



HAL
open science

La pleine conscience et l'intelligence émotionnelle : prévention du stress et promotion du bien-être chez les étudiants

Morgan Gelin

► **To cite this version:**

Morgan Gelin. La pleine conscience et l'intelligence émotionnelle : prévention du stress et promotion du bien-être chez les étudiants. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2024. Français. NNT : 2024UBFCH004 . tel-04646206

HAL Id: tel-04646206

<https://theses.hal.science/tel-04646206>

Submitted on 12 Jul 2024

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.



SEPT
ÉCOLE DOCTORALE



La pleine conscience et l'intelligence émotionnelle : prévention du stress et promotion du bien-être chez les étudiants

Thèse de doctorat : Université de Bourgogne

École doctorale n°594 : École Doctorale Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps (SEPT)

Thèse soutenue à Dijon le 7 mai 2024

Doctorant : Morgan Gelin

Directrice de thèse : Edith Salès-Wuillemin (Professeure en psychologie sociale, psychologie du travail et des organisations, Laboratoire Psy-DREPI (UR-7458), Université de Bourgogne)

Co-directeur de thèse : Julien Chappé (Maître de Conférences en psychologie sociale, Laboratoire Psy-DREPI (UR-7458), Université de Bourgogne)

Membres du Jury :

Monsieur Laurent Auzoult-Chagnault	Professeur des Universités	Université de Bourgogne	Président du Jury
Madame Magali Lahaye	Professeure des Universités	Université Catholique de Louvain	Rapporteuse
Monsieur Verliac Jean-François	Professeur des Universités	Université Paris Nanterre	Rapporteur
Madame Rebecca Shankland	Professeure des Universités	Université Lumière Lyon 2	Examinatrice
Madame Edith Salès-Wuillemin	Professeure des Universités	Université de Bourgogne	Directrice
Monsieur Julien Chappé	Maître de Conférences	Université de Bourgogne	Co-directeur

Remerciements

Ici demeure la marque du temps dont l'écoulement est univoque et qui conduit inexorablement vers la fin de toute chose. La marche perpétuelle de notre existence, animée par la quête de raison, pousse parfois à nombre d'interrogations qui subsistent sans réponses. Face à notre mémoire imparfaite et aux myriades de connaissances à notre portée, une simple maxime attribuée à Socrate par Platon, permet de conserver l'humilité :

« Je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien »

*

Je tiens à remercier du plus profond du cœur ma famille, pour leur soutien et leur amour indéfectible. Je crains ne pas le dire suffisamment, mais je vous aime. À mes parents sans qui, rien ne serait possible, à ma sœur et mon beau-frère pour m'avoir aidé à certaines prises de conscience et à mes deux magnifiques neveux pour leur énergie débordante, à mes grands-parents, à ma grand-mère pour sa simple bienveillance.

*

Avant toute chose, je salue toutes les personnes que j'ai rencontrées, qui furent mes amis ou des connaissances et qui firent partie de mon existence à un moment donné. Certains d'entre vous ont été très importants pour moi, et ceux-là, j'espère ne jamais vous oublier. Bien que nos chemins se soient éloignés, je garde des souvenirs chaleureux en repensant à ces années d'enfance, d'adolescence et de jeunes adultes que nous avons partagées.

Je voue une profonde reconnaissance à mes amis de longue date. Je suis heureux d'avoir grandi avec vous, d'avoir pu ressentir de la fierté face à vos réussites et, d'avoir constaté votre ténacité face à l'adversité de la vie. Je suis heureux d'avoir été le témoin du temps qui passe avec vous. Je vous remercie de fond du cœur de m'avoir écouté et compris lorsque mon humeur était au plus bas, votre présence m'a permis de surpasser mes attermolements existentiels.

À mes amis d'enfance, à jamais dans mon cœur, Romain, 25 ans bientôt et je suis certain que nous continuerons de vieillir ensemble, Thomas pour ta présence inchangée depuis tant d'années et ton calme légendaire, Naïla pour nos discussions à cœur ouvert jusqu'au petit matin, Paul pour nos débats métaphysiques, nos valeurs et nos fous rires, Yoann pour notre compréhension mutuelle et nos longues discussions, Kévin pour ta mémoire approximative et nos délires.

À mes amis du lycée, nos soirées endiablées et notre amitié immarcescible, Adrien pour nos retrouvailles qui malgré la distance et le temps restent inchangées, Lucas pour ton intelligence extraordinaire et notre amour du jeu vidéo et des mangas, Juliette pour nos chamailleries de frères et sœurs et ta personnalité si douce et tranchante à la fois, Nicolas pour nos discussions sur le sens de la vie, l'électro-douce et pour notre âme, toujours perchée là-

haut sur la cime des montagnes, Jérphine pour tous ces moments passés ensemble, ta sensibilité, les soirées jeux de société et pour partager la vie d'un de mes meilleurs amis.

