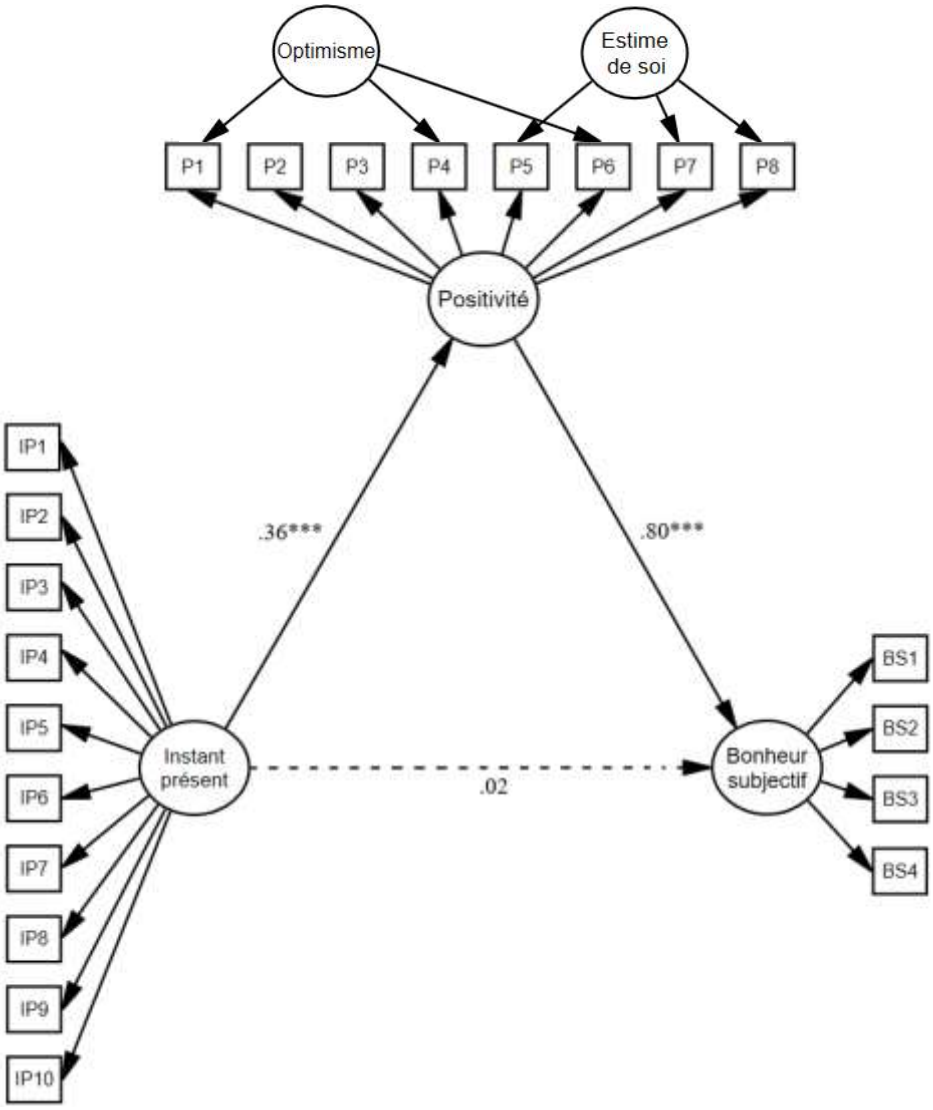
Figure 11.9. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre l'instant présent et le savoring dans le présent



11.2.4 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la tendance à être attentif et conscient de l'expérience du moment présent et le bonheur

Dans un deuxième temps, l'effet médiateur de la positivité dans le lien entre la disposition à l'instant présent et le bonheur a été exploré. Le résultat de la régression standardisée entre la disposition à l'instant présent et le bonheur est positif, modéré et significatif ($\beta = .26$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et démontre une qualité d'ajustement des données satisfaisante : χ^2 (315, N=276) = 591,563, $p < .001$; TLI = 0.896; CFI = 0.906 ; SRMR = 0.0689 ; RMSEA = 0.057 (IC : 0.049-0.063). La positivité est positivement corrélée à la disposition à l'instant présent ($\beta = .36$, $p<.001$) et que la positivité est positivement en relation avec le bonheur ($\beta = .80$, $p<.001$). La relation entre la disposition à l'instant présent et le bonheur est non significative ($\beta = .02$, NS). On observe ainsi une médiation totale de l'effet de la positivité dans la relation entre la disposition à l'instant présent et le bonheur subjectif. L'effet direct entre la disposition à l'instant présent et le bonheur est annulé compte tenu de l'effet indirect entre la positivité et la disposition à l'instant présent ainsi que de l'effet indirect entre la positivité et le bonheur.

Figure 11.10. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre l'instant présent et le bonheur subjectif

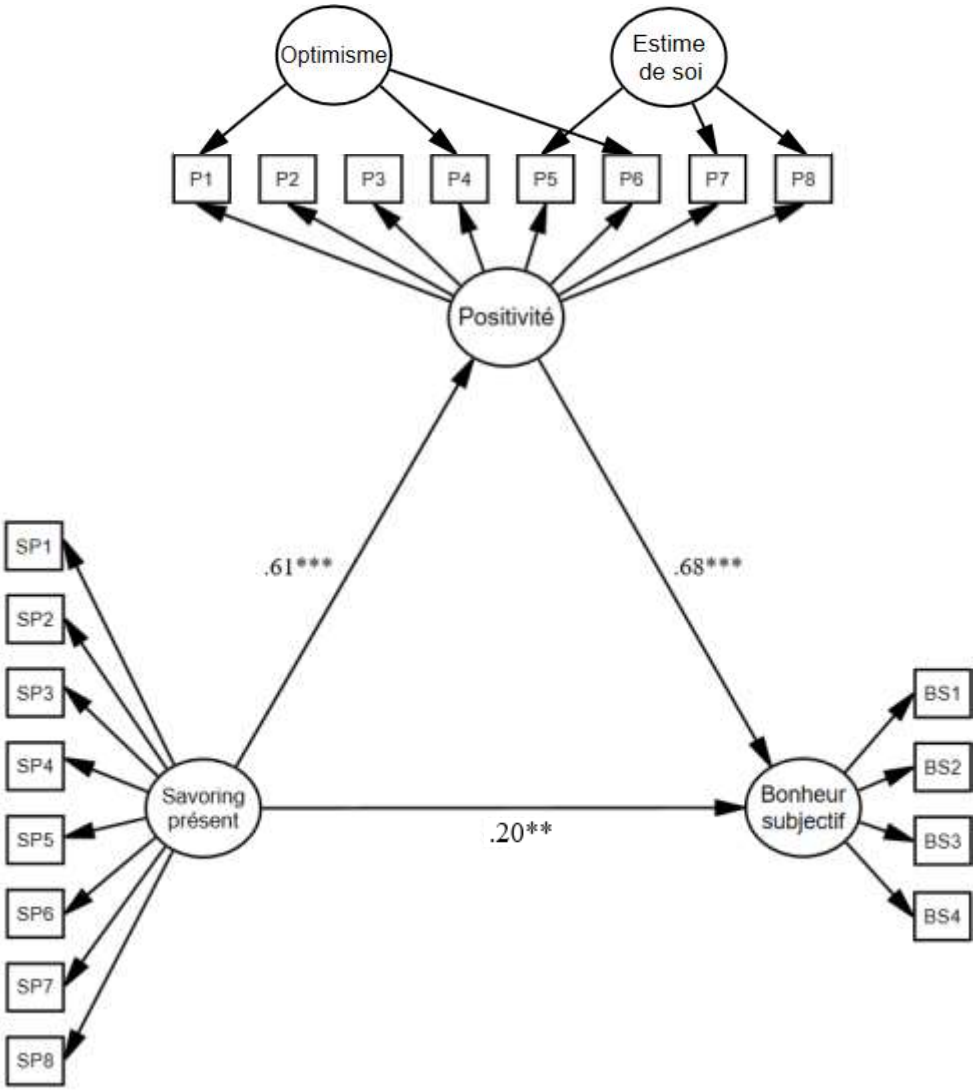


11.2.5 Effet médiateur de la positivité sur la relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur

Dans un troisième temps, l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur a été testé. L'analyse de la régression standardisée entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur est positive, forte et significative ($\beta = .60$, $p < .001$). Le modèle de médiation est statistiquement significatif et indique une qualité

d'ajustement des donnés satisfaisante : χ^2 (161, N=276) = 309,996, p <.001 ; TLI = 0.925 ; CFI = 0.937 ; SRMR = 0.0611 ; RMSEA = 0.058 (IC : 0.048-0.068). Les résultats de l'analyse montrent que la positivité est positivement corrélée à la stratégie de savoring dans le présent (β = .61, p<.001) et que la positivité entretient un lien positif avec le bonheur (β = .68, p<.001). La relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur est significatif et faible (β = .20, p<.01). Les résultats démontrent ainsi une médiation partielle de l'effet de la positivité dans la relation entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur subjectif. On constate un effet indirect entre la positivité et la stratégie de savoring dans le présent ainsi qu'entre la positivité et le bonheur, l'effet direct entre la stratégie de savoring dans le présent et le bonheur étant fortement diminué.

Figure 11.11. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre le savoring dans le présent et le bonheur subjectif



Discussion

L'objectif de la recherche 3 était de déterminer le rôle de la positivité dans la régulation de la dimension affective de la santé mentale, que ce soit dans les situations positives ou les situations négatives.

La première étude avait pour but de déterminer le rôle de la positivité dans la régulation émotionnelle fonctionnelle des situations négatives et par conséquent de leur effet sur la dimension affective de la santé mentale positive. Les résultats indiquent que l'estime de soi négative, le pessimisme et l'affect négatif sont en lien avec les stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles (blâme de soi, la rumination, la dramatisation), hormis le blâme d'autrui qui n'est lien qu'avec le pessimisme et l'affect négatif. Ainsi, les résultats montrent que la positivité et l'affect positif sont en relation avec toutes les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles (centration positive, la réévaluation positive, la centration sur l'action, la mise en perspective) hormis l'acceptation. Dans l'étude de Scheier, Weintraub et Carver (1986), on constate aussi l'absence de lien entre l'optimisme et l'acceptation, dans une situation contrôlable. Le résultat de cette étude pourrait notamment être expliqué par la consigne du questionnaire de régulation émotionnelle qui implique peut-être davantage une situation contrôlable qu'incontrôlable. L'analyse des résultats du modèle de fonctionnement de la subjectivité mentale positive démontre l'existence d'un facteur commun et latent entre la positivité, les stratégies de régulation fonctionnelles (l'acceptation, la centration sur l'action, la centration positive, la ré-évaluation positive et la mise en perspective) et la dimension affective (affect positif, affect négatif). Le premier modèle de médiation démontre que la régulation émotionnelle fonctionnelle explique la relation entre les affects positifs et les affects négatifs. La régulation émotionnelle fonctionnelle explique ainsi le lien entre l'affect positif et l'affect négatif, et la manière dont on passe de l'affect négatif à l'affect positif, par l'intermédiaire des stratégies d'acceptation, de centration sur l'action, de centration positive, de ré-évaluation positive et de mise en perspective. Alors que la positivité prédit l'affect positif de manière tendancielle et que la négativité prédit l'affect négatif de manière tendancielle, la régulation contribue à la balance entre les affects positifs et les affects négatifs, en expliquant comment passer des affects négatifs aux affects positifs dans la subjectivité de la santé mentale. Le résultat du second modèle de médiation suggère que la positivité explique comment, de manière

partielle et importante, par l'intermédiaire de l'évaluation positive, les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles ont un effet sur les affects positifs. Il explique aussi, de manière totale, le rôle joué par l'évaluation positive dans l'effet des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles sur l'affect négatif.

L'objectif de la deuxième étude était d'explorer le rôle de la positivité dans la régulation émotionnelle des situations positives et de leur effet sur le bonheur en tant qu'indicateur de la dimension affective positive de la santé mentale. Les résultats démontrent une relation positive entre la disposition à l'instant présent, la positivité, le savoring et le bonheur. Ils proposent la possibilité de considérer le fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives comme constitué de trois dimensions, la positivité, le savoring dans le présent ainsi que le bonheur (affect positif), le modèle bi-factoriel indiquant l'existence d'un facteur global et commun. Le premier modèle de médiation démontre que la positivité explique la relation entre la disposition à l'instant présent et le savoring dans le présent. Le résultat du premier modèle de médiation explique ainsi comment la disposition à l'instant présent à un effet, par l'intermédiaire de la positivité, sur le savoring dans le présent. Ce résultat renvoie à l'idée que la disposition à l'instant présent est un indicateur de l'attention tandis que le savoring englobe, dans le processus cognitif de l'émotion, l'attention et l'évaluation. La positivité, qui est un mode d'évaluation globale affectant la manière dont les personnes évaluent leurs expériences subjectives met en lien la disposition à l'instant présent et le savoring dans le présent. Ainsi, la positivité permet de déterminer l'orientation positive de l'attention amenant à savourer. Le deuxième modèle de médiation démontre que la positivité explique aussi l'effet de la disposition à l'instant présent sur le bonheur. La positivité décrit comment la disposition à l'instant présent a un effet positif sur la dimension affective positive de santé mentale positive. Le troisième modèle de médiation démontre que la relation entre le savoring dans le moment présent et le bonheur est partiellement et de manière importante expliquée par la positivité.

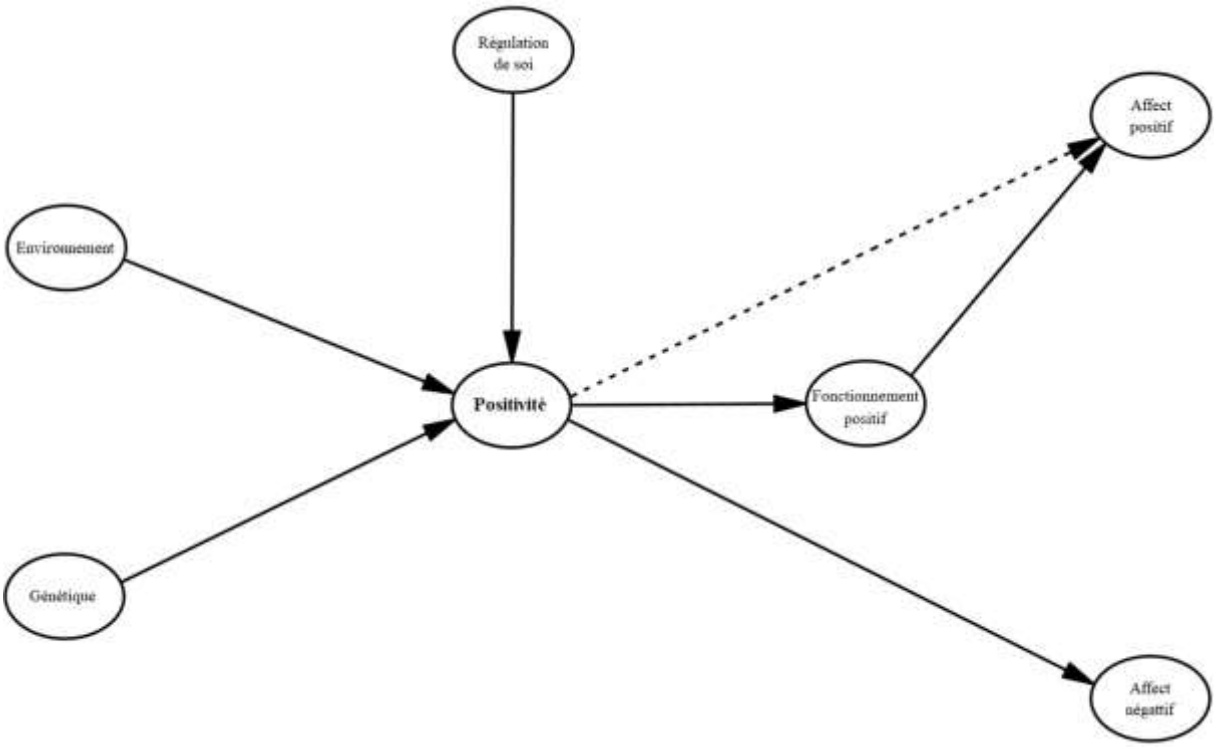
Ces deux études ont permis de démontrer le rôle central et fondamental qu'occupe la positivité dans la relation entre la régulation émotionnelle fonctionnelle et la dimension affective en expliquant comment la régulation émotionnelle contribue à la santé mentale positive.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Vers l'intégration de la positivité dans une méta-théorie de la santé mentale

En nous appuyant sur les résultats des études, nous pouvons dresser l'esquisse d'un méta-modèle de la place et de l'influence prépondérante de la positivité, c'est-à-dire de la prévalence des cognitions positives sur les cognitions négatives, sur la santé mentale. Le facteur génétique ainsi que le facteur environnemental déterminent la positivité (Fagnani, Medda, Stazi, Caprara & Alessandri, 2014). Dans la relation entre la personne et son environnement, l'évaluation cognitive prédit la qualité et l'intensité de l'émotion (Folkman & Lazarus, 1985 ; Levine, 1996 ; Smith & Ellsworth, 1987 ; Ellsworth & Smith, 1988 ; Scherer, 1993 ; Smith & Lazarus, 1993). La positivité explique l'effet de la régulation de soi (méta-cognitive, cognitive, émotionnelle, motivationnelle et comportementale) sur la dimension affective de la santé mentale, la régulation de soi contribuant la positivité. Elle reflète ainsi la capacité à augmenter les émotions positives ainsi que la capacité à atténuer les émotions négatives. Si la positivité prédit positivement l'affect positif et négativement l'affect négatif, le fonctionnement psychologique positif (satisfaction des besoins et bien-être psychologique) explique la relation entre la positivité et l'affect positif.

Figure G. Représentation graphique de la place et du rôle de la positivité dans une méta-théorie de la santé mentale



La positivité sous l'angle de la méta-théorie de l'autodétermination

Alors que la recherche en psychologie positive a besoin de construire une méta-théorie intégrative (Lalande & Vallerand, 2011), la Théorie de l'autodétermination peut être considérée comme « *une méta-théorie fondamentale sous-tendant une grande partie des travaux dans le domaine de la psychologie positive* » (Sheldon et Ryan, 2011, cité par Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011, p.310) qui explique le développement du vrai soi (Deci & Ryan, 1995).

L'estime de soi, l'optimisme et la satisfaction de vie correspondent à un mode d'évaluation globale et durable de l'écart entre la réalité et les standards, inconscients et conscients. Higgins (1987), en s'appuyant l'évaluation de l'écart entre la réalité et les standards, recense deux types de situations négatives psychologiquement associées à différents types d'états émotionnels : la présence (réelle ou attendue) de résultats négatifs liés à des émotions relatives à l'agitation, et l'absence (réelle ou attendue) de résultats positifs liés à des émotions relatives à l'abattement. Au contraire, nous pouvons être amenés à concevoir deux types de situations positives psychologiquement associées à différents types d'états émotionnels : la présence (réelle ou attendue) de résultats positifs (heureux, satisfait) et l'absence (réelle ou attendue) de résultats négatifs (calme et sécurité). Higgins (1987) suggère la possibilité de distinguer les domaines de vie, dans l'évaluation de l'écart entre la réalité et les standards, afin de prédire avec plus de précisions les problèmes émotionnels dans chaque domaine, comme, par exemple, dans la réalisation de soi et les relations aux autres.

Selon Caprara et ses collaborateurs (2017), l'estime de soi est « *au cœur de la positivité car il est peu probable que les personnes puissent être satisfaites de leur vie et avoir confiance en l'avenir, à moins qu'elles ne se croient être de valeur* » (p.366). Elle émergerait « *en même temps que la conscience de soi alors que la satisfaction de vie et l'optimisme dispositionnel s'appuient sur la capacité à se rappeler, comparer et anticiper des événements et des expériences* » (p.366). Le soi « *se développe à travers la résolution synthétique continue de l'interaction entre l'organisme intégrateur actif et les défis de l'environnement* », la vraie estime de soi, le vrai soi ou soi intégré, se développant dans un contexte favorisant la satisfaction des besoins psychologiques, lorsqu'on « *agit volontairement (autonomie), expérimente un sens intérieur d'efficacité (compétence) et est aimé (relation) pour qui on est plutôt que pour correspondre à un standard externe* » (Deci & Ryan, 1995, p.33). D'autre part, dans de

nombreuses situations, la vision positive du futur « *repose assez fortement sur les souvenirs d'expériences antérieures* » (Carver & Scheier, 1990, p.21).

Lorsque les besoins ou standards conscients/inconscients ont été satisfaits dans le temps, cela permet la diminution ou la disparition des standards/buts (besoins) se traduisant par le développement de la sécurité et du calme (Maslow, 1954 ; Bowlby, 1958). Les expériences positives cumulées notamment par l'intermédiaire de la relation à l'autre contribuent à développer une confiance en l'autre, en soi, dans ses espoirs et dans sa capacité à agir dans son environnement (Maslow, 1954 ; Ainsworth & al., 1978). Les facteurs situationnels et plus particulièrement la relation à l'autre permet l'évaluation favorable du lieu perçu de causalité (Deci et Ryan, 1980, 1985) et les retours positifs sur les performances (Deci, 1971 ; Harackiewicz, 1979) contribuent à l'évaluation positive de soi-même. Ainsi, la satisfaction du besoin de compétence contribue à l'estime et à la confiance en soi (Reis & al., 2000 ; Sheldon & al., 1996) tandis que la satisfaction du besoin d'appartenance implique une confiance envers les autres (Baumeister & Leary, 1995). Sheldon et Elliot (1999) ont montré que l'accumulation d'expériences de satisfaction des besoins de compétence, d'autonomie et de relation sur une période donnée prédit une amélioration de la positivité, à travers la mesure de la satisfaction de vie, ainsi que de la balance affect positif/affect négatif, et ce plus particulièrement lorsque les buts atteints sont concordants avec le soi. Dans la relation à l'autre, le soutien à l'autonomie favorise le développement du vrai soi, l'acceptation du soi par l'autre permettant par la suite l'acceptation du soi par la personne elle-même (Deci & Ryan, 1995).

Selon Deci et Ryan (1995), « *toutes les évaluations positives de soi ne sont pas saines* » (p.35), les standards externes (non autonome) étant associés à la fausse estime de soi et au faux self. La véritable estime de soi fait référence « *aux aspects autonomes ou intégrés de soi-même* », « *seuls les éléments psychiques intégrés sont considérés comme faisant partie du soi* ». Les standards internes ou autonomes dans l'évaluation positive de soi permettent la contribution à une véritable estime de soi et l'expérience du vrai self (Deci & Ryan, 1995). « *Dans le processus d'intégration de l'organisme, et tout au long du processus, le soi intrinsèque ou fondamental est élaboré et affiné, et cet ensemble en constante évolution de processus et de structures intégrés est appelé soi* » (Deci & Ryan, 1995). Ainsi, la véritable estime de soi est « *plus stable, plus sécure dans le sens où le soi est solide* » (Deci & Ryan, 1995). Le processus d'intégration

de soi s'explique par l'intermédiaire de la régulation intégrée et de la régulation intrinsèque (Deci & Ryan, 1995). Le degré d'intégration renvoie au degré d'accord entre le standard de l'évaluation positive de soi et le standard du vrai soi. La régulation intrinsèque implique une évaluation positive qui se traduit par de l'intérêt, du plaisir et de la satisfaction. La régulation intégrée fait référence à l'évaluation positive d'une harmonie avec les valeurs (standards internes) et l'identité de l'individu. Dans le processus d'intégration du comportement, les personnes « *doivent pleinement en saisir sa signification et sa portée pour eux-mêmes. Ils doivent pour cela expérimenter un sentiment de choix, de volition, et de liberté concernant les demandes externes* » (Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011, p.285).

La présence (réelle ou attendue) de résultats négatifs est associée à des émotions relevant de l'agitation et l'absence (réelle ou attendue) de résultats positifs est liée à des émotions d'abattement (Higgins, 1987). L'autodétermination implique la régulation intégrative des émotions négatives (Ryan, Deci, Grolnick & La Guardia, 2006 ; Roth, Assor, Niemiec, Ryan & Deci, 2009). L'intégration émotionnelle est constituée de deux processus (Roth, Benita, Amrani, Shachar, Asoulin, Moed, Bibi & Kanat-Maymon, 2014) : (1) la conscience réceptive de l'expérience émotionnelle, renvoyant à la pleine conscience (Chambers, Gullone & Allen, 2009) et à l'acceptation (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), qui permet notamment de faciliter (2) l'incorporation de l'expérience émotionnelle avec les autres aspects du soi (besoins, valeurs, buts) tout en prenant en compte le contexte de la situation (Ryan et al., 2006). Ainsi, la régulation intégrative des émotions « *est basée sur la tolérance, l'acceptation, et l'intérêt envers les émotions négatives* » ainsi que le non contrôle des émotions négatives (Roth, Benita, Amrani, Shachar, Asoulin, Moed, Bibi & Kanat-Maymon, 2014, p.1), l'acceptation représentant l'inverse de l'évaluation négative des émotions (Low, Stanton & Bower, 2008). Le désengagement envers le but/standard inaccessible amène à l'absence de détresse, tout en étant d'autant plus adaptatif lorsqu'il implique la poursuite de nouveaux objectifs qui ont du sens (Wrosch, Scheier, Carver & Schulz, 2003). Plusieurs chercheurs (Baumstarck, Alessandrini, Hamidou, Auquier, Leroy & Boyer, 2017) ont trouvé une nouvelle dimension « pensée positive », qui regroupe l'acceptation, la ré-interprétation positive et l'humour. La ré-évaluation cognitive positive ainsi que l'acceptation de la réalité sont deux catégories de stratégies cognitives (Mikolajczak, 2012), le changement de la perception d'une situation étant un moyen efficace pour modifier les émotions négatives (Oshner & Gross, 2005). L'intégration

émotionnelle des émotions négatives devrait ainsi être favorisée par la véritable vision positive de soi, autodéterminée, car celle-ci est plus stable, sécurisée et le soi plus solide (Deci & Ryan, 1995), la positivité permettant de se développer et de s'épanouir tout en faisant face à l'adversité, aux échecs, aux pertes (Caprara et al., 2012). En effet, les personnes ayant une vision positive du futur ont tendance à ré-interpréter positivement la situation et porter leur attention sur la solution au problème lorsque la situation est contrôlable tandis qu'ils ont tendance à accepter la situation lorsqu'elle est incontrôlable (Scheier, Weintraub & Carver, 1986), une situation d'échec isolé étant peut-être plus facile à accepter lorsque l'on est optimiste (Scheier, Weintraub & Carver, 1986).

De la positivité à la sagesse

« *La maturation et les événements de la vie exercent probablement une influence cruciale sur le façonnement de l'affect positif et de la positivité et leur relation réciproque* » (Caprara et al., 2017, p.366). L'autonomie et l'intégration peuvent être considérées comme les dernières étapes de la maturation du développement humain (Loevinger, 1976) relevant de l'extrémité du continuum d'autodétermination (Deci et Ryan, 1985). L'intégration fait référence « *à un noyau auto-descriptif qui recouvre les différents aspects du soi ... qui permet l'expérience d'un soi cohérent avec les différents aspects de soi* » (Staudinger, Dömer & Mickler, 2011, p.268). L'intégrité et la maturité du moi, le jugement et une compréhension exceptionnelle de la vie reflètent la sagesse (Clayton, 1982 ; Dittmann-Kohli & Baltes, 1990 ; Erikson, 1963, 1964 ; Erikson, Erikson & Kivnick, 1986 ; Kekes, 1983 ; Orwoll & Perlmutter, 1990 ; Pascual-Leone, 1990 ; Sternberg, 1990b ; Vaillant, 1993) qui peut être ainsi considérée comme « *le summum du développement humain réussi* » (Ardelt, 2000a, p. 360).

Pour certains chercheurs, la sagesse est « *une forme de fonctionnement cognitif avancé* » (Dittmann-Kohli & Baltes, 1990, p.54), impliquant ainsi la balance optimale entre les cognitions positives et les cognitions négatives. Selon (Ardelt, 2003, p.277), la sagesse fait référence à « *la transformation des expériences intrapersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles dans le domaine de la personnalité, de la cognition et de la conation (Achenbaum et Orwoll, 1991) et l'application des connaissances tacites comme médiée par les valeurs vers la réalisation d'un intérêt commun grâce à un équilibre entre plusieurs aspects (a)*

intrapersonnel, (b) interpersonnel, et (c) intérêts extra-personnels afin de parvenir à un équilibre entre l'adaptation aux environnements existants, la mise en forme des environnements existants et la sélection de nouveaux environnements (Sternberg, 1998, p.347) ». La réflexion sur la vie est un facteur important pour le développement de sagesse (Glück & Bluck, 2014) car elle implique « *la capacité et la volonté de voir les choses, y compris soi-même, à partir de multiples perspectives* » (Glück & Bluck, 2014, p.85). Ainsi, la dimension réflexive est une « *condition préalable au développement de la dimension cognitive de la sagesse. Une compréhension plus profonde de la vie est possible uniquement si l'on peut percevoir la réalité telle qu'elle est sans aucune distorsion majeure* » (Ardelt, 2003, p.278). La dimension réflexive de la sagesse est la composante essentielle car elle permet le développement des deux autres dimensions, la dimension cognitive et de la dimension affective de la sagesse (Ardelt, 2000a). La dimension cognitive de la sagesse se réfère à la « *capacité d'une personne à comprendre la vie, c'est-à-dire à comprendre la signification et plus profondément le sens des phénomènes et des événements, notamment en ce qui concerne les questions intrapersonnelles et interpersonnelles* » (Ardelt, 2000b ; Blanchard-Fields & Norris, 1995 ; Chandler & Holliday, 1990 ; Kekes, 1983 ; Sternberg, 1990a ; cité par Ardelt, 2003, p.278). La dimension affective de la sagesse implique « *la présence d'émotions et de comportements positifs envers les autres êtres, tels que des sentiments et des actes de sympathie et la compassion, ainsi que l'absence d'émotions et de comportements indifférents ou négatifs envers les autres* » (Ardelt, 2003, p.278-279).

De manière analogue, la dimension réflexive peut contribuer au développement d'une vision positive de soi, des autres, de la vie par rapport au passé, au présent et au futur. « *La réflexivité est particulièrement essentielle à l'intégration, au cours de la vie, des événements de la vie et des défis de la vie* » (Glück et Bluck, 2014, p.23). La réflexion sur sa vie implique l'acceptation des résultats positifs et les défis proposés par les événements négatifs (Erikson, 1959), ce qui permet de construire l'intégrité et la sagesse. La réflexion sur soi renvoie à « *l'inspection et l'évaluation des pensées, des sentiments et des comportements d'une personne* » (Grant et al., 2002, p.821). Ainsi, la régulation émotionnelle peut-être considérée comme une dimension essentielle de la sagesse (Glück & Bluck, 2014 ; Kunzmann, 2004), notamment pour le développement de celle-ci (Ardelt, 2011 ; Glück & Bluck, 2014). L'autorégulation des émotions permet l'intégration de l'histoire de vie de par le fait de « *rétrospectivement*

comprendre et intégrer les émotions » et de par le fait d'accepter la « *réinterprétation des expériences même si elles ne sont pas auto-améliorante* » (Glück & Bluck, 2014, p.98). En effet, selon Glück et Bluck (2014), « *la manière d'intégrer les événements* » tout au long de la vie est un élément fondamental qui participe à la construction de l'identité de l'individu (Habermas & Bluck, 2000 ; McAdams, 2006). Développer sa compréhension réflexive permet d'acquérir la capacité à se satisfaire de l'organisation des expériences de sa vie (Glück & Bluck, 2014), afin d'y donner un sens (Zoellner & Maercker, 2006). Le récit de vie peut ainsi être envisagé comme *« la plus grande unité de la personnalité »* (Hooker & McAdams, 2003, cité par Glück & Bluck, 2014). Alors que le développement de la maturité est lié à l'interprétation des souvenirs d'événements difficiles (Bauer, McAdams, & Sakaeda, 2005), la réflexion, elle, favorise l'identification des objectifs inaccessibles (King & Hicks, 2007). L'acceptation consciente des pertes, après des événements de vie négatifs, contribue à une maturité heureuse (King & Hicks, 2007).

La vision positive : approche individuelle, sociale et sociétale

Le style d'éducation des parents a un effet sur l'estime de soi de leurs enfants (Growe, 1980 ; Buri et al., 1988 ; Felson & Zielinski, 1989 ; Buri, 1989 ; Oh, 2004). Darling et Steinberg (1993) définissent le style parental comme « *une constellation d'attitudes envers l'enfant qui lui sont communiquées et qui, prises ensemble, créent un climat émotionnel dans lequel les comportements des parents sont exprimés. Ces comportements comprennent à la fois les comportements spécifiques, orientés vers les objectifs, par lesquels les parents s'acquittent de leurs obligations parentales et les comportements parentaux non orientés vers les objectifs, tels que les gestes, les changements de ton de voix ou l'expression spontanée d'émotion* » (p.488). Zakeria et Karimpour (2011) démontrent notamment que les styles parentaux d'acceptation et d'implication (fermeté, présence/attention positive et réactivité notamment vis-à-vis des besoins) ainsi que ceux favorisant l'autonomie psychologique (tolérance à l'opinion) sont des prédicteurs positifs de la vision positive de soi, contrairement au style parental contrôlant (surveillance stricte des comportements, peu de possibilités d'expression d'opinion). Notamment, « *les feed-back des parents au regard des comportements de leur(s) enfant(s) modèleraient de manière durable sa manière d'expliquer et d'interpréter les événements auxquels il est confronté tout au long de sa vie* » (Peterson & Park, 1998, cité par Martin-

Krumm & Sarrazin, 2004, p.30). Les styles parentaux sont également importants dans l'internalisation des valeurs sociales (Grusec, Goodnow & Kuczynski, 2000 ; Martínez, García & Yubero, 2007).

Une recherche longitudinale menée par Kanacri, Eisenberg, Thartori, Pastorelli, Tirado, Gerbino et Caprara (2017), auprès d'adolescents a montré qu'il existe une prédiction bi-directionnelle entre la positivité et le climat social, l'expérience subjective de l'environnement scolaire contribuant à la positivité et la positivité des adolescents ayant un effet positif sur le climat scolaire perçu, et notamment sur l'expression de comportements prosociaux. Pour certains chercheurs (par exemple Caprara et al., 2017), « *l'affect positif peut être le mécanisme psychologique clé médiant l'expression du comportement de la positivité* » (p.368). Lorsque les émotions sont partagées socialement, « *les données évoquées sont patentes. Elles sont puissamment propices à la stimulation des images mentales. Elles ont un considérable pouvoir d'évocation des significations* » (Rimé, 2009, p.119). Le partage social de l'émotion, « *sous forme d'un langage socialement partagé* » (Rimé, 2009, p.86), induit « *des mécanismes de transmission d'émotions telles que la contagion affective et l'empathie* », ces mécanismes suggérant que *« les émotions positives peuvent se transmettre facilement d'une personne à l'autre* » (Lalande & Vallerand, 2011, p.667). Ainsi, la transmission d'émotions positives, notamment par le partage social, est susceptible de participer au développement de la positivité, l'affect positif pouvant y contribuer *« parfois ou dans certaines circonstances* » (Caprara et al., 2017, p.366).

La culture a une influence sur la positivité et l'affect positif (Caprara et al., 2017), la société ayant précédé l'esprit humain (Mead, 1934, cité par Rimé, 2009). Le savoir issu du passé apporte des cadres dans lesquels l'expérience peut être interprétée (Upton, 1961). Selon Rimé (2009), en dehors de ces cadres, la production de sens provient d'un processus qui combine *« le donné et les concepts qui spécifient l'expérience présente »* ainsi que *« les cadres et catégories fournis par l'expérience antérieure, c'est-à-dire par la socialisation, la tradition, ou les précédents »* (p.325). Le sens dans la vie peut être envisagé comme une dimension latente de la positivité (Oleś & Jankowski, 2018). Dans cette perspective, les valeurs qui sont considérées comme les représentations cognitives des besoins individuels et des attentes de la société (Rokeach, 1973) contribuent aussi à la signification, positive ou négative, que l'on donne aux

expériences. Elles relèvent de principes (Kluckhohn & Strodtbeck, 1961 ; Schwartz, 1994), croyances (Rokeach, 1973 ; Schwartz & Bilsky, 1987), schémas (Feather, 1975), critères (Williams, 1979 ; Schwartz, 1992 ; Hechter, 1993), normes (Kohn & Schooler, 1983), tendances (Hofstede, 1980), objectifs (Schwartz, 1994) ou cognitions (Verplanken & Hollande, 2002).