*

Je tiens à remercier mes collègues, camarades et amis qui ont parsemé mes études supérieures. Je pense à mes collègues doctorants, plus particulièrement Anthony, nos discussions, ton soutien, tes conseils et ces quelques bières mémorables, Anaïs pour les rires et le temps trop bref que nous avons passé ensemble, et toute la nouvelle génération de doctorants qui ont apporté de la vie au laboratoire, Auriane parce que j'ai beaucoup ri avec toi, Antoine, et notre rendez-vous raté sur Anno qui tient toujours, Émile et nos échanges toujours passionnants bien que chronophages à souhait, Dora et Céline pour m'avoir sauvé ce jour de pluie, Jérémy pour nos réflexions intéressantes, Quentin pour ta bonne humeur contagieuse, Pauline pour la référence du serpent, et Zoé pour ta quiétude et ta sympathie.

Je pense également à mes camarades de promotion de M1, de M2 et de licence. Je ne vous citerai pas tous, mais un grand merci à vous. Pascaline pour ces années d'études ensemble, Florent et Cassandra pour le temps passé au CHU, Margot pour ton sérieux et ton aide, Margaux pour notre amour des grandes vacances, Quentin pour ta maturité, Chloé pour notre faible résistance à l'alcool, Laura car je te dois toujours un transport, Daisy pour ce séjour au ski, Maëva pour ces délicieux Canistrelli, Kévin pour ton style et ton humour, Fanny pour la couleur de tes yeux, Gamze et Imane pour votre tendresse. Et enfin, Caroline et Steeven, pour ces premières années d'études ensemble et pour nos soirées mémorables.

*

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des personnes avec qui j'ai eu des liens professionnels ces dernières années. J'aimerais remercier l'ensemble du corps enseignant de l'Université de Bourgogne, et plus particulièrement, les professeurs et enseignants-chercheurs de psychologie, et du laboratoire Psy-DREPI. Je remercie ma directrice Edith Salès-Wuillemin et mon co-directeur Julien Chappé d'avoir accepté de me suivre, pour m'avoir soutenu et aidé dans la réalisation de mon travail de thèse. Vous m'avez permis d'accepter la nécessité de ne pas m'éparpiller, et vous m'avez tant bien que mal, aidé à rendre mon discours plus fluide pour le lecteur. J'aimerais également remercier Fabrice Gabarot pour nos discussions sur les statistiques et son aide sur cette thématique.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. La crise sanitaire : conséquences sur la santé mentale	1
1.2. Qu'est-ce que la santé : évolution du concept	3
1.3. Quelles ont été les populations particulièrement touchées par la crise du Covid ?.....	6
1.4. Santé des étudiants dans le supérieur et relation avec un environnement d'étude renouvelé	9
1.5. Étudiants en soins infirmiers : spécificité de la population infirmière	11
1.6. Le concept de travail émotionnel en lien avec la santé psychologique des soignants	13
1.7. Santé au travail des professionnels de santé : les soignants au cœur du système de soins	14
1.8. Implication conséquente à la santé étudiante et la formation des futurs professionnels	18
1.9. Résumé de l'introduction.....	19
2. Chapitre I - Indicateurs de santé : stress et bien-être	21
2.1. Introduction générale	21
2.2. Stress, origine et évolution du concept.....	22
2.2.1 Le concept d'homéostasie	22
2.2.2 Classification de la gravité des stresseurs	23
2.2.3 Stress perçu : une approche transactionnelle du processus de stress	24
2.3. Stress : les conséquences sur la santé des individus.....	27
2.3.1 Stress et impact sur la santé des individus	27
2.3.2 Quelles solutions face aux effets délétères du stress ?.....	28
2.4. Conclusion sur le stress et ses conséquences.....	29
2.5. Bien-être et psychologie positive : comment définir les facteurs positifs du fonctionnement humain	30
2.5.1 Introduction	30
2.5.2 L'impulsion de la psychologie positive : inversion du paradigme de la psychologie classique.....	30
2.5.3 Comment peut-on précisément définir la psychologie positive et circonscrire les travaux qui s'y inscrivent ?.....	32
2.5.4 Concepts clés pour comprendre la psychologie positive : bonheur et bien-être	33
2.5.5 Les conséquences positives de l'amélioration du bien-être	34
2.6. Conclusion du chapitre I.....	38
3. Chapitre II - Émotions et intelligence émotionnelle	40
3.1. Introduction générale	40
3.2. Qu'est-ce que les émotions ?.....	41

3.2.1	Composantes des émotions	42
3.2.2	Les émotions primaires et les émotions secondaires.....	43
3.3.	Intérêt des émotions pour le fonctionnement humain	44
3.3.1	Émotions : facteur de variation	44
3.3.2	Émotions : caractère informatif.....	44
3.3.3	Émotions : caractère motivationnel.....	45
3.4.	Émotions : une fonction adaptative comparable au processus de stress.....	46
3.4.1	Exemple : qu'est-ce que la fonction « Chef d'orchestre » des émotions ?	47
3.4.2	Conséquences maladaptatives des émotions : similarités avec le processus de stress	48
3.4.3	Stress et émotions : deux concepts fortement intriqués	48
3.5.	Intelligence émotionnelle : une approche qui tire son origine des débats sur l'intelligence générale.....	49
3.5.1	Introduction	49
3.5.2	Origine historique de l'IE : intelligence et adaptation	50
3.5.3	Intelligence émotionnelle : modèle intégratif des compétences émotionnelles .	51
3.6.	IE : facteur protecteur de la santé psychologique	60
3.6.1	Effet de l'IE sur la santé des individus.....	60
3.6.2	IE et santé au travail : un facteur pertinent pour les professionnels de la santé ?	61
3.6.3	Facteurs explicatifs des bénéfices de l'IE	62
3.7.	Conclusion du chapitre II	64
4.	Chapitre III - Pleine conscience	65
4.1.	Introduction	65
4.2.	Origine et concepts fondamentaux de la pleine conscience	65
4.3.	Différentes perspectives et approches théoriques de la pleine conscience.....	67
4.3.1	Compréhension de la pleine conscience en lien avec la santé mentale.....	70
4.4.	Mesure et outils de la pleine conscience	73
4.4.1	Revue des principaux questionnaires de la PC, description des domaines évalués par ces questionnaires et analyse critique des mesures.....	73
4.5.	Effets de la pleine conscience sur la santé mentale	76
4.5.1	Revue des études empiriques examinant les effets de la pleine conscience sur la santé mentale.....	76
4.5.2	Mécanismes d'action des programmes de PC	78
4.5.3	Étude corrélacionnelle sur la PC comme facteur protecteur de la santé psychologique	80
4.5.4	Résultats des recherches sur les effets de la pleine conscience sur d'autres indicateurs de santé mentale	82