Le processus d'apprentissage social (Bandura, 1976 ; cité par Carré, 2004, p.23), de partage social (Rimé, 2009) et de conformisme (Kelman, 1958), par l'intermédiaire de la transmission d'informations, est un facteur qui explique la construction du sens, « *les ressources de la production de sens* » étant *« les phrases, les définitions, les concepts, ou les interprétations* » (Rimé, 2009, p.324). Le sens est ainsi le « *produit de mots qui se combinent en phrases en vue de transmettre quelque chose à propos de l'expérience en cours* » (Weick, 1995, p. 106). Les mots ont « *un rôle capital* » car d'une part « *ils déterminent les catégories au moyen desquelles on pourra voir ce qu'on dit* », et d'autre part « *ils fournissent les termes qui mènent aux conclusions* » (Rimé, 2009, p.324).

CONCLUSION

Certains penseurs comme Amartya Sen (2003) et Martha Nussbaum (2006) affirment que « *les décisions politiques publiques doivent se tourner vers les besoins humains fondamentaux de chacun* » (cité par Pawelski, 2011, p.648). Dans la culture familiale, sociale et sociétale, il serait pertinent d'identifier et de répertorier les déterminants culturels qui (1) contribuent à la production d'un sens positif donné à l'expérience et, (2) concourt à l'intégration de l'expérience émotionnelle négative, et par conséquent du sens négatif, notamment lorsque la situation ne peut pas être changée. Cela permettrait de contribuer à déterminer ce qui, dans la culture familiale, sociale et sociétale, favorise la santé mentale positive. À l'inverse, il serait tout aussi pertinent d'identifier les facteurs culturels qui concourent à la production de sens négatifs ainsi qu'à la négativité et à la non intégration des expériences émotionnelles négatives, et par conséquent à la santé mentale négative. À cet égard, la classification universelle des valeurs (Schwartz, 2006) est susceptible de donner un cadre d'analyse pertinent, les valeurs et attitudes activées orientant et guidant le choix des comportements et des événements (Feather, 1996 ; Schwartz, 1993 ; Schwartz et Bilsky, 1987 ; Rokeach, 1973).

La positivité contribue « *probablement à l'humeur des individus en les prédisposant à des expériences émotionnelles positives et en renforçant les sentiments positifs* » (Caprara et al., 2017, p.366). Elle « *est cruciale pour affronter les conditions, encadrer et interpréter les expériences de manière à activer et à promouvoir l'affect positif* » (Caprara et al., 2017, p.366). La théorie des styles explicatifs qui fait référence à « *la tendance d'une personne à donner le même type d'explications aux différents événements auxquels elle est confrontée* » (Peterson, Buchanan & Seligman, 1995, p. 1), est utilisée pour décrire la « *vision optimiste ou pessimiste des causes des événements* » (Peterson & Park, 1998, cité par Martin-Krumm & Sarrazin, 2004, p.20). La positivité et la négativité peuvent ainsi être définies « *en fonction des explications apportées aux événements positifs et négatifs* » (Seligman, 1994, cité par Martin-Krumm & Sarrazin, 2004, p.20) et par conséquent à « *la manière dont un individu explique les événements positifs ou négatifs auxquels il est confronté* » (Martin-Krumm, 2012, p.12). Une personne négative a tendance à attribuer les résultats négatifs des situations à un « *facteur interne, stable et global* » et les résultats positifs des situations, à un facteur « *externe, instable et spécifique* » (Seligman, 1994, cité par Martin-Krumm, 2012, p.21). Au contraire, une personne positive a propension à assimiler les résultats négatifs des situations à « *un facteur externe, instable et*

spécifique » et les résultats positifs des situations « *à un facteur interne, stable et global* » (Seligman, 1994, cité par Martin-Krumm, 2012, p.21).

Plusieurs études (Caprara & al., 2009 ; Fagnani, Medda, Stazi, Caprara & Alessandri, 2014) ont montré que le facteur héréditaire détermine en partie la positivité. Toutefois, les facteurs génétiques n'auraient « *qu'une influence indirecte sur le style explicatif* » des personnes positives (Peterson & Park, 1998 cité par Martin-Krumm & Sarrazin, 2004, p.30). En effet, les « *qualités physiques, psychologiques, morphologiques ... déterminées par des facteurs génétiques* » prédisposent « *l'individu à vivre certaines expériences positives ou négatives* » (Martin-Krumm & Sarrazin, 2004, p.30), les expériences positives et négatives ayant une influence en retour sur le style explicatif (Martin-Krumm & Sarrazin, 2004). Cela va dans le sens de l'hypothèse d'un facteur génétique qui interviendrait aussi de manière indirecte dans la vision positive, celle-ci faisant suite aux expériences positives notamment influencées par d'autres facteurs génétiques. Ainsi, « *les événements influencent autant la construction du style, que ce dernier n'influence les événements* » (Peterson & al., 1993, cité par Martin-Krumm & Sarrazin, 2004, p.30). Si la positivité est stable dans le temps, elle est aussi malléable au changement (Caprara et al., 2010b).

Fordyce (1977, 1983) proposa un programme dans le but d'améliorer le bonheur, notamment en favorisant des attitudes impliquant la « *pensée positive et optimisme* » et la « *diminution* d*es attentes et aspirations* » de la vie quotidienne (1977, p.512). Sheldon et Lyubomirsky (2006) ont démontré que l'écriture et la visualisation des meilleures versions possible de soi (Markus & Nurius, 1986) permettent d'augmenter de manière importante et significative les affects positifs. Dans le futur, il serait intéressant de décrire et de répertorier précisément le type de croyance ou de pensée positive qui participe au développement et au fonctionnement psychologique positif dans l'ensemble des domaines de l'existence humaine. Cela pourrait notamment contribuer à l'élaboration d'un outil qui évaluerait le contenu de la vision positive, c'est-à-dire le type de cognitions positives. Il pourrait alors être pertinent de faire de même pour l'acceptation de la réalité. La recherche appliquée à l'accompagnement vers un mieux-être et sur le plan éducatif devrait donner la possibilité d'examiner les conditions et moyens à mettre en oeuvre pour l'amélioration de la positivité sur le plan individuel. Celle-ci marche de pair avec le développement de la capacité à intégrer émotionnellement les expériences, notamment

par l'intermédiaire de l'acceptation (Baumstarck, Alessandrini, Hamidou, Auquier, Leroy & Boyer, 2017), de la signification négative qui facilite l'incorporation de l'expérience émotionnelle dans les aspects du soi (besoins, valeurs, buts) (Ryan et al., 2006).

Certains chercheurs tels que Bernard, Froh, Digiuseppe, Joyce & Dryden (2010) proposent d'utiliser le modèle A-B-C d'Ellis (1977) fondé sur la relation indissociable entre cognition, affect et comportement pour les interventions en psychologie positive afin d'améliorer la santé mentale positive. En effet, la manière dont « *un individu pense affecte la façon dont il se sent qui, à son tour, influence la façon dont il se comporte* » (Beck et al., 1979, cité par Boniwell, 2011). La théorie de la positivité souligne notamment « *le rôle des croyances de soi positives dans le maintien de l'affect positif au cours du développement* » (Caprara et al., 2017). Il serait pertinent d'explorer la question du développement de la positivité sous l'angle d'un processus cognitif constitué de deux étapes : l'attention orientée sur le positif et l'évaluation positive. Dans l'attention, diminuer la pertinence des standards réduit les émotions négatives (Higgins (1987), l'attention émotionnelle étant guidée par l'évaluation de la pertinence (Pool & al., 2016). Au contraire, à l'instar du savoring, accroître la pertinence des standards accessibles augmenterait le niveau de positivité et d'émotion positive, par l'intermédiaire d'une attention positive. En effet, l'application des stratégies de savoring de type cognitif (impliquant aussi l'évaluation positive), proposées par Bryant et Veroff (2007) et Quoidbach (2012), devrait contribuer au développement de la positivité. Il en est de même pour la ré-évaluation positive dans la régulation émotionnelle des émotions négatives. Higgins (1987) recense notamment deux alternatives, utilisées dans les thérapies, qui concourent à la réduction des émotions négatives : (1) changer la perception du réel pour être moins en contradiction avec les standards, en modifiant par exemple les interprétations de la réalité, (2) changer l'accessibilité des standards en réduisant leurs niveaux. Dans ce sens, il est possible de se servir de l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Shapiro, 1989), qui est une « *thérapie intégrative, dialectique et comportementale qui utilise simultanément image, cognition et sensation corporelle* » (Haour & Servan Schreiber, 2009) par l'intermédiaire des stimulations bilatérales, afin d'augmenter la vision positive de soi et du futur (Regourd-Laizeau, Martin-Krumm & Tarquinio, 2012). D'autres chercheurs (Alsaleh, Lebreuilly, Tostain & Lebreuilly, 2017) ont proposé la construction d'un dialogue interne positif autoréférencé, constitué (1) de phrases positives, à propos de soi, de la relation à l'autre, de la réussite future ainsi que de la vie, (2) de

modifications de formulations de pensées négatives en pensées positives, par l'utilisation de mots positifs à la place de mots négatifs. Ils ont démontré que la répétition de pensées positives diminue la dépression et l'anxiété. Afin de développer la positivité, que ce soit par l'intermédiaire de l'EMDR ou de la répétition de pensées positives, il pourrait être pertinent d'y incorporer les critères : (1) d'autodétermination afin que le processus d'intégration soit le plus stable possible, (2) de contrôle par rapport à la réalité afin de modifier, dans la restructuration cognitive, ce qui « n'est pas dépendant de l'environnement ». Dans le cas contraire, le développement de l'acceptation, par la répétition de pensées, serait intéressante à explorer. Aussi, il pourrait être pertinent d'envisager un continuum du contrôle de la réalité allant de « ce qui est incontrôlable » à « ce qui est contrôlable ». À l'image des expériences actives de maîtrise (Bandura & Schunk, 1981), des standards intermédiaires, plus accessibles, pourraient être fixés pour faciliter l'évaluation positive ainsi que l'acceptation. Le standard intermédiaire conduit à l'évaluation positive lorsqu'il est atteint alors que dans la situation contraire, il permettrait plus facilement l'acceptation et le désengagement vis-à-vis du but notamment pour en choisir un autre plus adapté à la réalité.

Le développement de l'être humain est « *un processus par lequel l'être humain intériorise, développe, perfectionne et intègre des structures ou représentations de lui-même et du monde qui l'entoure* » (Deci & Ryan, 2008, p.26). La conscience de soi, la réflexion sur soi et l'autorégulation contribuent à la positivité, tout au long de la vie, ainsi qu'à l'affect positif (Caprara et al., 2017). Cela apporte des changements dans la vision de soi-même, de sa vision du monde et de son propre fonctionnement, tout en étant notamment orienté par une valeur en action, la positivité. Cela peut ainsi permettre de passer d'un mode d'interprétation négatif de la réalité à un mode d'interprétation positif de la réalité.

Références

Abelson, R. P. (1983). Whatever became of consistency theory ? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 37-54.

Achenbaum, A.W. & Orwoll, L. (1991). “Becoming Wise: A Psycho-Gerontological Interpretation of the Book of Job.” *International Journal of Aging and Human Development*, 32, 21-39.

Agran, M. (1997). *Student-directed learning: teaching self-determination skills*. Pacific Grove:CA: Brooks/Cole.

Agran, M. & Hughes, C. (1997). Problem-solving. In M. Agran (Eds.), *Student-directed learning: Teaching self-determination skills* (pp. 171-198). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Akaike H. (1987), Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332.

Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior & Human Performance*, 4(2), 142-175.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Alessandri, G., Caprara, G. V., & Tisak, J. (2012). Further explorations on the unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, 17, 44-54.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.

Allport, G.W. (1970). *Structure et développement de la personnalité*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, (édition originale : 1937, revue en 1961).

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxford, England: Holt, Reinhart & Winston.

Allport G.W., Odbert H.S. (1936). Trait-names: À psycho-lexical study. *Psychol Monog, 47*, 211

Alpert, M., & Rosen, A. (1990). A semantic analysis of the various ways that the terms "affect," "emotion," and "mood" are used. *Journal of Communication Disorders*, *23*, 237-246.

Alsaleh, M. , Lebreuilly, R. Tostain, M., Lebreuilly, J. (2017). La puissance des répétitions des phrases des pensées positives (RPPP) : un outil efficace de traitement contre les troubles psychologiques (dépression, anxiété et stress). Une étude pilote contrôlée et randomisée. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176, (5), 438-447

Amartya Sen, 2003, *Un nouveau modèle de développement économique*, Paris, Odile Jacob

Ang, R. & Neubronner, M., Oh, Su-Ann & Leong, V. (2006). Dimensionality of Rosenberg's Self-Esteem Scale among Normal-Technical Stream Students in Singapore. *Current psychology (New Brunswick, N.J.), 25,* 120-131.

Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C., & Sedikides, C. (1994). Behavioural and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 549-558.

Anderson, K. W., Skidmore, J. R. (1995). Empirical analysis of factors in depressive cognition: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Clinical Psychology,* 51, 603-609.

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum.

Angyal, A. (1941). Disgust and related aversions. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 36,* 393-412.

Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. New York, NY, US: Methuen.

Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 9-22). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Ardelt, M. (2000a). "Antecedents and Effects of Wisdom in Old Age : À Longitudinal Perspective on Aging Well." *Research on Aging, 22,* 360-94.

Ardelt, M. (2000b). "Intellectual Versus Wisdom-Related Knowledge: The Case for a Different Kind of Learning in the Later Years of Life." *Educational Gerontology: An International Journal of Research and Practice, 26,* 771-89.

Ardelt, M. (2003). Empirical Assessment of a Three-Dimensional Wisdom Scale. *Research on Aging, 25,* 275-324.

Ardelt, M. (2011). The measurement of wisdom: A commentary on Taylor, Bates, and Webster's comparison of the SAWS and 3D-WS. *Experimental Aging Research, 37*, 241-255.

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York, NY, US: Columbia University Press.

Averill, J. R. (1975). A semantic atlas of emotional concepts. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 5*.

Baard, P. P., Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1999). The relation of intrinsic need satisfaction to performance and well-being in two work settings. *Manuscrit inédit*, Fordham.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.

Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II: Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33-40.

Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative science quarterly, 36*, 421-458.

Bakker, Iris & Van der Voordt, Theo & Boon, Jan & Vink, Peter. (2014). Pleasure, Arousal, Dominance: Mehrabian and Russell revisited. *Current Psychology, 33*, 405-421.

Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall. Traduction française : L'apprentissage social. Bruxelles : Mardaga.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 586-598.

Barrett, L. F. (2004). Feelings or words ? Understanding the content in self-report ratings of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 266-281.

Barrett, L. F., & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(4), 967-984.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.

Batson, C. D., Shaw, L. L., & Oleson, K. C. (1992). Differentiating affect, mood, and emotion: Toward functionally based conceptual distinctions. In M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology*, No. 13. Emotion (pp. 294-326). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Bauer, J.J., McAdams, D.P., & Sakaeda, A. (2005). Interpreting the good life: Growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 203-217.

Baumann, N., Kaschel, R., & Kuhl, J. (2005). Striving for unwanted goals: Stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 781-799.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, *5*, 323-370.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497-529.

Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: A new French four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*, Article ID 8.

Bebbington, P. (1985). Three cognitive theories of depression. *Psychological Medicine*, *15*, 759-769.

Beck A.T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*(6), 561-571.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY, US: Guilford Press.

Beck, A. T., & Emery, G., with Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A. and Associates (1990), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, The Guilford Press, London.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., & Shaw, B. F. (1977). Cognitive approaches to depression. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.),*Handbook of rational emotive theory and practice*. New York: Springer.

Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). New York, NY, US: Plenum Press.

Bedrosian R.C., Beck A.T. (1980) *Principles of Cognitive Therapy*. In: Mahoney M.J. (eds) Psychotherapy Process. Springer, Boston, MA.

Beedle, CJ., Terry, P.C, & Lane, AM. (2005). Distinctions between emotion and mood. *Cognition and Emotion*, 19, 847-878.

Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software.

Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1463-1473.

Berlyne, D. E. (1966). Conflict and arousal. *Scientific American*, Inc, 82-87.

Berlyne, D. E. (1970). Novelty, complexity, and hedonic value. *Perception & Psychophysics*, *8*(5), 279-286.

Berking, M. (2007). *Training emotionaler Kompetenzen [Training of emotional competencies]*. Heidelberg, Germany: Springer.

Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). [Development and validation of the emotion-regulation skills questionnaire (ERSQ-27)]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *56*, 141-152.

Bernard, M. & Froh, J. & Digiuseppe, R. & Joyce, M. & Dryden, W. (2010). Albert Ellis: Unsung hero of positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, *5*, 302-310.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238-246.

Bentler, P. M. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin*, *112*, 400-404.

Biaobin, Y., Xue, Z., Lin, Q., 2004. SWB & PWB: The distinction and integration of two well-being research orientations. *Psychol, Sci*, *27* (4), 836–838

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230 - 241.

Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Vallerand, R. J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue québécoise de psychologie*, *14*(3), 185–215.

Blais, M., R.,Vallerand, R., J.,Pelletier, L., G.,Brière, N.M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale." *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 210-223

Blanchard-Fields, F. & Norris, L. (1995). "The Development of Wisdom." Pp. 102–18 in *Aging, Spirituality, and Religion*. A Handbook, edited by M. A. Kimble, S. H. McFadden, J. W. Ellor, and J. J. Seeber. Minneapolis, MN: Fortress Press.

Blazer, D., Sachs-Ericsson, N. & Hybels, C. (2007). Perception of Unmet Basic Needs as a Predictor of Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. *The journals of gerontology*. *Series A, Biological sciences and medical sciences*, *62*, 191-195.

Boduszek, D., Hyland, P., Dhingra, K., & Mallett, J. (2013). The factor structure and composite reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale among ex-prisoners. *Personality and Individual Differences*, *55*(8), 877-881.

Boduszek, D., Shevlin, M., Mallett, J., Hyland, P., & O'Kane, D. (2012). Dimensionality and construct validity of the Rosenberg self-esteem scale within a sample of recidivistic prisoners. *Journal of Criminal Psychology*, *2*(1), 19-25.

Borgatta, E. F. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science*, *9*, 8-17

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.

Bradburn, N. M., & Caplovitz, D. (1965). *Reports on Happiness. A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.

Brdar, I., & Kashdan, T. B. (2010). Character strengths and well-being in Croatia: an empirical investigation of structure and correlates. *J. Res. Pers*, 44, 151-154.

Briki, W., & Gernigon, C. (2012). *L'autorégulation des comportements en cours de performance*. Psychologie du sport et de la performance, Editors: De Boeck

Brown A. (1987). « Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms ». In F. Weinert & R. Kluwe (dir.), *Metacognition, motivation, and understanding*. Hillsdale: Erlbaum, p. 65-116.

Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, *14*, 320-327.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 242-248.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211-237.

Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long, J.S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136-162.

Bruchon-Schweitzer, Marilou. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en Soins Infirmiers*, 67, 68-83.

Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, É. (2014). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles*. Paris: Dunod.

Brülde, B., & Bykvist, K. (2010). Happiness, ethics, and politics: Introduction, history and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*, *11*, 541-551.

Bryant, F. B. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, coping, obtaining, and savouring. *Journal of Personality*, *57*, 773-797.

Bryant, F. B. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, *12*, 175-196.

Bryant, F. B., & Baxter, W. J. (1997). The structure of positive and negative automatic cognition. *Cognition and Emotion*, *11*(3), 225-258.

Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Adhidhamma*. Seattle: BPS Pariyatti.

Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, *25*, 1263–1272.

Boniwelle, I. (2011). L'éducation positive : apporter le bien-être aux enfants et aux jeunes. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 539-556). Bruxelles: De Boeck.

Borsa, J.C., Damásio, B.F., Souza, D.S., Koller, S.H. & Caprara, G.V. (2015). Psychometric properties of the positivity scale - Brazilian version. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(1), 61-67.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis, 39*, 350-373.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.

Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287–305). New York: Academic Press.

Büchel, F. P., & Büchel, P. (2009). *Das Eigene Lernen Verstehen. Handbuch zum DELVProgramm.* Berne, Suisse : h.e.p. Verlag.

Buck, R. (1993). What is this thing called subjective experience? Reflections on the neuropsychology of qualia. *Neuropsychology, 7,* 490-499.

Buhler, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of Applied Psychology, 19(4)*, 405-409.

Buhler, C., & Massarik, F. (1968). *The Course of Human Life : A study of goals in the humanistic perspective*. Oxford: Springer.

Buri, J.R. (1989). Self-esteem and appraisals of parental behavior. *Journal of Adolescent Research, 4*(1), 33-49.

Buri, J.R., Louiselle, P.A., Misukanis, T.M., & Mueller, R.A. (1988). Effects of parental authoritarianism and authoritativeness on self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 14*(2), 271-282.

Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York, É.-U., Londres, R.-U. : Routledge.

Cacioppo, J.T., & Berntson, G.G. (1999). The affect system: Architecture and operating characteristics. *Current Directions in Psychological Science, 8*, 133–137.

Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic Thoughts and Psychological Symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish Students. *Cognitive Therapy and Research, 29*(2), 201-217

Cameron, K. S., Dutton, J. E., & Quinn, R. E. (Eds.). (2003). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline*. San Francisco: Berrett-Koehler.

Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological Assessment, 24*(3), 701-712

Caprara, G. V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S., & Suzuki, F. (2012). Positive orientation across three cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 43,* 77-83.

Caprara, G.V., Eisenberg, N., & Alessandri, G. (2017). Positivity : The dispositional basis of happiness. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 18*(2), 353-371.

Caprara, G.V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli-Sforza, L. L., & Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behaviour Genetics, 39,* 277–284.

Caprara, G.V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist, 4,* 275–286.

Caprara, G.V., & Steca, P. (2006). The contribution of self-regulatory efficacy beliefs in managing affect and family relationships to positive thinking and hedonic balance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25,* 601–625.

Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z., & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 19,* 63-71.

Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment, 15,* 204-23.

Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ?. *Savoirs, hors série, (5),* 9-50.

Carver, C. S., & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology. 92,* 330-337.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review, 97*(1), 19-35.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY, US: Cambridge University Press.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41-84). San Diego, CA, US: Academic Press.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang, (Ed.), *Optimism and Pessimism; Implication for Theory, Research, and Practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2002). Optimism.In C.R. Snyder, J.L. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York, NY: Oxford University Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2009). Processus de contrôle, autorégulation, et affect. In Y. Paquet (Ed.), *Psychologie du contrôle : aspects théoriques et applications* (pp. 207-225). Bruxelles : De Boeck.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences, 18*(6), 293-299.

Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness, 1*(3), 177-182.

Caspi, A. (1998). Personality development across the life course. In W. Damon & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 311-388). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Catanzaro, S. J., & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 34-44.

Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 38*(4), 476-506.

Cattell, R. B. (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study* (1st ed.). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Chabrol H, Callahan S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris, Dunod.

Chambers, R., Gullone, E. and Allen, N.B. (2009) Mindful Emotion Regulation: An Integrative Review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572.

Chandler, M.J. & Holliday. S (1990). “Wisdom in a Postapocalyptic Age.” Pp. 121-41 in *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Chang, L. & McBride-Chang, C. (1996). The Factor Structure of the Life Orientation Test. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 325-329.

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 814-833.

Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research, 295*(2), 295-336.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*(1), 1-10.

Clayton, V. (1982). "Wisdom and Intelligence: The Nature and Function of Knowledge in the Later Years." *International Journal of Aging and Development, 15*, 315-23.

Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. San Diego, CA: Academic Press.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.

Cosentino, A. C. (2011). Fortalezas del Carácter en Militares Argentinos. *Doctoral thesis*, Universidad de Palermo, Buenos Aires.

Costa, P.T., McCrae, R.R., (1992). *Professional manual for the NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources, Odessa.

Costa, P. T., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and Coping: A Reconceptualization. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 44-61). New York: Wiley.

Cottraux, J. (2002). Approches cognitives. In A. Féline, J.D. Guelfi, P. Hardy (Eds). *Les Troubles de la Personnalité* (p. 46-55). Paris : Flammarion, Médecine-Sciences.

Courvoisier, D. S., Eid, M., & Nussbeck, F. W. (2007). Mixture distribution latent state-trait analysis: Basic ideas and applications. *Psychological Methods, 12*, 80-104.

Creed, P. A., Patton, W., & Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment, 10*(1), 37-52.

Cronbach, L. J. (1956). Assessment of individual differences. *Annual Review of Psychology, 7*, 173–196.

Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond boredom and anxiety. San Francisco : Jossey-bass.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.

Csikszentmihalyi, M. & Rathunde. K. (1990). “The Psychology of Wisdom: An Evolutionary Interpretation.” Pp. 25–51 in Wisdom: *Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Csikszentmihalyi, M., & Wong, M. M.-H. (1991). The situational and personal correlates of happiness: A cross-national comparison. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), International series in experimental social psychology, Vol. 21. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 193-212). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.

Cummins, R. A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies, 3*, 37–69.

Damasio, A. R. (1994). *Descartes’error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.

Dantchev, N. (1989). Stratégies de coping et pattern A coronarogène. *Revue de Médecine Psychosomatique, 17-18*, 21-30.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487-496.

De Bruin, G. & Du Plessis, G. (2015). Bifactor analysis of the mental health continuum – Short form (MHC–SF). *Psychological reports, 116*, 438-446.

deCharms, R. (1968). *Personal causation*. New York : Academic Press.

Deci, E.L., (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 18*, 105-115.

Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation.* Plenum Press New York.

Deci, E. L. (1995). *Why we do what we do: the dynamics of personal autonomy*. New York: G.P. Putnam's Sons.

Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality, 62*(1), 119-142.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 13, pp. 39–80). New York: Academic.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self : Integration in personality. In R. Dienstbier (Éd.), *Nebraska symposium on motivation : Perspectives on motivation* (Vol. 38, p. 237-288). Lincoln, NE : University of Nebraska Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Plenum series in social/clinical psychology. Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-49). New York, NY, US: Plenum Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 49*(1), 24-34.

de la Iglesia G., Castro Solano A. (2018a). El inventario de rasgos de personalidad positivos (IRP-5). Construcción y análisis de características psicométricas básicas. *Perspect. Psicol, 15,* 46-57.

de la Iglesia, G., & Castro Solano, A. (2018b). The Positive Personality Model (PPM): Exploring a New Conceptual Framework for Personality Assessment. *Frontiers in psychology, 9*, 2027.

Dember, W. N. (2001). The Optimism-Pessimism Instrument : Personal and social correlates. In E. C. Chang, (Ed.), *Optimism and Pessimism; Implication for Theory, Research, and Practice* (pp. 281-299). Washington, DC: American Psychological Association.

Demontrond, P. & Gaudreau, P. (2008). Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. *Staps, 79*(1), 9-21.

Dhingra, K. (2013). Validity and Composite Reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale among UK University Students. *Journal of Humanistics and Social Sciences, 1*, 24-30.

Diamantopoulos, A., and Siguaw, J.A. (2000). *Introducing LISREL*. London, UK: Sage.

Diaz, R. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Tanofsky-Kraff, M. (2001). Cognition, anxiety, and prediction of performance in 1st-year law students. *Journal of Educational Psychology, 93*, 420-429.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E. (1998). Subjective well-being and personality. In D. F. Barone, M. Hersen, & V. B. Van Hasselt (Eds.), *The Plenum series in social/clinical psychology. Advanced personality* (pp. 311-334). New York, NY, US: Plenum Press.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63–73). New York: Oxford University Press.

Diener, E. & Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual review of psychology, 54*, 403-25.

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology Suid-Afrikaanse Tydskrifvir Sielkunde, 39*, 391– 406.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13*, 81-84.

Diener, E., Scollon, C. K. N., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its part. *Journal of Happiness Studies, 1*, 159-176.

Diener, E., Smith, H. & Fujita, F. (1995). The Personality Structure of Affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 130-141.

Diener, E., Wirtz, D. & Tov, W. (2010). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res, 39*, 247-266.

Digman, J. M., & Takemoto-Chock, N. K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research, 16*, 149-170.

Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471-482.

Dittmann-Kohli, F. &. Baltes, P.B. (1990). "Toward a Neofunctionalist Conception of Adult Intellectual Development: Wisdom as a Prototypical Case of Intellectual Growth." Pp. 54-78 in *Higher Stages of Human Development. Perspectives On Adult Growth*, edited by C. N. Alexander and E. J. Langer. New York: Oxford University Press.

Doll, B. (2008). The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth. *School Psychology Review, 37*, 69-73.

Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale: concepts, mesures et déterminants/Mental health : concepts, measures and determinants. *Sante mentale au Quebec*. XLII. 125-145.

Doré, I., O'Loughlin, J., Sabiston, C & Fournier, L. (2017). Psychometric properties of the French-Canadian version of the Mental Health ContinuumShort Form (MHC-SF) in young adults. *Canadian Journal of Psychiatry, 2*(4), 286-294.

Duan, W., Ho, S. M. Y., Yu, B., Tang, X., Zhang, Y., Li, T. & Yuen, T. (2012). Factor structure of the Chinese virtues questionnaire. *Research on Social Work Practice, 22*(6), 680-688.

Dunbar, M., Ford, G., Hunt, K., & Der, G. (2000). Question wording effects in the assessment of global self-esteem. *European Journal of Psychological Assessment, 16*(1), 13-19.

Durkheim, E. (1951). *Suicide : A study in sociology*. New York: Free Press.

Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.

Easterbrook (2003). *The progress paradox: How life gets better while people feel worse*. New York: Random House.

Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion*. New York : Oxford University Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1977) The basic clinical therory of rational-emotive therapy. In Ellis, A. & Grieger, R. (Eds) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Springer

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. and updated). New York: Birch Lane Press.

Ellis, A., & Bernard, M. E. (1986). What is rational-emotive therapy? In A. Ellis & R. M. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (Vol. 2, pp. 3-30). New York: Springer

Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.

Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational Beliefs, Values, and Goals. *Annual Review of Psychology, 53*, 109-132.

Echeverría, G., Torres, M., Pedrals, N., Padilla, O., Rigotti, A., & Bitran, M. (2017). Validation of a Spanish version of the Mental Health Continuum-Short Form Questionnaire. *Psicothema, 29*(1), 96-102.

Efklides, A. (2001). Metacognitive experiences in problem solving: Metacognition, motivation, and self-regulation. In A. Efklides, J. Kuhl, & R. M. Sorrentino (Eds.), T*rends and prospects in motivation research* (pp. 297-323). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Eisner, L. & Johnson, S. & Carver, C. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 23*, 645-9.

Ekkekakis, P. (2012). Affect, mood and emotion. In G. Tenenbaum, R. Eklund, & A. Kamata, *Measurement in sport and exercise psychology*. Champaign: Human Kinectics.

Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In P. Ekman, & K. Scherer (Eds.), *Approaches to emotion* (pp.319-343). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

El Akremi, A. (2005). Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles. Dans Roussel.P & Wacheux.F. *Management des ressources humaines : méthodes de recherche en Sciences Sociales*, De Boeck, pp.325-348.

Ellsworth, P. C. (1991). Some implications of cognitive appraisal theories of emotion. In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies on emotion* (vol. 1, pp. 143-161). New York: Wiley.

Ellsworth, P. C., & Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), Series in affective science. *Handbook of affective sciences* (pp. 572-595). New York, NY, US: Oxford University Press.

Ellsworth, P. C., & Smith, C. A. (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition & Emotion, 2,* 301–331.

Engen, T., Levy, N. & Schlosberg, H. (1958). The dimensional analysis of a new series of facial expressions. *Journal of Experimental Psychology, 55* (5), 454.

Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues, 1*, 1-173.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

Erikson, E.H. (1964). *Insight and Responsibility. Lectures on the Ethical Implications of Psychoanalytic Insight*. New York: Norton.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Erikson, E.H., Erikson, J.M & Kivnick, H.Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: Norton.

Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Oxford, England: Kegan Paul.

Fagnani C., Medda E., Stazi M.A., Caprara G.V., Alessandri G. (2014). “Investigation of age and gender effects on positive orientation in Italian twins”. *International Journal of Psychology, 49*, 453-461.

Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychother Psychosom, 68*(4), 171-179.

Feather, N.T. (1975). *Values in education and society*. Free Press, New York

Feather, N. T. (1996). Values, deservingness, and attitudes toward high achievers: research on tall poppies. In C. Seligman, J. M. Olson, M. P. Zanna, (Eds.), *The Psychology of Values: The Ontario Symposium, Vol. 8* (pp. 215-251). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Feldman, L. A. (1995). Variations in the circumplex structure of mood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 806-817.

Feldman, G.C., Joormann, J., & Johnson, S.L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. Cognitive Therapy and Research, 32, 507-525.

Feldman-Barrett, L., Gross, J. J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 15*, 713–724.

Feldman, G., Joormann, J., & Johnson, S. (2008). Responses to positive affect: A selfreport measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 507–525.

Feldman Barrett, L., & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(4), 967-984.

Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., & Leen Feldner, E. W. (2004). A critical review of the empirical literature on coping and panic disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 123–148

Felson, R. B., & Zielinski, M. A. (1989). Children's self-esteem and parental support. *Journal of Marriage and the Family*, 727-735.

Fenouillet, F. (2016). *Les théories de la motivation* (2nd ed.). Paris: Dunod.

Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 44*(3), 329-344.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research, 18*, 39-50.

Fowler, D., Hodgekins, J., Garety, P., Freeman, D., Kuipers, E., Dunn, G., Smith., B, Bebbington, P. E. (2012). Negative cognition, depressed mood, and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling. *Schizophrenia bulletin, 38*(5), 1063-1073.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(1), 150-170.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 466-475.

Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology, 24*, 511-520.

Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 483-498.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions ? *Review of General Psychology, 2*, 1-20.

Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, anxiety*. Strachey, A.; Strachey, J., editors. New York: Norton; Trans. (Original work published, 1926)

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1993). Mood, emotion episodes, and emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland (Ed.), *Handbook of emotions* (pp. 381-403). New York: Guilford Press.

Frijda, N. H. (2007). *The laws of emotion*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Frijda, N. H. (2009). Mood. In D. Sander, & K. R. Scherer, *The Oxford companion to emotion and affective sciences* (pp. 258-259). New York: Oxford University Press.

Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology? *Review of General Psychology, 9*, 103-110.

Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of Personality, 77*, 1025-1050.

Garamoni, G. L., Reynolds, C. F., Thase, M. E., Frank, E., Berman, S. R. & Fasiczka, A. L. (1991). The balance of positive and negative affects in major depression-a further test of the states of mind model. *Psychiatry Research, 39*, 99-108.

Garcia-Prieto, P., Tran, V. & Wranik, T. (2005). Les théories de l'évaluation et de la différenciation des émotions: une clé pour comprendre le vécu émotionnel des individus au travail. Dans Herrbach, & O., Mignonac, K. Les Émotions au Travail, Recherches en Comportement Organisationnel. De Boeck, Paris, (pp.195-222).

Gardner, H., Csikszentmihalyi, M., & Damon, W. (2001). *Good work: When excellence and ethics meet*. New York: Basic Books.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 1659-1669.

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V.V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*, 603–611.

Garnefski, N, Kraaij V, Spinjoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Pers Individ Dif, 30, 1311*-27.

Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J.-P. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting: Testing the factorial structure of the panas across two samples of french-canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(4), 240-249.

Gentzler, A. L., Morey, J. N., Palmer, C. A., & Yi, C. Y. (2013). Young adolescents' responses to positive events: Associations with positive affect and adjustment. *Journal of Early Adolescence, 33*, 663-683.

Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Gignac, G.E. (2016). The higher-order model imposes a proportionality constraint : That is why the bifactor model tends to fit better. *Intelligence, 55*, 57–68.

Glück, J., & Bluck, S. (2014). The MORE life experience model: A theory of the development of wisdom (pp. 75-98). M. Ferrari & N. Weststrate (Eds.). *Personal Wisdom*. New York: Springer.

Gnambs, T., Scharl, A. & Schroeders, U. (2018). The Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Zeitschrift für Psychologie, 226*, 14-29.

Golay, P., Thonon, B., Nguyen, A., Fankhauser, C., & Favrod, J. (2018). Confirmatory factor analysis of the french version of the savoring beliefs inventory. *Frontiers in Psychology, 9*, Article ID 181.

Goodman, F., Disabato, D., Kashdan, T. & Kauffman, S. (2017). Measuring well-being: A comparison of subjective well-being and PERMA. *The Journal of Positive Psychology*, 1-12.

Grandjean D., Sander D., et Scherer K.R. (2008), « Conscious emotional experience emerges as a function of multilevel, appraisal-driven response synchronization », *Consciousness and cognition, 17*(2), 484-495

Grandjean, D. & Scherer, K. (2014). Chapitre 2. Théorie de l'évaluation cognitive et dynamique des processus émotionnels. Dans Sander D. éd., *Traité de psychologie des émotions* (pp. 51-87). Paris: Dunod.