4.5.5	Discussion des résultats et des implications pour les interventions	84
4.5.6	Effets délétères de la PC et de la pratique méditative	86
4.6.	Explications des effets de la pleine conscience sur la santé mentale	87
4.6.1	Théories et mécanismes sous-jacents aux effets de la pleine conscience	87
4.6.2	Facettes attitudinales promues par la pleine conscience	91
4.7.	Conclusion du chapitre III	93
5.	Chapitre IV - Problématique	95
5.1.	Introduction	95
5.2.	Le constat : les étudiants en général et en soins infirmiers, une population à risques 96	
5.3.	Pourquoi travailler sur les compétences psychologiques ?.....	98
5.4.	Thèse soutenue	99
6.	Hypothèses	104
7.	Chapitre V - Étude des liens entre intelligence émotionnelle, pleine conscience, stress perçu et bien-être.....	105
7.1.	Méthode	106
7.1.1	Population.....	106
7.1.2	Matériel et Procédure	107
7.2.	Résultats.....	110
7.2.1	Comparaisons inter-groupes : vérifier les différences entre les populations IFSI/Psycho.....	110
7.2.2	Conclusions sur les comparaisons entre populations : psychologie et soins infirmiers.....	113
7.2.3	Modèle d'équations structurelles (SEM).....	113
7.2.4	Modèle de médiation : comparaison entre étudiants de psychologie et d'IFSI	122
7.2.5	Analyses de médiation : étudiants en psychologie.....	124
7.2.6	Analyses de médiation : étudiants en soins infirmiers	130
7.2.7	Synthèse et conclusions sur les modèles de médiations.....	133
7.2.8	Discussion	134
8.	Chapitre VI : Développement des compétences d'intelligence émotionnelle et de pleine conscience	139
8.1.	Méthode	140
8.1.1	Population.....	140
8.1.2	Phase de recrutement et généralités.....	140
8.1.3	Matériel et procédure	141
8.1.4	Déroulé de la formation.....	143
8.1.5	Présentation des séances.....	144

8.2.	Résultats.....	146
8.2.1	Comparaison des scores pré-interventions entre les groupes : vérifier la présence de différences entre étudiants en parcours initial et étudiants avec une pratique professionnelle en santé (ANOVA)	146
8.2.2	Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de l'IE intra-individuelle et inter-individuelle) entre chacun des groupes (ANOVA)	148
8.2.3	Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de PC) entre chacun des groupes (ANOVA).....	151
8.2.4	Comparaison des scores pré-interventions (Variables dépendantes) entre chacun des groupes (ANOVA)	153
8.2.5	Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en IFSI	155
8.2.6	Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en IPA.....	155
8.2.7	Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en psychologie	156
8.2.8	Résultats complémentaires : analyses descriptives des entretiens semi-directifs auprès des étudiants en psychologie	158
8.2.9	Résultats complémentaires post-formation : ANOVA de comparaison des scores moyens concernant l'avis des participants sur la formation	169
8.3.	Discussion générale sur les études de la phase interventionnelle.....	172
8.3.1	Limites.....	175
8.3.2	Conclusions et recommandations.....	177
9.	Chapitre VII - Discussion générale.....	178
9.1.	Rappel de l'objectif général de la thèse.....	178
9.2.	Synthèse des principaux résultats	179
9.3.	Implications théoriques.....	189
9.4.	Implications pratiques.....	192
9.5.	Limites	195
9.6.	Conclusion et ouverture.....	199
10.	Bibliographie.....	202
11.	Annexes.....	261

Résumé

Les questions relatives à la santé mentale sont de plus en plus considérées par les pouvoirs publics jusqu'à être inscrites comme une priorité dans les feuilles de route du Ministère de la Santé. La dépression et le stress sont des problématiques majeures qui ont un impact important sur la santé des individus et représentent un coût pour la société. Les étudiants et les soignants sont deux populations à risque au niveau psychologique, car elles sont soumises à des pressions environnementales spécifiques à leur contexte de travail (*e.g.* isolement social ; charge de travail ...). Ces facteurs de risques ont été exacerbés par les conséquences de la crise COVID.