Grant, A.M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The Self-Reflection and Insight Scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: An international journal, 30*, 821-836.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850–855.

Gray, E. K., & Watson, D. (2007). Assessing Positive and Negative Affect via Self-Report. In J. A. Coan, & J. J. B. Allen (Eds.), *Handbook of Emotional Elicitation and Assessment* (pp. 171-183). New York: Oxford University Press.

Green, D. P., Goldman, S. L., & Salovey, P. (1993). Measurement error masks bipolarity in affect ratings. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 1029-1041.

Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused psychotherapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenspoon, P.J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research, 54*, 81-108.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.

Gross, J.J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 214-219.

Gross, J. J. (Ed.). (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press.

Gross J.J. (Ed.). (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford. 2nd ed.

Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26.

Gross J.J., Jazaieri H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective. *Clin. Psychol. Sci, 2*(4), 387-401

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 95-103.

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151-164.

Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington: American Psychological Association.

Gross, J. J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

Growe, G. A. (1980). Parental behavior and self-esteem in children. *Psychological Reports, 47*, 499-502.

Grusec, J.E., Goodnow, J.J., & Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development, 71*, 205-211.

Guay, F., Mageau, G., & Vallerand, R.J.. (2003). On the hierarchical structure of self-determined motivation : A test of top-down and bottom-up effects. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 992-1004.

Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236.

Habermas, T. & Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin, 126*, 748-769.

Hamaker, E. L., Kuiper, R. M., & Grasman, R. P. P. P. (2015). A critique of the cross-lagged panel model. *Psychological Methods, 20*, 102-116.

Haour, F., Servan Schreiber, D., 2009. Les bases neuroscientifiques de l'E.M.D.R. In: Cottraux, J. (Ed.), *TCC et neurosciences*. Masson, Paris, pp. 187-198.

Harackiewicz, J. (1979). The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation. *Journal of personality and Social Psychology, 37*, 1352-1363.

Harlow H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist, 13*, 673-685.

Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development, 21*, 34-64.

Harter, S. (1985). *The Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.

Harzer C., Ruch W. (2015). The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction. *Front. Psychol, 6*, 165.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–1168.

Hechter, M. (1993) Value research in the social and behavioural sciences. In M. Hechter, M., Nadel, L., and Michod, R.E. (Eds), *The Origin of Values*, Aldine de Gruyter, New York.

Heikamp, T., Alessandri, G., Laguna, M., Petrovic, V., Caprara, M. G., Trommsdorff, G. (2014). Cross-cultural validation of positivity scale in five European countries. *Personality and Individual Differences, 71*, 140-145.

Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.

Hodgins, H. S., Koestner, R., & Duncan, N. (1996). On the compatibility of autonomy and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*(3), 227-237.

Hofstede, G. (1980) *Culture's Consequences: International Differences in Work Related Values*, Saga, Beverly Hills, CA.

Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980) Cognitive self- statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*(4), 383-295.

Howard, J. L., Gagné, M., Morin, A.J.S., & Forest, J. (2018). Using Bifactor Exploratory Structural Equation Modeling to Test for a Continuum Structure of Motivation. *Journal of Management, 44*(7), 2638-2664.

Huppert, F., & So, T.T.C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research, 110*, 837-861.

Huppert, F., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J. & Wahrendorf, M. (2008). Measuring Well-being Across Europe: Description of the ESS Well-being Module and Preliminary Findings. *Social Indicators Research, 91*, 10.1007

Hides, L., Quinn, C., Stoyanov, S., Cockshaw, W., & Mitchell, T. & Kavanagh, D. (2016). Is the mental wellbeing of young Australians best represented by a single, multidimensional or bifactor model ?. *Psychiatry Research, 241*, 10.1016

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 31-38.

Homey, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.

Hooker, K. S. & McAdams, D. P. 2003. Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 58*, 296-304.

Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.

Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg Self-Esteem Scale: A meta-analysis of pattern matrices. *European Journal of Psychological Assessment, 28*(2), 132-138.

Hughes C. & Agran M. (1993). Teaching persons with severe disabilities to use self-instruction in community settings: an analysis of applications. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 18*, 261-274.

Hughes, C., Korinek, L. & Gorman, J. (1991). Self management for students with mental retardation in public school settings: A research review. *Education and training in Mental Retardation, 26*, 271-291.

Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior: An introduction to behavior theory*. New York: Appeleton-Century-Crofts.

Hurley, D. B., & Kwon, P. (2013). Savoring helps most when you have little: Interaction between savoring the moment and uplifts on positive affect and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 14*(4), 1261-1271.

Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., & Egan, A. (2014). A bifactor approach to modelling the Rosenberg Self Esteem Scale. *Personality and Individual Differences, 66*, 188-192.

Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T. et Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor ratings of motivation : Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 1789-1805.

Isen, A. M. (1984). Toward understanding the role of affect in cognition. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 3, pp.179-236), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ittelson, W. H. (1973) Environment perception and contemporary perceptual theory.. In W. H. Ittelson (Ed.), *Environment and cognition*. New York: Seminar, pp. 1–19.

Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York : Plenum Press.

Izard, C. E., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience. Volume 1: Theories of emotion* (pp. 165–187). New York: Academic.

Jacobs, D. (1971). Moods-emotion-affect: The nature of and manipulation of affective states with particular reference to positive affective states and emotional illness. In A. Jacobs & L. B. Saehs (Eds.), *The psychology of private events* (pp. 118-142). New York: Academic Press.

Jacobson E. (1980). *Savoir relaxer pour combattre le stress*. Les éditions de l'homme, Montréal.

Jahanvash, K., Weisz, R., Rehman, S.U. (2011). International Positive and Negative Affect Schedule Short-Form (I-Panas-SF): Testing for Factorial Invariance Across Cultures *Procedia Social and Behavioral Sciences, 15*, 2016-2022

Jahoda, M. (1958). Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. *Current concepts of positive mental health*. New York, NY, US: Basic Books.

James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vols. 1 & 2). New York: Henry Holt and Co.

Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment, 21*(4), 506-514.

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment, 22*, 126-131.

Johnson-Laird, P. N., & Oatley, K. (1992). Basic emotions, rationality, and folk theory. *Cognition and Emotion, 6*, 201-223.

Jose, P. E., Lim, B. T., & Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *The Journal of Positive Psychology, 7*(3), 176-187.

Jovanović, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 75*, 154-159.

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. Oxford, England: Harcourt, Brace.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation

Kanacri, B.P., Eisenberg, N., Thartori, E., Pastorelli, C., Tirado, L.M., Gerbino, M., & Caprara, G.V. (2017). Longitudinal Relations Among Positivity, Perceived Positive School Climate, and Prosocial Behavior in Colombian Adolescents. *Child development, 88* (4), 1100-1114.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1991). *Synopsis of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kasser, T. & R. M. Ryan. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration'. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 410-422.

Kasser, T. & R. M. Ryan (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals'. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 280-287.

Kekes, J. (1983). Wisdom. *American Philosophical Quarterly, 20*(3), 277-286

Kelman HC. (1958). Compliance, identification, and internalization : Three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution, 2* (1), 51-60.

Kemper, T. D. (1978). *A social interactional theory of emotions*. New York: Wiley.

Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old: The PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging, 14*(2), 131-168.

Kern, M., Waters, L., Adler, A. & White, M. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The journal of positive psychology, 10*, 262-271.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121-140.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539-548.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist, 62*, 95-108.

Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.45-59). New York: Oxford University Press.

Keyes, C. & Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of personality and social psychology, 82*, 1007-1022.

King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 798-807.

King, L.A. & Hicks, J.A. (2007). Whatever happened to 'What might have been'? Regrets, happiness, and maturity. *American Psychologist, 62*, 625-636.

Kluckhohn, F. & Strodtbeck, F.L. (1961) *Variations in Values Orientation*, Peterson, Evanston, IL

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 433-439.

Kohn, M.L. & Schooler, C. (1983) *Work and Personality: An inquiry into the impact of social stratification*, Ablex, Norwood

Koltko-Rivera, M.E. (2006) Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology, 10*, 302-317.

Kostanski, M., & Hassed, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist, 43*, 15-21.

Kozma, A., Stone, S., & Stones, M. J. (2000). Stability in components and predictors of subjective well-being (SWB): Implications for SWB structure. In E. Diener and D. R. Rahtz (Eds.), *Advances in quality of life theory and research* (Vol. 1, pp. 13-30). London, England: Kluwer Academic.

Kramer, D.A. (1990). "Conceptualizing Wisdom: The Primacy of Affect-Cognition Relations." Pp. 279–313 in *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Krauth-Gruber, S., Niedenthal, P., Ric, F. (2009). *Comprendre les émotions: Perspectives cognitives et psycho-sociales*. Wavre, Belgique: Mardaga.

Kunzmann, U. (2004). Approaches to a good life: The emotional-motivational side to wisdom. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 504-517). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., & Bouchard, V., Chapleau, M.A., Paquin, K. & Hofmann, S. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*, 763-771.

Koestner, R., Bernieri, F., & Zuckerman, M. (1992). Self-regulation and consistency between attitudes, traits, and behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*(1), 52-59.

Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2008). *Emotion regulation and psychopathology: A trandianostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford.

Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Krueger R. F., Derringer J., Markon K. E., Watson D., Skodol A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF) Adult*. Massachusetts: American Psychiatric Association.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168–177.

Koch, T., Holtmann, J., Bohn, J. & Eid, M. (2017). Explaining General and Specific Factors in Longitudinal, Multimethod, and Bifactor Models: Some Caveats and Recommendations. *Psychological Methods, 23*, 10.1037

Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*, 4-41.

Koole, S. L., & Kuhl, J. (2007). Dealing with unwanted feelings: The role of affect regulation in volitional action control. In J. Shah & W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science*. New York: Guilford Press.

Kotsou, I., & Leys, C. (2017). "Echelle de bonheur subjectif (SHS): Propriétés psychométriques de la version française de l'échelle (SHS-F) et ses relations avec le bien-être psychologique, l'affect et la dépression". *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 49*(1), 1-6.

Kuhl, J. (2000). A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality systems interactions. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 111-169). San Diego, CA: Academic Press.

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 177-191.

Laguardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie, 21*(2), 281-304.

Lai, J.C. (1994). Differential predictive power of the positively versus the negatively worded items of the Life Orientation Test. *Psychological reports, 75*, 1507-15.

Lalande, D. & Vallerand, R.J. (2011). Une analyse des besoins actuels de la psychologie positive et quelques suggestions quant à son avenir. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 659-671). Bruxelles: De Boeck.

Lambert, L., Passmore, H.-A., & Holder, M. D. (2015). Foundational frameworks of positive psychology: Mapping well-being orientations. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 56*(3), 311-321.

Land, K. C. (1975). Social indicators models: An overview. In K. C. Land & S. Spilerman (Eds.), *Social indicator models* (pp. 5-36). New York: Russell Sage Foundation.

Lang, P. J., Greenwald, M. K., Bradley, M. M., & Hamm, A. Q (1993). Looking at pictures: Affective, facial, visceral, and behavioral reactions. *Psychophysiology, 30*, 261-273.

Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1112-1125.

Larsen, R. J., & Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M. S. Clark (Ed.), *Emotion and social behavior. Review of Personality and Social Psychology, 13*, 25-59.

Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 40–61). New York: Guilford Press.

Lauriola, M. & Iani, L. (2015). Does Positivity Mediate the Relation of Extraversion and Neuroticism with Subjective Happiness?. *PLoS ONE. 10(3)*, e0121991.

Lauriola, M. & Iani, L. (2016). Personality, Positivity and Happiness: A Mediation Analysis Using a Bifactor Model. *Journal of Happiness Studies, 18*, 1659-1682

Lavy S., Littman-Ovadia H. (2017). My better self: using strengths at work and work productivity, organizational citizenship behavior and satisfaction. *J. Career Dev, 44*, 95-109.

Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive activity interventions. In J. Gruber & J. T. Moskowitz (Eds.), *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides* (pp. 473-495). New York, NY, US: Oxford University Press.

Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 14*(2), 635-654.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy, 6*, 83-89.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44,* 1-21.

Lazarus , R. , & Folkman , S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* . New York : Springer.

Lecomte, J. (2011). Préface. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 7-10). Bruxelles: De Boeck.

Leue A, Beauducel A. 2011. The PANAS structure revisited: on the validity of a bifactor model in community and forensic samples. *Psychological Assessment, 23,* 215-225

Levine, L. J. (1996). The anatomy of disappointment: A naturalistic test of appraisal models of sadness, anger, and hope. *Cognition & Emotion, 10,* 337–359.

Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 878-884.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Lischetzke, T., & Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion, 3,* 361–377.

Longo, Y., Coyne, I., Joseph, S., & Gustavsson, P. (2016). Support for a general factor of well-being. *Personality and Individual Differences, 100,* 68-72.

Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.

Low, C. A., Stanton, A. L., & Bower, J. E. (2008). Effects of acceptance-oriented versus evaluative emotional processing on heart rate recovery and habituation. *Emotion, 8*(3), 419–424.

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 616-628.

Luhmann, M., Schimmack, U., & Eid, M. (2011). Stability and variability in the relationship between subjective well-being and income. *Journal of Research in Personality, 45,* 186 –197.

Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science, 7*(3), 186-189.

Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion, 11*, 391–402.

Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being?. *Current Directions in Psychological Science, 22*, 57-62.

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*(2), 137-155.

Lyubomirsky, S., Martin-Krumm, C., & Nelson, S. K. (2012). Psychologie Positive et Modèle de l'Adaptation Hédonique. *Pratiques Psychologiques, 18*, 133–146.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111-131.

Lyubomirsky, S., & Tucker, K.L. (1998). Implications of Individual Differences in Subjective Happiness for Perceiving, Interpreting, and Thinking About Life Events. *Motivation and Emotion, 22*, 155-186.

McKay, M., Wood, J.C. and Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. New Harbinger, Oakland.

Mackinnon, A., Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (1999). A short form of the Positive and Negative Affect Schedule: Evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences, 27(3)*, 405-416.

MacKinnon, N. (2015). Self-Esteem and Beyond. Basingstoke : Palgrave Macmillan.

MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum.

Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C., & Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: A longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 56-60.

Margraf, M., & Berking, M. (2005). Mit einem "Warum" im Herzen la¨sst sich fast jedes "Wie" ertragen: Konzeption und empirische Evaluation eines psychotherapeutischen Entschlusstrainings [With a "why" in your heart, every "how" becomes bearable: Development and evaluation of a decision-making training]. *Verhaltenstherapie, 12*, 254-262

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41*(9), 954-969.

Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67- 84). Washington, DC: American Psychological Association.

Marsh, H. W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifactors ? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 810-819.

Marsh, H., Hau, K.-T., & Grayson, D. (2005). Goodness of fit evaluation in structural equation modeling. In A. Maydeu-Olivares & J. McArdle (Eds.), *Contemporary psychometrics*. A Festschrift for Roderick P. McDonald. Mahwah NJ: Erlbaum.

Marsh, H., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis testing approaches to cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu & Bentler's (1999). *Structural Equation Modeling, 11*, 320-341.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K., & Vickers, R. R., Jr. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(6), 1067-1074.

Nussbaum M.C. (2006). Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species

Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, 291-312.

Martin-Krumm, C. (2012). L'optimisme : une analyse synthétique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 93(1), 103-133.

Martin-Krumm, C., Kern, L., Fontayne, P., Romo, L., Boudoukha, A. H., & Boniwell, I. (2015). French adaptation of the Orientation to Happiness scale and its relationship to quality of life in French students. *Social Indicators Research, 124*(1), 259-281.

Martin-Krumm, C. & Sarrazin, P. (2004). Théorie des styles explicatifs et performance sportive : fondements théoriques, données empiriques et perspectives. M*ovement & Sport Sciences, 52*(2), 9-43.

Martínez, I., García, J.F., & Yubero, S. (2007). Parenting styles and adolescents' self-esteem in Brazil. *Psychological Reports, 100*, 731-745

Martínez Martí M. L., Ruch W. (2014). Character strengths and well-being across the life span: data from a representative sample of German-speaking adults living in Switzerland. *Front. Psychol, 5*, 1253.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370-396.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Oxford, England: Harpers.

Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being (2d ed.)*. Princeton, N.J.,: Van Nostrand.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality (2nd ed.)*. New York: Harper & Row.

Matlin, M. W., & Gawron, V. J. (1979). Individual differences in Pollyannaism. *Journal of Personality Assessment, 43*(4), 411-412.

Mauro, R., Sato, K., & Tucker, J. (1992). The ro1e of appraisal in human emotions: A cross cultural study. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 301-317.

McAdams, D. P. (2006). *The person: A new introduction to personality psychology* (4th Ed.). New York: Wiley.

Mcclelland, M., Geldhof, J., Morrison, F., Gestsdottir, S., Cameron, C., Bowers, E., Duckworth, A., Little, T. & Grammer, J. (2017). *Self-Regulation*, 275-298.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: The Guilford Press.

McDougall, W. (1908). *An introduction to social psychology*. London: Methuen. Original work published.

McDougall W. (1932). Of the words character and personality. *J Pers, 1*, 3-16.

McGrath, R. E. (2014). Scale-and item-level factor analyses of the VIA inventory of strengths. *Assessment, 21*, 4-14

McIntosh, C. N., Fisher, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science, 32*, 153-157.

McKay, M., Wood, J.C. and Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. New Harbinger, Oakland.

Mckay, M. & Boduszek, D. & Harvey, S. (2014). The Rosenberg Self-Esteem Scale: A Bifactor Answer to a Two-Factor Question ?. *Journal of personality assessment, 96*, 1-7.

McMahon, D. M. (2006). *Happiness: A history*. New York, NY, US: Atlantic Monthly Press.

Mead G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago, University of Chicago Press.

Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology* (pp. 216–217). USA: The Massachusetts Institute of Technology.

Meng, W. J. (2008). *Positive mental health education*. Beijing: China Light Industry Press.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.

Michalos, A. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research, 16*(4), 347-413.

Michelson, L. K., Schwartz, R. M. & Marchione, K. E. (1991). States-of-mind model-cognitive balance in the treatment of agoraphobia. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 13*, 193–213.

Mikolajczak M. (2012). Approche empirique de la régulation des émotions. Dans Mikolajczak M. & Desseilles M. (Eds.), *Traité de la régulation émotionnelle*. Bruxelles: DeBoek.

Mikolajczak M. & Desseilles M. (2012). Introduction la régulation des émotions. Dans Mikolajczak M. & Desseilles M. (Eds.), *Traité de la régulation émotionnelle*. Bruxelles: DeBoek.