Face à ce constat, l'objectif principal de notre thèse est d'apporter des éléments de réponse à ces problématiques de santé psychologique. Nous proposons un accompagnement pour renforcer les ressources psychologiques des étudiants et des professionnels de santé pour leur permettre de faire face aux difficultés inhérentes à leur contexte de travail (*i.e.* nouveauté du cadre ; confrontation à la souffrance humaine). Pour ce faire, nous avons construit une formation basée sur la pratique de la Pleine Conscience (PC) qui vise à développer l'Intelligence Émotionnelle (IE). En effet, la littérature permet d'appuyer la complémentarité de l'IE et de la PC. Ces deux construits impactent positivement la santé psychologique des individus (*i.e.* diminution du stress perçu ; augmentation du bien-être perçu).

Dans un premier temps, nous confirmons et approfondissons les données issues de la littérature. Nos résultats supportent la force des liens entre l'IE, la PC et la santé psychologique. Nous étudions plus précisément la relation entre les dimensions de ces construits grâce à des modèles d'équations structurelles. Dans un second temps, nous avons développé une démarche interventionnelle en testant l'efficacité d'une formation basée sur l'IE et la PC sur 3 groupes : étudiants en psychologie, étudiants en soins infirmiers (IFSI) et infirmiers en pratique avancée (IPA). Nous obtenons des résultats mitigés. La formation n'est efficace que chez les étudiants en psychologie. Il n'y a pas d'effets significatifs chez les étudiants en IFSI ou en IPA.

Nous analysons ces résultats en soulignant que le principal frein à l'efficacité de la formation est la motivation des étudiants à pratiquer les exercices de PC. Celle-ci nécessite une pratique régulière pour impacter positivement la santé psychologique et les capacités d'adaptation. Cette limite est une difficulté majeure à la généralisation de ce type d'intervention chez les étudiants et les professionnels de santé. Nous approfondissons ces problématiques dans la partie discussion. Nous concluons sur les pistes à étudier dans les recherches futures et les préconisations pour les interventions en psychologie. Nous soulignons l'importance d'étoffer l'offre de soins disponible pour s'adapter à la demande en santé mentale.

Mots clés : Étudiants, Santé psychologique, Professionnels de santé, Intelligence Émotionnelle, Pleine Conscience.

Abstract

Mental health issues are increasingly being considered by the public authorities, to the point where they are included as a priority in the Ministry of Health's roadmaps. Depression and stress are major problems that have a significant impact on individual health and represent a cost to society. Students and health care providers are two populations with psychological risk because they are subject to environmental pressures specific to their work context (*e.g.* social isolation; workload, *etc.*). These risk factors have been exacerbated in the context of COVID crisis.

Given this, the main aim of our thesis is to provide some answers to these psychological health-related issues. We propose to strengthen students' and healthcare providers' psychological resources enabling them to cope with the difficulties of their work environment (*e.g.* novelty of the environment, exposure to human suffering). To this end, we have developed a training program based on the practice of Mindfulness (MF) that aims to enhance Emotional Intelligence (EI). The literature supports the complementarity of EI and MF. These two constructs have a positive impact on the psychological health of individuals (*i.e.* reducing perceived stress; increasing perceived wellbeing).

Firstly, we confirm and extend data from the literature. Our results support strong associations between EI, MF and psychological health. We examine the relationship between the dimensions of these constructs in more detail using structural equation models. Secondly, we tested the effectiveness of EI and MF training on 3 groups: Psychology students, nursing students (IFSI) and advanced practice nurses (IPA). We got mixed results. The training was only effective for psychology students. No significant effects were observed for IFSI or IPA students.

Analysis of these results permit to emphasize that the main obstacle to effective training is the students' motivation to practice MF exercises regularly. Regular practice is necessary for a positive impact on psychological health and coping skills. This limitation is a major difficulty to the generalization of this type of intervention among students and healthcare professionals. These issues are discussed in more detail. The thesis concludes with propositions for future research and recommendations for psychological interventions. We underline the importance of expanding the range of care available to meet the demand for mental health services.

Keywords : Students, Psychological Health, Health professional, Emotional Intelligence, Mindfulness.

Index des acronymes

Acronymes principaux

- IE : Intelligence Émotionnelle
- PC : Pleine Conscience ou mindfulness
- *i.e.* : c'est-à-dire
- *e.g.* : par exemple
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier
- IPA : Infirmiers en Pratique Avancée
- MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction **ou** programme de réduction du stress basé sur la PC
- MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy **ou** Thérapie cognitive basée sur la PC

Acronymes secondaires

- OVE : Observatoire de la Vie Etudiante
- LMDE : La Mutuelle Des Etudiants
- SMEREP : Société Mutualiste des Étudiants de la Région Parisienne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (5^{ème} version)
- CIM-11 : Classification Internationale des Maladies (11^{ème} révision)
- ACT : Acceptance and Commitment Therapy ou thérapie d'acceptation et d'engagement
- DBT : Dialectical and Behavioral Therapy ou thérapie dialectique comportementale
- TCC : Thérapie comportementale et Cognitive

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Liste des émotions de base en fonction des auteurs</i>	43
<i>Tableau 2 : conséquences des émotions et comportements associés</i>	45
<i>Tableau 3 : Thématiques et exercices typiques des programmes MBSR et MBCT</i>	71
<i>Tableau 4 : Tableau synthétique des résultats de l'étude de Brown et al., 2015</i>	82
<i>Tableau 5 : Traduit à partir de Hölzel et al., 2011 : « Composantes proposées pour décrire les mécanismes d'action de la PC »</i>	88
<i>Tableau 6 : Différences de scores moyens (m) généraux et dimensionnés pour l'IE intra-individuelle entre les étudiants de psychologie et d'IFSI</i>	111
<i>Tableau 7 : Différences de scores moyens (m) généraux et dimensionnés pour la PC entre les étudiants de psychologie et d'IFSI</i>	111
<i>Tableau 8 : Différences de scores moyens (m) de santé psychologique entre les étudiants de psychologie et d'IFSI</i>	112
<i>Tableau 9 : Ajustement (fit) des modèles d'équations structurelles pour chacune des VI avec l'échelle de stress perçu (PSS-8)</i>	116
<i>Tableau 10 : Ajustement (fit) des modèles d'équations structurelles pour chacune des VI avec l'échelle de bien-être (Who-5)</i>	117
<i>Tableau 11 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet direct de la PC sur le stress perçu</i>	124
<i>Tableau 12 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelles sur le stress perçu</i>	125
<i>Tableau 13 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : total d'effet de la PC sur le stress perçu</i>	125
<i>Tableau 14 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect dimensionné de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le stress perçu</i>	126
<i>Tableau 15 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet direct de la PC sur le bien-être</i>	127
<i>Tableau 16 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être</i>	128
<i>Tableau 17 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : total d'effet de la PC sur le bien-être</i>	128
<i>Tableau 18 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect dimensionné de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être</i>	129
<i>Tableau 19 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet direct de la PC sur le stress perçu</i>	130
<i>Tableau 20 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le stress perçu</i>	131
<i>Tableau 21 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : total d'effet de la PC sur le stress perçu</i>	131
<i>Tableau 22 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être</i>	132
<i>Tableau 23 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : total d'effet de la PC sur le bien-être</i>	133
<i>Tableau 24 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux IE/PC entre les groupes IFSI/PSY/IPA</i>	146
<i>Tableau 25 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE générale entre les groupes</i> ...	147
<i>Tableau 26 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes</i>	147
<i>Tableau 27 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC générale entre les groupes</i>	148
<i>Tableau 28 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux IE dimensionnée entre les groupes IFSI/PSY/IPA</i>	148
<i>Tableau 29 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence d'identification des émotions</i>	149

<i>Tableau 30 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence de compréhension des émotions</i>	150
<i>Tableau 31 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence de régulation des émotions</i>	150
<i>Tableau 32 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux PC dimensionnée entre les groupes IFSI/PSY/IPA</i>	151
<i>Tableau 33 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC entre les groupes : dimension d'observation</i>	152
<i>Tableau 34 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC entre les groupes : dimension de description</i>	152
<i>Tableau 35 : ANOVA de comparaison des scores moyens des variables dépendantes entre les groupes IFSI/PSY/IPA</i>	153
<i>Tableau 36 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de stress perçu entre les groupes</i> .	154
<i>Tableau 37 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de dépression entre les groupes</i> ...	154
<i>Tableau 38 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour l'IE intra chez les étudiants en psychologie</i>	156
<i>Tableau 39 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour la PC et ses dimensions chez les étudiants en psychologie</i>	156
<i>Tableau 40 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour les variables dépendantes chez les étudiants en psychologie</i>	157
<i>Tableau 41 : ANOVA de comparaison des scores moyens des variables complémentaires post-intervention (Investissement, intérêt et fréquence de la pratique) entre les groupes IFSI/PSY/IPA</i> ...	169
<i>Tableau 42 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'investissement entre les groupes</i>	169
<i>Tableau 43 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de fréquence de pratiques entre les groupes</i>	170
<i>Tableau 44 : Résumé des liens entre les dimensions de la PC et les compétences d'IE</i>	179
<i>Tableau 45 : Résumé des liens entre les dimensions de PC et d'IE avec le bien-être et le stress perçu</i>	180

Table des figures

<i>Figure 1 : Étapes du stress d'après Selye</i>	23
<i>Figure 2 : Signification des types d'évaluation dans le modèle transactionnel du stress</i>	25
<i>Figure 3 : Explication de l'impact du stress sur la santé et effet atténuateur des émotions positives, traduit de Pressman & Cohen, 2005. SNS = Système Nerveux Autonome ; HPA = Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien</i>	36
<i>Figure 4 : Modèle des compétences émotionnelles</i>	51
<i>Figure 5 : Intégration des perspectives sur l'IE</i>	52
<i>Figure 6 : régulation des émotions d'après Gross (2007), quand et comment ?</i>	57
<i>Figure 7 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions de la PC (FFMQ) et le Stress perçu (PSS)</i>	118
<i>Figure 8 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions d'IE intra-individuelle (PEC) et le Stress perçu (PSS)</i>	119
<i>Figure 9 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions de la PC (FFMQ) et le bien-être (Who)</i>	120
<i>Figure 10 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions d'IE intra-individuelle (PEC) et le bien-être (Who)</i>	121
<i>Figure 11 : Modèle d'équations structurelles des liens inter-dimensionnelles entre IE intra-individuelle et PC</i>	123

1. Introduction

1.1. La crise sanitaire : conséquences sur la santé mentale

La Covid-19 a remis sur le devant de la scène les problématiques de santé publique. Santé Publique France (Numéro Spécial Santé en Action 2022) souligne ainsi que durant cette période de crise sanitaire, la santé mentale des Français s'est fortement dégradée¹.