Monseur, G., sous la direction de Mikolajczak, M. & Kotsou, I. (2010). Les besoins humains fondamentaux : validation d'une échelle et études exploratoires. *Mémoire de Master non publié*. Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Morin, A.J.S., Arens, A., & Marsh, H. (2016). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling, 23*, 116-139.

Morin, A.J.S., Arens, K., Tran, A., & Caci, H. (2016). Exploring sources of construct-relevant multidimensionality in psychiatric measurement: A tutorial and illustration using the Composite Scale of Morningness. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 25*, 277-288.

Morin, A.J.S., Boudrias, J.-S., Marsh, H.W., McInerney, D.M., Dagenais-Desmarais, V., Madore, I., & Litalien, D. (2017). Complementary variable- and person-centered approaches to the dimensionality of psychometric constructs: Application to psychological wellbeing at work. *Journal of Business and Psychology, 32*, 395-419

Morris, W. N. (1989). *Mood: The frame of mind*. New York: Springer.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Murray, H.A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford Univer. Press.

Murray, C. (2003). *Human accomplishment: The pursuit of excellence in the arts and sciences, 800 B. C. to 1950.* New York: HarperCollins.

Nader-Grosbois, N. (2007). R*égulation, autorégulation, dysrégulation: Pistes pour l'intervention et la recherche.* Wavre, Belgique: Mardaga.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C.R Snyder., & S.J. Lopez, (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (p. 89-105). Oxford : University Press.

Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2011). Measuring Individual Differences in Emotion Regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychologica Belgica, 51,* 49-91.

Neugarten, B. L. (1968). The Awareness of Middle Age. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: The University of Chicago Press.

Neugarten, B. L. (1973). Personality Change in Late Life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nesse, R. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature, 1*, 261-289.

Ng, V., Cao, M., Marsh, H. W., Tay, L., and Seligman, M. E. P. (2017). The factor structure of the values in action inventory of strengths (VIA-IS): an item-level exploratory structural equation modeling (ESEM) bifactor analysis. *Psychol. Assess, 29*, 1053-1058.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion, 7*(6), 561-570.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 92–104.

Norman, W. X (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 574-583

Norton, D. L. (1976). *Personal destinies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2004). Thinking makes it so: A social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 229-255). New York, NY, US: The Guilford Press.

Ochsner, K. & Gross, J. (2005). The Cognitive Control of Emotion. *Trends in cognitive sciences, 9*, 242-9.

Oh, H. J. (2004). The relationship between perceived parenting styles and self-esteem of adolescents form korean evangelical christian families. *Doctoral dissertation*. Biola University.

Oleś, P., & Jankowski, T. (2018). Positive Orientation-a Common Base for Hedonistic and Eudemonistic Happiness ?. *Applied research in quality of life, 13*(1), 105–117.

Orwoll, L. & Achenbaum, W.A. (1993). "Gender and the Development of Wisdom." *Human Development, 36*, 274-96.

Orwoll, L. & Perlmutter, M. (1990). "The Study of Wise Persons: Integrating a Personality Perspective." Pp. 160–77 in *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Otake, K., Shimai, S., Ikemi, A., Utsuki, N., Peterson, C., and Seligman, M. E. P. (2005). Development of the Japanese version of the values in action inventory of strengths (VIA-IS). *Shinrigaku Kenkyu, 76*, 461-467.

Owens, J. T. (1993). Accentuate the positive-and the negative: Rethinking the use of selfesteem, self-deprecation and self-confidence. *Social Psychology Quarterly, 56*, 288-299.

Panksepp, J. (1998). *Series in affective science. Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Panksepp, J. (2012). In defense of multiple core affects. In P. Zachar, & R. D. Ellis, *Categorical vs dimensional models of a seminar on the theories of Panksepp and Russel*. Amsterdan: John Benjamins Publishing Company.

Parducci, A. (1995). *Happiness, pleasure, and judgment: The contextual theory and its ap plications*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Paris, S. G., Lipson, M. Y., & Wixson, K. K. (1983). Becoming a strategic reader. *Contemporary Educational Psychology, 8*(3), 293-316.

Park, N., & Peterson, C. (2003). Virtues and organizations. In K. S. Cameron, J. E. Dutton, & R. E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 33–47). San Francisco: Berrett Koehler

Pascual-Leone, J. (1990). "An Essay on Wisdom: Toward Organismic Processes That Make It Possible." Pp. 244–78 in *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année Psychologique, 92*, 545-557.

Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou « coping ». In : *Introduction à la psychologie de la santé*. Bruchon- Schweitzer M, Dantzer R (Dir.). Presses Universitaires de France, Paris, 99-124.

Pawelski, J.O. (2011). Questions conceptuelles en psychologie positive. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 643-657). Bruxelles: De Boeck.

Pearson K., (1896). Mathematical contributions to the theory of evolution. III. Regression, heredity, and panmixia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London (A), 187,* 253-318.

Perkins, D., Simmons, R., & Tishman, S. (1990). Teaching cognitive and metacognitive strategies. *Journal of Structured Learning, 10*(4), 285-303.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*(1), 44-55.

Peterson, C. E. (2006). The values in action (VIA) classification of strengths. In M. E. Csikszenthihalyi & I. S. E. Csikszenthihalyi (Eds.), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (pp. 29–48). Oxford University Press.

Peterson, C., Buchanan, G.M. & Seligman, M.E. P. (1995). Explanatory Style : History and evolution of the field. In G.M. Buchanan & M.E. P. Seligman (Eds), *Explanatory Style* (pp. 1-20). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Peterson, C., Maier, S.F. & Seligman, M.E. P. (1993). *Learned Helplessness, a theory for the age of personal control*. New York : Oxford University Press.

Peterson, C., & Park, C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. In D. F. Barone, M. Hersen, & V. B. Van Hasselt (Eds.), *The Plenum series in social/clinical psychology. Advanced personality* (pp. 287-310). New York, NY, US: Plenum Press.

Peterson, C., Park, N. (2011). Forces de caractère et vertus : leur classification et leur évaluation. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 233-248). Bruxelles: De Boeck.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies, 6*, 25–41.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC, US: American Psychological Association; New York, NY, US: Oxford University Press.

Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A. & John, O. P. (2010). « Histoire des 'Big five': OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big five Inventory français ou BFI-Fr ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 168*(7), 481-486.

Plutchik, R. (1980). Emotion : Apsychoevolutionary synthesis. In K. R. Blankstein, P. Pliner, & J. Polivy (Eds.), *Assessment and modification of emotional behavior* (pp. 3-33). New York : Harper & Row.

Pool, E., Brosch, T., Delplanque, S., and Sander, D. (2016). Attentional bias for positive emotional stimuli: a meta-analytic investigation. *Psychol. Bull, 142*, 79-106.

Posner, M.I. and Rothbart, M.K. (2000) Developing Mechanisms of Self-Regulation. *Development and Psychopathology, 12*, 427-441.

Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2015). Strengths-based positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled online trial on long-term effects for a signature strengths- vs. a lesser strengths-intervention. *Frontiers in Psychology, 6*, Article ID 456.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone*. New York: Simon & Schuster.

Quilty, L. C., Oakman, J. M., & Risko, E. (2006). Correlates of the Rosenberg Self-Esteem Scale method effects. *Structural Equation Modeling, 13*(1), 99-117.

Quoidbach, J. (2012). Approche positive de la régulation des émotions. Dans Mikolajczak M. & Desseilles M. (Eds.), *Traité de la régulation émotionnelle*. Bruxelles: DeBoek.

Quoidbach, J., Berry, E., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 49*, 368-373.

Rathunde, K. (1995). "Wisdom and Abiding Interest: Interviews with Three Noted Historians in Later Life". *Journal of Adult Development, 2*, 159–72.

Reise, S. P. (2012). The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behavioral Research, 47*, 667-696.

Reise, S. P., Kim, D. S., Mansolf, M., & Widaman, K. F. (2016). Is the Bifactor Model a Better Model or Is It Just Better at Modeling Implausible Responses? Application of Iteratively Reweighted Least Squares to the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Multivariate behavioral research, 51*(6), 818-838.

Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily wellbeing: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(4), 419-435.

Reisenzein, R. (1994). Pleasure-arousal theory and the intensity of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(3), 525-539.

Regourd-Laizeau M. (2013). Psychologie positive et EMDR : Questions et perspectives. *Thèse de doctorat.* Université de Lorraine.

Regourd-Laizeau, M., Martin-Krumm, C. & Tarquinio, C. (2012). Interventions dans le domaine du sport : le protocole d'optimisme. *Pratiques Psychologiques, 18*, 189-204.

Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Robinson-Whelen, S. & Kim, C. & MacCallum, R. & Kiecolt-Glaser, J. (1998). Distinguishing Optimism From Pessimism in Older Adults: Is It More Important to Be Optimistic or Not to Be Pessimistic ?. *Journal of personality and social psychology, 73*, 1345-53.

Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods, 21*, 137-150.

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person; a therapist's view of psychotherapy*. Boston,: Houghton Mifflin.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, NY, US: Free Press.

Rolland, J.-P. (2004). *L'évaluation de la personnalité: Le modèle en cinq facteurs*. Liège: Mardaga.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Components of Rosenberg's self-esteem scale*. Conceiving the self. New York: Basic Books.

Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. *Review of Personality and Social Psychology, 3*(5), 11-36.

Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion, 5*(3), 161-200.

Roseman, I.J., Dhawan, N., Rettek, S.1., Naidu, R.K., & Thapa, K. (1995). Cultural differences and cross-cultural similarities in appraisals and emotional responses. *Journal ofCross-Cultural Psychology, 26*, 23-48.

Roseman, I. J., Spindel, M. S., & Jose, P. E. (1990). Appraisals of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(5), 899-915.

Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The Emotional and Academic Consequences of Parental Conditional Regard: Comparing Conditional Positive Regard, Conditional Negative Regard, and Autonomy Support as Parenting Practices. *Developmental Psychology, 45*, 1119-1142.

Roth, G., Benita, M., Amrani, C., Shachar, B., Asoulin, H., Moed, A., Kanat-Maymon, Y., & Bibi, U. (2014). Integration of negative emotional experience versus suppression: Addressing the question of adaptive functioning. *Emotion, 14*, 908-919.

Rothermund, K., Voss, A., & Wentura, D. (2008). Counter-regulation in affective attentional bias: A basic mechanism that warrants flexibility in motivation and emotion. *Emotion, 8*, 34-46.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied, 80*(1), 1.

Ruch, W., & Proyer, R. T. (2015). Mapping strengths into virtues: the relation of the 24 VIA-strengths to six ubiquitous virtues. *Front. Psychol, 6*, 460.

Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., and Seligman, M. E. P. (2010). Values in action inventory of strengths (VIA-IS): adaptation and validation of the German version and the development of a peer-rating form. *J. Individ. Dif, 31*, 138–149

Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(6), 1161-1178.

Russell, J. A. (1989). Measure of emotion. In R. Plutchik, & H. Kellerman (Eds.), *Emotion : Theory, research and experience* (Vol. 4, pp. 83-111). New York : Academic Press.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145-172.

Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin, 125*(1), 3–30.

Russell, J.A, & Feldman Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 805-819.

Russell, J. A., & James, A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review, 110*(1), 145-172.

Russell, J. A., & Lanius, U. F. (1984). Adaptation level and the affective appraisal of environments. *Journal of Environmental Psychology, 4*(2), 119-135.

Russell, J. & Mehrabian, A. (1977). Evidence for a Three-Factor Theory of Emotions. *Journal of Research in Personality, 11*, 273-294.

Russell, J. A., & Pratt, G. (1980). A description of the affective quality attributed to environments. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*(2), 311-322

Russell, J. A., Ward, L. M., & Pratt, G. (1981). Affective quality attributed to environments. A factor analytic study. *Environment and Behavior, 13*(3), 259-288.Russell, J. A., Weiss, A., & Mendelsohn, G. A. (1989). Affect grid: a single-item scale of pleasure and arousal. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(3), 493-502.

Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality, 63*, 397-427.

Ryan, R. M., Chirkov, V. I., Little, T. D., Sheldon, K. M., Timoshina, E., & Deci, E. L. (1999). The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*, 1509-1524.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). *An overview of self-determination theory: an organismic dialectic perspective*. Handbook of self-determination research. Rochester: The University of Rochester Press.

Ryan, R. & Deci, E. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will ?. *Journal of personality, 74*, 1557-1585.

Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology*, Vol. 1. Theory and methods (pp. 618-655). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W. S., & La Guardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 795-849). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Ryan, R. M. et Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health : Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality, 65*, 529-565.

Ryan, R. M., & La Guardia, J. G. (2000). What is being optimized over development ?: A self-determination theory perspective on basic psychological needs across the life span. In S. Qualls

& N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution* (pp. 145-172). Washington, DC: APA Books.

Ryan, R. M., Rigby, S. et King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 586-596.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65,* 14–23.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies, 9,* 13-39.

Salerno, L. & Ingoglia, S. & Lo Coco, G. (2017). Competing factor structures of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and its measurement invariance across clinical and non-clinical samples. *Personality and Individual Differences, 113,* 13-19.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Sander, D., Grandjean, D., Scherer, K. R. (2005). A systems approach to appraisal mechanisms in emotion. *Neural Networks, 18*(4), 317-352

Sander, D., Scherer, K. R. (Eds.), *The Oxford companion to emotion and the affective sciences*. New York: Oxford University Press.

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1990). Test anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social-evaluative anxiety* (pp. 475-495). New York: Plenum Press.

Sarrazin, P., Pelletier, L. G., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie: Les apports de la théorie de l'autodétermination. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 273-310). Bruxelles: De Boeck.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 210-247.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science, 2,* 26-30.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 1063-1078.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1257-1264.

Scherer, K. R. (1984). Emotion as a multicomponent process : a model and sorne cross-cultural data. In P. Shaver (Ed.), *Review ofpersonality and social psychology: vol. 5. Emotions, relationships, and health* (pp.37-63) Beverly Hills, CA: Sage.

Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In K. R. Scherer & P.E. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 293-317). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Scherer, K .R. (1987). Toward a dynamic theory 0 f emotion: The component process model of affective states. *Geneva Studies in Emotion and Communication*, 1-98.

Scherer, K. R. (1993). Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition & Emotion, 7,* 325-355.

Scherer K. R. (1994). Toward a concept of “modal emotions”. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 25-31). New York: Oxford University Press.

Scherer, K.R. (1997). Profils of emotion-antecedent appraisal: Testing theorical predictions across cultures. *Cognition and Emotion,* 113-150.

Scherer, K. R. (1999). On the Sequential Nature of Appraisal Processes: Indirect Evidence from a Recognition Task. *Cognition and Emotion,* 763-793

Scherer, K. R. (2000). Psychological models of emotion. In J. C. Borod (Ed.), *Series in affective science. The neuropsychology of emotion* (pp. 137-162). New York, NY, US: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. Scherer, A. Schorr & 1. Jolmston (Eds.), *Appraisal processes in emotions: Theory, methods, research. Series in affective science.* (pp.92-120). New York, NY, US: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2004). Which emotions can be induced by music? *Journal of New Music Research, 33*(3), 239-251

Scherer, K. R., & Wallbott, H. G. (1994). "Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning": Correction. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 55.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures, *Methods of Psychological Research Online, 8*, 23-74.

Schwartz, B. (1993). On the creation and destruction of value. In Hechter M., Nadel, L., & Michod, R. E. (Eds.), *The Origin of Values* (pp. 153-186). NY: Aldine de Gruyter.

Schwartz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics, 6*, 461-464.

Schwartz, R. M. (1986). The internal dialogue : On the asymmetry between positive and negative coping thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 591-605.

Schwartz, R. M., & Garamoni, G. L. (1986). A structural model of positive and negative states of mind: Asymmetry in the internal dialogue. *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy, 5*, 1-62.

Schwartz, R. M., & Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review, 9*(3), 271-294.

Schwartz, S.H. (1994) Are there universal aspects in the content and structure of values, *Journal of Social Issues, 50*, 19-45

Schwartz, S.H. and Bilsky, W. (1987) Towards a universal psychological structure of human values, *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(3), 550-562

Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries, *Advances in Experimental Social Psychology, 15*, 1-65

Schwartz, S.H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie, 47*(4), 929-968.

Schwartz, S.H., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 550-562.

Schultz J.H. (1958). *Le training autogène*. Paris, PUF.

Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (Eds.). (1994). *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Schumacker, E. R., & Lomax, G. R. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sclove S.L. (1987), Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis., *Psychometrika, 52*, 333-343.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Seidlitz, L., Wyer, R. S., & Diener, E. (1997). Cognitive correlates of subjective well-being: The processing of valanced life events by happy and unhappy persons. *Journal of Research in Personality, 31*,240-256.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. WH Freeman San Francisco.

Seligman, M.E. P. (1994). *Apprendre l'Optimisme*. Paris : InterEditions.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.

Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review, 57*, 3-18.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

Seligman, M. & Steen, T. & Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *The American psychologist, 60*, 410-21.

Selye, H. (1936). *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature, 138, 32.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*(2), 199-223.

Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. In I. Boniwell & S. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901–914). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Sheldon, K. M. et Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal wellbeing : The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 546-557.

Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology, 37*(4), 491-501.

Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies, 7*, 55-86.

Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2012). The challenge of staying happier: Testing the Hedonic Adaptation Prevention model. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*, 670-680.

Sheldon, K. M., & Ryan, R. M. (2011). Positive psychology and self-determination theory: A natural interface. In V. I. Chirkov, R. M. Ryan, & K. M. Sheldon (Eds.), *Cross-cultural advancements in positive psychology: Vol. 1. Human autonomy in cross-cultural context: Perspectives on the psychology of agency, freedom, and well-being* (pp. 33-44). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

Sheldon, K. M., Ryan, R. M., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1270-1279.

Shevlin, M. E., Bunting, B. P., & Lewis, C. A. (1995). Confirmatory factor analysis of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports, 76*(3), 707-710.

Shin, D. & M. Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research, 5*, 475-492.

Shryack, J., Steger, M. F., Krueger, R. F., and Kallie, C. S. (2010). The structure of virtue: an empirical investigation of the dimensionality of the virtues in action inventory of strengths. *Pers. Individ. Dif, 48*, 714-719.

Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.

Siemer, M., Mauss, I., & Gross, J.J. (2007). Same situation- different emotions: How appraisals shape our emotions. *Emotion, 7*, 592-600.

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development, 74*, 1869-1880.