La santé psychologique prend ainsi une importance majeure parce qu'elle touche tous les publics et non plus seulement les populations atteintes de pathologies spécifiques². Santé Publique France souligne ainsi que cette situation implique la mise en place et le renforcement des dispositifs de prévention et de promotion de la santé mentale pour répondre à la fragilisation des populations aggravée par la pandémie³. En effet, les difficultés vécues et leurs conséquences risquent d'augmenter la prévalence des troubles psychologiques et psychiatriques spécifiques.

Le dossier mené par Santé Publique France (2022) souligne l'importance des facteurs liés aux inégalités sociales et l'existence de populations à risque élevé (*e.g.* enfants et adolescents). Lors de cette pandémie, la population étudiante s'est également manifestée comme une population à risques élevés. La DREES (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) souligne dans son rapport de 2020 que cette population est particulièrement fragile⁴. Elle note en effet un taux élevé de pensées suicidaires et de suicide.

Ce travail de thèse a deux objectifs principaux. Premièrement, nous étudions les liens entre la gestion du stress et des émotions ainsi que leurs impacts sur la santé psychologique. Nous avons centré nos travaux sur les étudiants en psychologie et en soins infirmiers (IFSI). En effet, dans les professions d'infirmier et de psychologue, la composante relationnelle est fondamentale, à la fois en direction des patients (ou des bénéficiaires), mais également des collègues et de la hiérarchie. La mise en œuvre des missions repose sur des compétences

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/impact-de-la-pandemie-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-francais.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-461-septembre-2022>

² <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/impact-de-la-pandemie-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-francais.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-461-septembre-2022#:~:text=La%20pand%C3%A9mie%20Covid%2D19%20a,qui%20travaillent%20en%20premi%C3%A8re%20ligne.>

³ Dossier santé publique France : promouvoir la santé mentale des populations en temps de Covid-19, 2022.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/promouvoir-la-sante-mentale-des-populations-en-temps-de-covid-19-introduction-du-dossier>

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf>

affectives et relationnelles. Elles sont également réalisées dans un cadre qui intègre une exigence émotionnelle élevée. L'exigence émotionnelle correspond à un facteur de risque psychosocial qui se traduit par une obligation de contrôler ses émotions pour répondre aux attentes de l'organisation et du public. Deuxièmement, nous testons chez ces populations l'efficacité du développement de l'IE (Intelligence Émotionnelle) et de la PC (Pleine Conscience) dans le but de favoriser l'adaptabilité individuelle et la résistance aux pressions environnementales. Ces deux objectifs spécifiques s'inscrivent dans une perspective plus large de prévention des risques au niveau de la santé psychologique en amont de la professionnalisation des étudiants.

Dans cette partie, nous nous intéressons plus particulièrement aux conséquences des pressions environnementales sur la dégradation de la santé psychologique des individus. Dans le cadre de la crise sanitaire, elles sont associées aux restrictions de libertés (*e.g.* déplacements, contacts sociaux, activités professionnelles et extra-professionnelles ...) et aux obligations en lien avec la lutte contre la maladie et sa propagation (*e.g.* respect des gestes barrières, cours en distanciel, confinements successifs ...). La perception de la dangerosité et de la menace tant au niveau individuel (*i.e.* risque pour soi), qu'inter-individuel (*i.e.* risque pour les autres) et sociétal (*i.e.* conséquences sociales et économiques) fut déterminante dans la dégradation de la santé psychologique de la population générale. Une enquête qui suit l'évolution de la santé mentale montre que les indicateurs sont toujours préoccupants⁵. Au niveau international, plusieurs méta-analyses décrivent l'augmentation de la prévalence du niveau de détresse psychologique, et notamment du stress, de l'anxiété et de la dépression (Cénat et al., 2021; Santomauro et al., 2021). En septembre 2023, il y avait respectivement 16% et 23% des Français qui montraient des signes d'états dépressifs et/ou anxieux. Les troubles du sommeil et les pensées suicidaires sont élevés avec respectivement 71% et 10% des Français touchés. D'après Enguerrand du Roscoat⁶, ces problématiques risquent d'entraîner des comportements délétères pour la santé (*e.g.* augmentation de la consommation de substances psychoactives, comportements violents et dégradants envers soi et les autres), une augmentation importante de la sollicitation des services de santé et un renforcement des difficultés économiques (*e.g.* arrêts de travail, diminution de la productivité ...). Ces constats justifient l'intérêt de la promotion de la santé pour prémunir l'individu et la société des effets néfastes de la dégradation de la santé mentale.

⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

⁶ Responsable de l'unité santé mentale pour Santé publique France

Avant même la crise de la Covid, le Ministère de la Santé rédigeait en 2018 une feuille de route concernant la santé mentale⁷. Les directions générales se déclinent en 3 axes : (1) « *Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et prévenir le suicide.* », (2) « *Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.* », (3) « *Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.* ».

Nous inscrivons nos travaux dans cette lignée et plus particulièrement dans une perspective d'approfondissement de la compréhension des facteurs protecteurs du fonctionnement humain, de réduction du stress et de promotion du bien-être psychologique. Nous souhaitons explorer plus particulièrement la pertinence de caractéristiques individuelles, telles que l'Intelligence Émotionnelle (IE) et la Pleine Conscience (PC) pour favoriser la gestion adaptative du stress et des émotions le temps que les facteurs de stress soient identifiés et traités. Nous positionnons la santé mentale comme un élément essentiel pour soutenir une qualité de vie favorable à l'épanouissement et au bien-être des individus. Nous allons maintenant rapidement revenir sur l'évolution des conceptualisations et définitions de la santé pour éclairer le lecteur sur ces notions utiles à la compréhension de notre travail. Nous précisons ensuite pourquoi nous nous sommes intéressés à la population des étudiants et des professionnels de santé.

1.2. Qu'est-ce que la santé : évolution du concept

Si l'état de santé des individus fut longtemps défini en relation avec l'apparition de maladies graves, de famines, d'épidémies ou de guerres (Girard, 2020), après la Seconde Guerre mondiale, cette approche restreinte de la santé basée principalement sur des aspects médicaux et physiques (*e.g.* hygiéniste) est élargie. La santé devient plus intégrative en considérant l'humain dans sa globalité. Cette conception intégrative se retrouve dans la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁸. Cette définition couvre un ensemble moins restreint de facteurs associés à la santé. Elle prend en

⁷ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>

⁸ *Préambule de la constitution de l'OMS* : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

compte les aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et sociaux, tout en incluant comme auparavant, le fonctionnement biologique du corps humain.

Cette définition renverse une conception héritée du modèle biomédical (Ogden, 2005, p. 2-3). Dans celle-ci, l'individu subit des agressions extérieures (*i.e.* agents pathogènes, produits chimiques ...) ou des dysfonctionnements internes involontaires (*i.e.* génétiques, physiologiques). Il existe dès lors une sorte de dualisme entre ce qui définit la maladie et la santé. La maladie se caractérise par l'apparition de changements corporels et physiologiques anormaux identifiés comme des symptômes. À l'opposé, la santé se définit comme l'absence de maladie ou de symptômes. Cette conception établit que l'esprit et le corps fonctionnent de manière relativement indépendante. Les questions relatives à la santé mentale concernent un domaine spécifique qui n'est pas en lien avec la santé en général.

Cette conception sera progressivement remise en question par les travaux en médecine comportementale qui interrogent la séparation corps/esprit. Le traitement des addictions (*e.g.* alcoolisme, tabagisme) est un bon exemple. Dans ce cadre, les facteurs physiologiques et psychologiques influencent le fonctionnement et le comportement du sujet vis-à-vis de la substance psychoactive. Cela signifie que les substances créent une dépendance physique par leur impact direct sur les mécanismes biologiques et chimiques du corps humain. Toutefois, les facteurs psychologiques sont tout aussi importants dans la mise en place (*e.g.* utilisation de la substance pour tenter de réguler le stress), le maintien (*e.g.* sentiment d'incapacité de se passer de la substance) et le traitement des troubles comportementaux (*e.g.* motivation à s'engager dans une cure de désintoxication). En somme, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent et concourent ensemble à l'installation et la rémission de la maladie. La maladie n'est donc pas seulement subie par un individu désarmé et impuissant face à ses conséquences. L'individu peut agir et lutter contre la maladie.

Cette évolution de la conception de la santé est importante. Elle permet d'avoir une formulation plus complète concernant les facteurs qui déterminent la santé humaine au travers de l'interaction entre l'individu et son environnement. Ces facteurs ne peuvent pas tous être modifiés (*e.g.* génétique et fragilités associées). Il est néanmoins possible d'agir sur nombre d'entre eux. D'un côté, les facteurs contextuels et environnementaux (*e.g.* socio-économiques, culturels, situations dangereuses ...) sur lesquels la société, et dans une certaine mesure l'individu et les groupes d'individus, peuvent agir pour tenter de réduire leurs conséquences délétères sur la santé. De l'autre, les facteurs individuels (*e.g.* cognitions, affects, comportements) sur lesquels l'individu peut agir pour faire face aux difficultés rencontrées et