Singh, K., and Choubisa, R. (2010). Empirical validation of values in action inventory of strengths (VIA-IS) in Indian context. *Psychol. Stud, 55*, 151–158.

Smith, G. M. (1967). Usefulness of peer ratings of personality in educational research. *Educational and Psychological Measurement, 27,* 967-984.

Smith, C. A. (1991). The self, appraisal, and coping. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 116–137). New York: Pergamon Press.

Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition & Emotion, 7,* 233-269.

Smith, D. & Nelson, J. (1997) Goal setting, Self-monitoring, and self-evaluation for students with disabilities (pp. 80-110). In N.M. Agran (Ed.), *Student-determination skills*, Pacific Grove, CA: Brooks/Colen.

Smith, C.A. & Ellsworth, P.c. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,* 813-838.

Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1987). Patterns of appraisal and emotion related to taking an exam. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 475–488.

Smith, C.A. & Lazarus, R.S. (1990). Emotion and adaptation. In L.Pervin (Ed.), *Handbook ofpersonality: Theory and research* (pp.609-637). New York: The Guilford Press.

Smith, J. L., Harrison, P. R., Kurtz, J. L., & Bryant, F. B. (2014). Nurturing the capacity to savor: Interventions to enhance the enjoyment of positive experiences. In A. C. Parks & S. Schueller (Eds.), *Handbook of positive psychological interventions* (pp. 42-65). Oxford: Wiley-Blackwell.

Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review, 22,* 189-222.

Souza, R.V.L., Araújo, R.C.R, Gouveia, R.S.V., Coelho, G.L.H & Gouveia, V.V. (2014). The Positivity Dimension of Well-Being: Adaptation and Psychometric Evidence of a Measure. *Paidéia (Ribeirão Preto), 24*(59), 305-312.

Staudinger, U.M., Dömer, J. & Mickler, C. (2011). Sagesse et personnalité. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive* (pp. 249-271). Bruxelles: De Boeck.

Steed, L. (2002). A Psychometric Comparison of Four Measures of Hope and Optimism. *Educational and Psychological Measurement, 62,* 466-466.

Steiger, J. H. (1989). *EzPATH: A supplementary module for SYSTAT and SYGRAPH*. Evanston, IL: SYSTAT.

Steiger, J. H., & Lind, J. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. *Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society*, Iowa City, IA.

Stein, N. L., & Jewett, J. L. (1982). A conceptual analysis of the meaning of negative emotions: Implications for a theory of development. In C. E. Izard (Ed.), *Measuring emotions in infants and children* (pp.401-443). New York: Cambridge University Press.

Steptoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Wiley series on studies in occupational stress. Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 205-233). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Sternberg, R. J. (1990a). "Wisdom and Its Relations to Intelligence and Creativity." Pp. 142–59 in *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, edited by R. J. Sternberg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. (1990). *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. (1998). "A Balance Theory of Wisdom." *Review of General Psychology, 2*, 347-65.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of General Psychology, 9*(1), 48-66.

Sturmer, P. J., Bruch, M. A., Haase, R. F. & Amico, K. R. (2002). Convergent validity in cognitive assessment of social anxiety: endorsement versus production methods in deriving states of mind ratio. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 487-503.

Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review, 37*, 52-68.

Sullivan, M.J.L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological Assessment, 7, 524–532.

Sultan, S. & Bureau, B. (1999). Which optimism in health psychology?. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 49*, 43-51.

Supple, A. & Su, J. & Plunkett, S. & Peterson, G. & Bush, K. (2013). Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*, 748-764.

Taranto, M. A. (1989). "Facets of Wisdom: A Theoretical Synthesis." *International Journal of Aging and Human Development, 29*, 1-21.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.

Taylor, S. E., & Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. Journal of *Personality and Social Psychology, 69*(2), 213-226.

Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1994). Modeling dimensions of mood. In L. A. Feldman (Chair), Mood: Consensus and controversy. *Symposium conducted at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association*, Los Angeles.

Thayer, R. E. (1967). Measurement of activation through self-report. Psychological Reports, 20, 663–678 in Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology*, the Massachusetts Institute of Technology, United States of America, 216-217.

Thayer, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Thompson, E. R. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*(2), 227-242.

Thompson, R.A (1990). Emotion and self-regulation. *Nebraska Symposium on Motivation, 36*, 367-467.

Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review, 3*(4), 269-307.

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of a Definition. In N. A. Fox (Ed.), *Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vol. 59, pp. 25-52). Chicago.

Tian, L., Zhang, D., Huebner E.S. (2018). Psychometric properties of the positivity scale among chinese adults and early adolescents. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-13.

Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*(3), 379-384.

Tomás, J. M., & Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 84-98.

Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, and consciousness : Vol. 1 : The positive effects*. New York : Springer-Verlag.

Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness* : *Vol. 2 : The negative effects*. New York : Springer-Verlag.

Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised [Validation of the Canadian-French

version of Life Orientation Test-Revised]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 40*(4), 238-243.

Tucker, L. R, & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika, 38*, 1-10.

Tupes, E. C, & Christal, R. E. (1961). *Recurrent personality factors based on trait ratings* (USAF ASD Tech. Rep. No. 61-97). Lackland Air Force Base, TX: U.S. Air Force.

Tversky, A., & Griffin, D. (1991). Endowment and contrast in judgments of well-being. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *International series in experimental social psychology, Vol. 21. Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 101-118). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.

Ulrich, R.S. (1983) Aesthetic and Affective Response to Natural Environments. In: Altman, I. and Wohlwill, J.F., Eds., *Human Behavior and the Natural Environment*, Plenum, New York, 85-125.

Upton A. (1961). *Design for thinking*, Palo Alto, ca, Pacific.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.

Vaillant, G.E. (1993). *The Wisdom of the Ego. Cambridge*, MA: Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (2000). *Aging well*. Boston: Little, Brown.

Vallerand, R.J., (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Revue Canadienne de Psychologie, 30*, 662–680.

Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME)./Construction and validation of the Motivation toward Education Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 21*(3), 323–349.

Vallerand, R.J., & Thill, E.E. (1993). Introduction au concept de motivation. In R.J. Vallerand & E.E. Thill (Eds.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 3-39), Laval : Editions études vivantes - Vigot.

Vallerand, R.J., Carbonneau, N., Lafrenière, M.A (2019). La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et exrinsèque : perspectives intégratives. Dans Carré, P. & Fenouillet, F. *Traité de psychologie de la motivation: Théories et pratiques* (pp. 47-66). Paris : Dunod.

Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg [French-Canadian translation and validation of Rosenberg's Self-Esteem Scale]. *International Journal of Psychology, 25*(3), 305-316.

Veit, C. T., and Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*, 730-742.

Verplanken, B. and Holland, R.B. (2002) Motivated decision making: Effects of activation and self-centrality of values on choices and behaviour, *Journal of Personality and Social Psychology, 82* (3), 434-447

Von Franz, M.-L. (1964). The process of individuation. In C. G. Jung & M.-L. Von Franz (Eds.), *Mans and His Symbols*. New York: Doubleday.

Wagner L., Ruch W. (2015). Good character at school: positive classroom behavior mediates the link between character strengths and school achievement. *Front. Psychol, 6*, 610.

Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*, 772-782.

Wang, X. , Zhang, D. & Wang, J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology, 2*, 767-772.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 678-691.

Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 346-353.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 127-144.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect : The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*, 219-235.

Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect : Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 820-838.

Wehmeyer, M.L., Kelchner, K., & Richards, S. (1996). Essential characteristics of self-determined beahvior of individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 100*(6), 632-642.

Weick K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, ca, Sage.

Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist, 58*, 425-432.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist, 60*, 628-648.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered : The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297-333.

WHO. (2004). Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice - Summary Report. Genève, Suisse : WHO.

Wierzbicka, A. (1972). *Semantic primitives*. Frankfurt, West Germany: Athenaum.

Wilber, K. (2000). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala.

Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence, 27*, 443-455.

Williams, R.M. (1979) Change and stability in values and value system: A sociological perspective. In Rokeach, M. (Eds). *Understanding Human Values*, Free Press, New York, pp.15-46

Williams, F. M., Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos-Diaz, N., & Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 233-240.

Willner, P. (1984). Cognitive functioning in depression: A review of theory and research. *Psychological Medicine, 14*, 807-823.

Wong, P. T. P. (2010). What is existential positive psychology? International Journal of *Existential Psychology and Psychotherapy, 3*, 1–10.

Wrosch, C., Scheier, M. F., Carver, C. S., & Schulz, R. (2003). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity, 2*(1), 1-20.

Wood, J. V., Heimpel, S. A., & Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 566-580.

Yearly, Lee H. (1990). Mencius and Aquinas: Theories of Virtue and Conceptions of Courage. *Philosophy East and West, 44* (1), 169-175.

Young, J. E. (1990). *Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Reved.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : de Boeck (2005).

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*, 151-175.

Zajonc, R. B., & Markus, H. (1984). Affect and cognition: the hard interface, in Izard, C. E., Kagan, J., & Zajonc, R. B. *Emotions, Cognition, and Behavior*, Cambridge University Press, 17, 73-102.

Zakeria, H., & Karimpour M. (2011). Parenting styles and self-esteem. *Social and Behavioral Sciences, 29*, 758-761.

Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.

Zuffianò, A., López-Pérez, B., Cirimele, F., Kvapilová, J., & Caprara, G. V. (2019). The Positivity Scale: Concurrent and Factorial Validity Across Late Childhood and Early Adolescence. *Frontiers in psychology, 10*(831), doi:10.3389

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

(Études réalisés par internet)

Exemple de la recherche 3, étude 1

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse en psychologie, nous vous invitons à participer à une étude sur le bien-être et la gestion des émotions.

Les résultats seront traités de manière globale sur un grand ensemble de personnes. Ainsi, les réponses de chacun des participants serviront l'étude de manière totalement anonyme. Le temps de passation est d'environ 15 minutes et le délai de réponse au questionnaire est limité à 45 minutes.

Ce questionnaire n'est pas une évaluation : il n'y a donc pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous vous demandons simplement de répondre aux questions de manière spontanée et honnête.

Nous vous sommes infiniment reconnaissants pour votre participation !

○ **J'accepte librement de participer à cette étude, tout en sachant qu'il m'est possible en tout temps de mettre un terme à ma participation.**

Annexe 2 : Analyses complémentaires des recherches

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Étude 1

Le modèle CFA A, estimant le facteur *Cognition*, démontre une qualité d'ajustement des données inadéquates : χ^2 (104, N=1114) = 1852.474, p <.001 ; TLI = 0.71; CFI = 0.749; SRMR = 0.0822; RMSEA = 0.123 (IC : 0.118-0.128). Il en est de même pour le modèle B, mesurant un modèle bi-dimensionnel constitué des facteurs *Cognition positive* et *Cognition négative* : χ^2 (103, N=1114) = 1675.278, p <.001 ; TLI = 0.737; CFI = 0.774; SRMR = 0.0806; RMSEA = 0.117 (IC : 0.112-0.122). La comparaison des deux modèles A et B, même s'ils ne sont pas satisfaisants, suggèrent une meilleure description de la structure cognitive de la santé mentale, à travers une bi-dimensionnalité prenant en compte le facteur *Cognition positive* et le facteur *Cognition négative*.

Le modèle C qui comprend les facteurs *Optimisme* et *Estime de soi* présente un ajustement des données insatisfaisant : χ^2 (103, N=1114) = 1329.045, p <.001 ; TLI = 0.795; CFI = 0.824; SRMR = 0.0652; RMSEA = 0.103 (IC : 0.098-0.108). Si le modèle D, constitué des facteurs *Optimisme*, *Pessimisme*, *Estime de soi positive* et *Estime de soi négative*, démontre un ajustement inadéquat des données, il n'en demeure pas moins qu'il démontre la meilleure qualité parmi les modèles testés : χ^2 (98, N=1114) = 1008.414, p <.001 ; TLI = 0.84; CFI = 0.869; SRMR = 0.0598 ; RMSEA = 0.091 (IC : 0.086- 0.097). Cela concorde avec les résultats obtenus dans les analyses factorielles des échelles d'optimisme et d'estime de soi, qui ont mis en lumière une distinction pertinente entre les cognitions positives et les cognitions négatives à propos de soi et du futur.

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Étude 3

Le modèle du bien-être subjectif avec pour facteur la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* indique une bonne qualité d'ajustement des données : χ^2 (87, N=822) = 285,299, p <.001 ; TLI = 0.918 ; CFI = 0.932 ; SRMR = 0.047 ; RMSEA = 0.053 (IC : 0.046-0.060), tandis que le modèle bi-factoriel du bien-être subjectif propose un ajustement des données

acceptable mais moins satisfaisant : χ^2 (76, N=822) = 296,442, p <.001 ; TLI = 0.896 ; CFI = 0.925 ; SRMR = 0.091 ; RMSEA = 0.059 (IC : 0.052-0.067).

Le modèle du bien-être subjectif dispositionnel avec pour facteur la Positivité, ses facteurs spécifiques Estime de soi et Optimisme, l'Affect positif et l'Affect négatif démontre une qualité d'ajustement des données insuffisante : χ^2 (126, N=822) = 285,299, p <.001 ; TLI = 0.918 ; CFI = 0.932 ; SRMR = 0.047 ; RMSEA = 0.053 (IC : 0.046-0.060).

Dans le modèle du bien-être subjectif, la satisfaction de vie entretient une relation positive et modérée avec l'affect positif (.37), négative et modérée avec l'affect négatif (-40). Dans le modèle du bien-être subjectif dispositionnel, la positivité a relation positive et forte avec l'affect positif (.57), négative et forte avec l'affect négatif (-58). Le lien entre l'affect positif et l'affect négatif est négatif et modéré (-.27).

L'examen de la comparaison des paramètres entre les modèles confirme que le modèle bien-être subjectif propose un meilleur ajustement que la version bi-factorielle.

Tableau H. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriel λ ; résidus) des modèles du bien-être subjectif (Diener, 1984) (N = 822)

	CFA				Bi-facteur CFA				
	SDV λ	AP λ	AN λ	VRS	BES λ	SDV λ	AP λ	AN λ	VRS
S1	0,71			0,06	0,12	0,67			0,06
S2	0,64			0,06	0,02	0,66			0,06
S3	0,86			0,04	0,14	0,85			0,05
S4	0,74			0,06	0,15	0,71			0,06
S5	0,64			0,11	0,19	0,60			0,11
AP1		0,26		0,05	-0,01		0,30		0,05
AP2		0,51		0,03	0,19		0,49		0,03
AP3		0,73		0,03	0,29		0,67		0,03
AP4		0,46		0,03	0,14		0,46		0,03
AP5		0,65		0,03	0,28		0,56		0,03
AN1			0,50	0,04	0,17			0,82	*0,14*
AN2			0,43	0,03	-0,08			0,45	0,03
AN3			0,64	0,05	-0,35			0,48	0,05
AN4			0,60	0,04	-0,64			0,32	0,06
AN5			0,54	0,03	-0,43			0,35	0,03

Note: CFA = analyse factorielles confirmatoire; SDV = satisfaction de vie; AP = affect positif; AN = affect négatif; BES = bien-être subjectif; VRS = variance résiduelle standardisée

La subjectivité positive

Les résultats démontrent une qualité d'ajustement des données insuffisante pour le modèle CFA subjectivité positive : χ^2 (129, N=822) = 704,532, p <.001 ; TLI = 0.86 ; CFI = 0.882 ; SRMR = 0.0577 ; RMSEA = 0.074 (IC : 0.068-0.079).

Les résultats indiquent un meilleur ajustement des données pour le modèle bi-factoriel CFA A, subjectivité positive avec pour facteur G, la *Subjectivité positive* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Optimisme*, la *Satisfaction de vie* et l'*Affect positif* : χ^2 (117, N=822) = 295,793 ; p <.001 ; TLI = 0.952 ; CFI = 0.963 ; SRMR = 0.0375 ; RMSEA = 0.043 (IC : 0.037-0.049).

Les résultats sont aussi satisfaisants pour le modèle bi-factoriel CFA B, subjectivité positive avec pour facteur G, la *Cognition positive* et l'*Affect positive* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive* et l'*Optimisme* et la *Satisfaction de vie* : χ^2 (121, N=822) = 307,825, p <.001 ; TLI = 0.952 ; CFI = 0.962 ; SRMR = 0.0394 ; RMSEA = 0.043 (IC : 0.037-0.049).

Dans le modèle CFA Subjectivité positive, les relations sont positives entre la *Satisfaction de vie* et l'*Estime de soi positive* (.59), la *Satisfaction de vie* et l'*Optimisme* (.60), l'*Estime de soi positive* et l'*Optimisme* (.75), l'*Estime de soi positive* et l'*Affect positif* (.51), l'*Optimisme* et l'*Affect positif* (.44), la *Satisfaction de vie* et l'*Affect positif* (.37).

La subjectivité négative

Les résultats indiquent une qualité d'ajustement des données satisfaisante pour le modèle CFA subjectivité négative : χ^2 (62, N=822) = 244,067, p <.001 ; TLI = 0.923 ; CFI = 0.938 ; SRMR = 0.0459 ; RMSEA = 0.060 (IC : 0.052-0.068).

On constate un bon ajustement des données pour le modèle bi-factoriel CFA A subjectivité négative avec pour facteur G, la *Subjectivité négative* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi négative*, le *Pessimisme* et l'*Affect négatif* : χ^2 (52, N=822) = 186,27, p <.001 ; TLI = 0.932 ; CFI = 0.955 ; SRMR = 0.0374 ; RMSEA = 0.056 (IC : 0.048-0.065).

Les résultats sont aussi satisfaisants pour le modèle bi-factoriel CFA B subjectivité négative avec pour facteur G, la *Cognition négative* et l'*Affect négatif* et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi négative* et le *Pessimisme* : χ^2 (56, N=822) = 208,341, p <.001 ; TLI = 0.928 ; CFI = 0.948 ; SRMR = 0.0408 ; RMSEA = 0.058 (IC : 0.049-0.066).

Dans le modèle CFA Subjectivité négative, les relations sont positives et forte entre : l'*Estime de soi négative* et le *Pessimisme* (.64), l'*Estime de soi négative* et l'*Affect négatif* (.64), le *Pessimisme* et l'*Affect négatif* (.60).

La subjectivité mentale

Les résultats démontrent une qualité d'ajustement des données satisfaisante pour le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale A, avec pour facteur G la *Subjectivité mentale* et pour facteurs spécifiques l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Optimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* : χ^2 (403, N=822) = 1105,852, p <.001 ; TLI = 0.908 ; CFI = 0.92 ; SRMR = 0.0444 ; RMSEA = 0.046 (IC : 0.043-0.049).

Les résultats indiquent un ajustement des données suffisant pour le modèle bi-factoriel CFA subjectivité mentale B, avec pour facteur G, la *Cognition* et l'*Affect*, et pour facteurs spécifiques, l'*Estime de soi positive*, l'*Estime de soi négative*, l'*Eptimisme*, le *Pessimisme*, la *Satisfaction de vie*, l'*Affect positif* et l'*Affect négatif* : χ^2 (403, N=822) = 1160,448 ; p <.001 ; TLI = 0.901 ; CFI = 0.914 ; SRMR = 0.0571 ; RMSEA = 0.048 (IC : 0.045-0.051).

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Étude 1

La relation est négative et modérée entre l'affect négatif et la satisfaction du besoin de sécurité (-.38), la satisfaction du besoin de relation (-.20), la satisfaction du besoin d'autonomie (-.37), la satisfaction du besoin d'estime (-.46), la satisfaction du besoin de stimulation (-.33) et la satisfaction du besoin de sens et spiritualité (-.36).

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Étude 2

Le lien est modéré et positif entre le bien-être social et l'estime de soi positive (.40) et modéré et négatif entre le bien-être social et l'estime de soi négative (-.38). On constate une corrélation modérée et positive entre le bien-être social et l'optimisme (.47) alors qu'on observe une corrélation modérée et négative entre le bien-être social et le pessimisme (-.36). La relation est positive et modérée entre le bien-être social et la satisfaction de vie (.36).

La relation est positive et forte entre le bien-être psychologique et l'estime de soi positive (.50) et négative et forte entre le bien-être psychologique et l'estime de soi négative (.51). Les résultats montrent une corrélation modérée et positive entre le bien-être psychologique et l'optimisme (.48) tandis qu'elle est modérée et négative entre le bien-être psychologique et le pessimisme (-.38). La satisfaction de vie est liée de manière positive et modérée avec le bien-être psychologique (.48).

Dans le modèle CFA santé mentale positive, la corrélation est positive et forte entre la *Cognition positive* et le *Bien-être psychologique* (.72), la *Cognition positive* et le *Bien-être social* (.53), la *Cognition positive* et le *Bien-être émotionnel* (.65), le *Bien-être psychologique* et le *Bien-être social* (.57), le *Bien-être psychologique* et le *Bien-être émotionnel* (.73) ainsi que le *Bien-être social* et le *Bien-être émotionnel* (.54).

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Étude 3

Les corrélations sont positives entre le bonheur et la motivation identifiée (.23) et la motivation intrinsèque à la stimulation (.31), à la connaissance (.17) et à l'accomplissement (.20). Elles sont négatives entre le bonheur et l'amotivation (-.23) ainsi que la motivation externe (-.16).

Chapitre XI. Objectif de recherche 3 : Étude 1

Les stratégies de régulation dysfonctionnelles n'entretiennent aucune relation avec l'affect positif contrairement à l'affect négatif qui est lié aux stratégies de régulation fonctionnelles de manière faible et négative (-.22) ainsi que positivement et modérément avec les stratégies de régulation dysfonctionnelles (.45). Plus précisément, l'affect négatif est corrélé négativement

et modérément avec la réévaluation positive (-.35), négativement et faiblement avec la centration positive (-.18) et la centration sur l'action (-.13).

Table des figures

INTRODUCTION ……. 16

Figure A. Modèles du continuum unique et des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux (Doré & Caron, 2017) ……..…… 18

Figure B. Classification de la santé mentale en quadrant selon les symptômes de maladie mentale et les symptômes de bien-être subjectif (Keyes & Lopez, 2002) …… 19

Figure C. Classes de diagnostic du modèle de santé mentale complet (Keyes, 2005) ……... 20

Figure D. Prévalence ponctuelle de la santé mentale complète dans la population adulte américaine en 1995 (N=3032), de 25 à 74 ans, comparée avec une vision idéalisée de la distribution de la santé mentale complète (Keyes, 2007, données provenant de Keyes, 2005) …… 21

CADRE CONCEPTUEL …….……..... 27

Chapitre II. La dimension affective de la santé mentale ……... 40

Figure 2.1. Une conception hiérarchique de l'affect (Gross, 2015) ……... 41

Figure 2.3. Solution d'une analyse multidimensionnelle pour 28 termes émotionnels qui forment un circumplex selon Russell (1980) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009) … 44

Figure 2.4. Modèle circumplex de Russel (1980) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009) …….. 44

Figure 2.5. Modèle circumplex de Watson et Tellegen (1985) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009) ……... 45

Figure 2.6. Modèle circumplex de Larsen et Diener (1992) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009) …… 47

Figure 2.7. Le cercle intérieur correspond à une carte de l'affect tandis que le cercle extérieur situe plusieurs épisodes émotionnels prototypiques (Feldman Barrett et Russell, 1998) adapté en français par Krauth-Gruber, Niedenthal et Ric (2009) ……...… 47

Chapitre III. La subjectivité dans la santé mentale …….…. 51

Figure 3.2. Le modèle des processus en composantes (Sander, Grandjean & Scherer, 2005) adapté en français par Grandjean et Scherer (2014) ……... 56

Chapitre V. Vers une approche intégrative de la modélisation de la santé mentale positive ……... 74

Figure 5.1. Structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive de l'étude de Keyes, Shmotkin et Ryff (2002) ……... 74

Figure 5.2. Structure bi-dimentionnelle de la santé mentale positive de l'étude Linley, Maltby, Wood, Osborne et Hurling (2009) ……. 75

Figure 5.6. Modèle hiérarchique théorique du bien-être de l'étude de Gallagher et ses collègues (2009) ……79

Figure 5.7. Modèles uni-dimensionnel et bi-dimentionnel de la santé mentale positive de l'étude de Disabato, Goodman, Kashdan, Short et Jarden (2016) ……. 80

Figure 5.8. Modèles de la santé mentale positive de l'étude de Goodman, Disabato, Kashdan, Kauffman (2017) …… 81

Figure 5.9. Modèles bi-factoriels de la santé mentale positive de l'étude de Longo, Coyne, Joseph et Gustavsson (2016) ……. 82

Chapitre VI. L'approche régulatrice et fonctionnelle de la santé mentale ……...…..… 90

Figure 6.1. Taxonomie et caractéristiques principales des différents types de motivation de la théorie de l'intégration organismique (Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011) …… 94

Figure 6.2. Représentation schématique d'une boucle de feed-back, d'après Carver et Scheier (1982) adaptée en français par Briki et Gernigon (2012) …….. 95

Figure 6.3. Représentation des effets des systèmes de rétroaction positive souvent liés ou limités par les systèmes de rétroaction négative (Carver & Scheier, 1998) ……. 96

Figure 6.4. Conception hiérarchique de la régulation des affects (Gross, 2015) ……... 97

Figure 6.5. Les différentes formes de régulation des émotions (Mikolajczak & Desseilles, 2012) …. 100

Figure 6.6. Cycle de l'émotion et différents types de stratégies de régulation (Gross, 2007) adapté en français par Quoidbach (2012) ……. 101

Figure 6.10.1 Cycle de l'émotion et différents types de stratégies de régulation pouvant être appliqués avant, pendant et après un événement émotionnel positif (Quoidbach, 2012) ……. 106

Chapitre VII. L'approche conative de la santé mentale …… 112

Figure 7.4. Classification du continuum maladie mentale-santé mentale pour chaque trait de personnalité (De la Iglesia et Castro Solano, 2018b) …… 119

Conclusion de la revue de littérature ……... 122

Figure D. Cartographie des orientations de recherche en santé mentale positive (Lambert, Passmore & Holder, 2015) ……125

ETUDES EMPIRIQUES ……..……. 129

Chapitre VIII. Problématique, objectifs et méthodologie de recherche …… 130

Figure G. Modèle de l'effet médiateur (El Akremi, 2005) ……...… 141

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Exploration de la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale ……..……... 145

Figure 9.1. Représentation graphique des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) ... 148

Figure 9.2. Représentation graphique des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) ……. 148

Figure 9.10. Représentation graphique des modèles A et B de la structure cognitive …….. 155

Figure 9.11. Représentation graphique des modèles C et D de la structure cognitive ……. 156

Figure 9.12. Représentation graphique du modèle E de la structure cognitive ……. 157

Figure 9.13. Représentation graphique des modèles F et G de la structure cognitive …….. 158

Figure 9.14. Représentation graphique des modèles H et I de la structure cognitive ……... 159

Figure 9.18. Présentation de la version française de l'échelle de positivité ……..… 164

Figure 9.19. Représentation graphique des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) …….. 165

Figure 9.20. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) (N = 300) ……. 166

Figure 9.23. Représentation graphique des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007) …… 171

Figure 9.24. Représentation graphique des modèles du bien-être subjectif (Diener, 1984) ……. 172

Figure 9.25. Représentation graphique des modèles du bien-être subjectif dispositionnel …….. 173

Figure 9.26. Représentation graphique du modèle de la subjectivité positive …….. 174

Figure 9.27. Représentation graphique des modèles bi-factoriel A et B de la subjectivité positive …. 175

Figure 9.28. Représentation graphique du modèle de la subjectivité négative ……. 176

Figure 9.29. Représentation graphique des modèles bi-factoriel A et B de la subjectivité négative … 177

Figure 9.30. Représentation graphique du modèle bi-factoriel A de la subjectivité mentale ……... 178

Figure 9.31. Représentation graphique du modèle bi-factoriel B de la subjectivité mentale …… 179

Figure 9.32. Représentation graphique du modèle bi-factoriel C de la subjectivité mentale …… 180

Figure 9.33. Représentation graphique du modèle bi-factoriel D de la subjectivité mentale …...…… 181

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive …….……... 196

Figure 10.2. Représentation graphique de l'effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques dans la relation entre la positivité et l'affect positif …….. 198

Figure 10.4.1 Représentation graphique du modèle de la santé mentale positive ……. 200

Figure 10.4.2 Représentation graphique du modèle bi-factoriel de la santé mentale positive …….. 201

Figure 10.7. Représentation graphique de l'effet médiateur du bien-être psychologique dans la relation entre la positivité et l'affect positif ……... 204

Figure 10.8. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité entre le bien-être psychologique et l'affect négatif …….. 206

Figure 10.10. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité entre les régulations motivationnelles autonomes et le bonheur ……... 209

Chapitre XI. Objectif de recherche 3 : Exploration du rôle de la positivité dans la régulation affective de la mentale positive ……...……...……... 215

Figure 11.3.1 Représentation graphique du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations négatives ……. 218

Figure 11.4. Représentation graphique modèle de l'effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles dans la relation entre les affects positifs et les affects négatifs ……... 220

Figure 11.5. Représentation graphique du modèle de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle fonctionnelles et les affects positifs et négatifs …….. 220

Figure 11.7.1 Représentation graphique du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives ……. 225

Figure 11.8.1 Représentation graphique du modèle bi-factoriel du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives …… 227

Figure 11.9. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre l'instant présent et le savoring dans le présent …… 229

Figure 11.10. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre l'instant présent et le bonheur subjectif …… 231

Figure 11.11. Représentation graphique de l'effet médiateur de la positivité dans la relation entre le savoring dans le présent et le bonheur subjectif ……... 232

DISCUSSION GÉNÉRALE ……..……..…… 236

Figure G. Représentation graphique de la place et du rôle de la positivité dans une méta-théorie de la santé mentale ……...…… 237

Table des tableaux

CADRE CONCEPTUEL …….……..... 27

Chapitre II. La dimension affective de la santé mentale ……...…….…... 40

Tableau 2.2. Tendances à l'action et fonctions des émotions (Frijda, 1986) adaptée par Rimé (2009) …… 42

Chapitre III. La subjectivité dans la santé mentale …….…. 51

Tableau 3.1. Comparaison des modèles d'évaluation cognitive (Ellsworth & Scherer, 2003), adaptée en français par Garcia-Prieto, Tran et Wranik (2005) ……. 54

Chapitre IV. La perspective développementale et fonctionnelle de la santé mentale positive ……..….. 61

Tableau 4.1. Liste des critères permettant de qualifier un besoin humain comme fondamental (Baumeister et Leary, 1995) ……...… 62

Tableau 4.2. Liste des besoins psychogénétiques selon Murray (1938) adaptée par Fenouillet (2016, p.89-91) ……...…….. 63

Tableau 4.3. Liste des caractéristiques des personnes auto-actualisées répertoriées par Maslow (1954) ……... 65

Tableau 4.4. Modèle multidimensionnel du bien-être psychologique de Ryff (1989) ……..……... 67

Tableau 4.5. Liste des 18 schémas inadaptés selon les cinq besoins psychologiques de Young & collaborateurs (2003) ……. 69

Chapitre V. Vers une approche intégrative de la modélisation de la santé mentale positive ……... 74

Tableau 5.4. Classification des symptômes de santé mentale positive selon Keyes (2002) ……. 77

Tableau 5.5. Classification des symptômes de santé mentale positive selon Huppert, Marks, Clark, Siegrist, Stutzer, Vittersø et Wahrendorf (2008) …… 78

Chapitre VI. L'approche régulatrice et fonctionnelle de la santé mentale ……..…… 90

Tableau 6.7. Stratégies de réévaluation cognitive selon Mikolajczak (2012) ……. 102

Tableau 6.8. Stratégies cognitives de régulation émotionnelles selon Garnefski et ses collaborateurs (2001) …….. 103

Tableau 6.9. Stratégies pour savourer selon Bryant et Veroff (2007) ……. 105

Tableau 6.10.2 Stratégies pour savourer avant, pendant et après un événement positif (Quoidbach, 2012) …….. 106

Chapitre VII. L'approche conative de la santé mentale …… 112

Tableau 7.1. Traits de personnalité du Big Five et leurs six facettes (Costa & McCrae, 1992) …….. 114

Tableau 7.2. Critères pour accepter une force de caractère (Peterson et Seligman, 2004) …….. 116

Tableau 7.3. Classification des 6 grandes vertus et des 24 forces de caractère (Peterson & Seligman, 2004) adaptée par Regourd-Laizeau (2013) …….……... 117

ETUDES EMPIRIQUES …….……. 129

Chapitre VIII. Problématique, objectifs et méthodologie de recherche …… 130

Tableau E. Synthèse des échantillons dans les études …….. 133

Tableau F. Synthèse des outils utilisés dans les études ……. 134

Chapitre IX. Objectif de recherche 1 : Exploration de la place de la positivité dans la subjectivité de la santé mentale ……..……... 145

Tableau 9.3. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) (N = 1114) ……. 149

Tableau 9.4. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) (N = 1114) ……. 150

Tableau 9.5. Résultats pour la cohérence interne et la validité discriminante (N = 1114) de l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) ……... 151

Tableau 9.6. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (N = 1114) …… 152

Tableau 9.7. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (N = 1114) …….. 152

Tableau 9.8. Résultats pour la cohérence interne et la validité discriminante (N = 1114) de l'échelle d'orientation de vie (Scheier, Carver & Bridges, 1994) ……... 153

Tableau 9.9. Résultats pour la validité convergente entre l'estime de soi positive, l'estime de soi négative, l'optimisme, le pessimisme et la satisfaction de vie (N = 1114) …….. 154

Tableau 9.15. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la structure cognitive (N = 1114) …….……. 160

Tableau 9.16. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle F et G de la structure cognitive (N = 1114) …….. 161

Tableau 9.17. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle H et I de la structure cognitive (N = 1114) …….. 162

Tableau 9.21. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de l'échelle de Positivité (Caprara, Alessandri, Eisenberg, Kupfer, Steca, Caprara & Abela, 2012) (N = 300) …….. 166

Tableau 9.22. Résultats pour la validité convergente et la validité discriminante (N = 489) ……... 169

Tableau 9.34. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007) (N = 822) …… 182

Tableau 9.35. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles des versions courtes de l'échelle PANAS (Mackinnon & al., 1999 ; Thompson, 2007) (N = 822) ……... 183

Tableau 9.36. Résultats pour la cohérence interne de la version courte de l'échelle PANAS (Thompson, 2007) (N = 822) …… 183

Tableau 9.37. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles du bien-être subjectif (N = 822) …... 184

Tableau 9.38. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles du bien-être subjectif dans la version dispositionnelle (N = 822) …….. 185

Tableau 9.39. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la subjectivité positive et de la subjectivité négative (N = 822) …… 185

Tableau 9.40. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la subjectivité positive et de la subjectivité négative (N = 822) ……... 186

Tableau 9.41. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la subjectivité mentale (N = 822) …….. 187

Tableau 9.42. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la subjectivité mentale (N = 822) …….. 188-189

Chapitre X. Objectif de recherche 2 : Exploration de la place et du rôle de la positivité dans la santé mentale positive …….……... 196

Tableau 10.1. Résultats des corrélations entre la satisfaction des besoins psychologiques, la positivité et les affects positif et négatif (N = 186) …….. 197

Tableau 10.3. Résultats des corrélations entre la positivité, la santé mentale positive et les affects positif et négatif (N = 243) …….. 199

Tableau 10.5. Résultats de la qualité d'ajustement des modèles de la santé mentale positive (N = 243) …….. 202

Tableau 10.6. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) des modèles de la santé mentale positive (N = 243) …….. 202

Tableau 10.9. Résultats des corrélations entre la régulation motivationnelle, la positivité et le bonheur subjectif (N = 289) ……... 207

Chapitre XI. Objectif de recherche 3 : Exploration du rôle de la positivité dans la régulation affective de la mentale positive ……...……...……... 215

Tableau 11.1. Résultats des corrélations entre les stratégies de régulation dysfonctionnelles, la négativité, la positivité et l'affect négatif (N = 328) ……. 217

Tableau 11.2. Résultats des corrélations entre les stratégies de régulation fonctionnelle, la positivité et les affects positif et négatif (N = 328) …….. 217

Tableau 11.3.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations négatives (N = 328) ……. 219

Tableau 11.6. Résultats des corrélations entre le savoring, l'attention dans le moment présent, la positivité et le bonheur subjectif (N = 276) …….. 224

Tableau 11.7.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives (N = 276) ……. 226

Tableau 11.8.2 Estimations normalisées des paramètres (poids factoriels λ ; résidus) du modèle bi-factoriel du fonctionnement de la subjectivité positive dans les situations positives (N = 276) ……... 228

Annexes ……...……... 306

Tableau H. Estimations normalisées des paramètres (poids factoriel λ ; résidus) des modèles du bien-être subjectif (Diener, 1984) (N = 822) …… 309