pour mettre en place des comportements favorables à la santé. Les prises de décisions et les comportements qui en résultent influencent l'état de santé (e.g. conduite à risque comme la consommation de tabac ou d'alcool). Même s'il existe une forme de dualité entre ce qui dépend de l'individu et ce sur quoi il n'a pas ou peu de prises, ces deux niveaux interagissent l'un avec l'autre. Autrement dit, les individus peuvent être à l'origine d'une modification environnementale et à l'inverse, l'environnement peut entraîner des modifications au niveau individuel en dehors de la volonté. Dans nos travaux, nous nous sommes focalisés sur la prévention au niveau individuel pour deux raisons. Premièrement, la mise en place de changements environnementaux ou sociétaux n'est pas simple et elle prend du temps. La prévention individuelle permet de proposer une réponse préalable à des modifications environnementales. Deuxièmement, l'environnement ou les situations vécues ne peuvent pas forcément être changés. Nous abordons ce point plus en détail dans les parties suivantes. Dans cette perspective, il est important de circonscrire et promouvoir les compétences individuelles qui permettent de faire face à l'adversité et aux pressions environnementales. À cela s'ajoute une dimension qui fait l'interface entre les personnes et leur environnement, la représentation qu'ils se construisent de leur situation. Grâce à la perception et l'interprétation, les individus établissent une représentation de leur environnement. Cette relation entre l'individu et l'environnement détermine une part importante de la santé mentale et du bien-être. Comme pour la notion de maladie, l'individu n'est pas passif face à son environnement. Dans une certaine mesure, un individu a la capacité de se saisir et d'agir sur les problématiques qu'il rencontre pour améliorer sa santé physique et psychologique. Il peut agir sur les facteurs contrôlables de l'environnement et sur sa représentation de l'environnement. En conséquence, le fonctionnement psychologique et les compétences subséquentes de l'individu sont une des clés pour la promotion de la santé. Il est possible de développer des ressources psychologiques sur lesquelles s'appuyer pour faire face à un environnement complexe et exigeant. L'utilisation de ces ressources permet de modifier la perception de soi et de l'environnement. Elles influencent la mise en place de comportements bénéfiques pour la santé.

C'est avec cet objectif que l'OMS adopte en 1986 la charte d'Otawa⁹. Elle met en exergue les possibilités individuelles concernant la prise en main de leur état de santé. Cela permet de circonscrire l'objectif de la promotion de la santé : « *Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un*

⁹ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : <https://www.cnle.gouv.fr/emergence-des-notions-de-sante-d.html>

état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter »¹⁰. La santé est donc un construit aux multiples dimensions qui s'appuie sur les ressources disponibles chez l'individu et dans son environnement ainsi que sa capacité à les mobiliser pour faire face aux situations, ce qui conduit à un état de bien-être.

Pour résumer, nous avons abordé l'évolution de la conception de la santé humaine qui est d'abord vue comme l'absence de maladie. Elle s'élargit par la suite dans une optique intégrative. L'état de santé des individus n'est plus seulement un déterminant du bien-être. Il correspond à un état de bien-être, le plus complet possible, tant au niveau physique, social que psychologique. Nous avons souligné que l'interaction entre les facteurs environnementaux et individuels est une des clés de compréhension de la santé humaine. Cette perspective permet de considérer les possibilités de développement de ressources sociétales et individuelles pour faire face aux situations difficiles, comme cela a pu être le cas lors de la pandémie de Covid-19. Nous présentons dans la partie suivante les raisons qui nous poussent à étudier les populations soignantes et étudiantes dans le but de comprendre et renforcer leur capacité d'adaptation face aux difficultés inhérentes à leurs conditions de travail amplifiées par la crise sanitaire.

1.3. Quelles ont été les populations particulièrement touchées par la crise du Covid ?

Durant la crise Covid, deux populations déjà à risques ont particulièrement été touchées : les soignants (*i.e.* augmentation de la complexité et de leur charge de travail) et les étudiants (*i.e.* modifications importantes des modalités d'enseignements et isolement social). Ces constatations nous poussent à cibler ces populations dont la vulnérabilité a été soulignée ces dernières années (*i.e.* étudiants et professionnels de santé). Nous présentons dans cette partie, l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail des soignants et des étudiants. Nous insistons également sur les conséquences de cette crise sur la santé psychologique de ces populations.

¹⁰ https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

La Covid est venue aggraver les problématiques déjà présentes dans le milieu de la santé. La propagation rapide, entraînant la saturation des services de santé, montre la fragilité du système face aux événements exceptionnels. Cette crise a transformé l'organisation et la gestion des offres de soins en hôpital et en ambulatoire. Les pratiques ont dû être adaptées et revues pour être cohérentes avec l'afflux massif de patients. La difficulté du métier s'est accentuée en raison de plusieurs facteurs tels que :

[...] *l'exposition directe aux patients ayant une charge virale haute, l'exposition au risque de contamination, l'épuisement physique, la réorganisation des espaces de travail, l'adaptation à des organisations rigides de travail, la gestion de la pénurie de matériels, le nombre inhabituellement élevé de décès parmi les patients, des collègues ou des proches, des questions éthiques relatives à la prise de décision dans un système de soins en tension* (El-Hage et al., 2020, p. 1-2).

Les soignants ont été en prise avec des difficultés d'ordre organisationnel, contextuel, collectif et individuel. Le sentiment d'impuissance et les conflits de valeurs ont été amplifiés pendant l'épidémie avec un tri des patients dans certains cas, et un manque de « *moyens matériels et humains* » (e.g. impossibilité de fournir des protections, manque de personnel).

La chronicisation des vagues de la Covid rend l'effort des personnels de santé presque constant sur plusieurs années. Ces différents facteurs de risques sont les causes des difficultés psychologiques actuelles ou à venir chez les soignants. Les auteurs alertent sur l'émergence de Troubles de Stress Post-Traumatique (TSPT), d'Épisodes Dépressifs Caractérisés (EDC) et plus globalement, d'une augmentation des niveaux de stress et d'anxiété/dépression (El-Hage et al., 2020; Mallet et al., 2022; Vignaud & Prieto, 2020). D'autres risques sont évoqués comme l'apparition de troubles du comportement avec une augmentation de l'utilisation de substances psychotropes (i.e. tabac, alcool et autres médicaments). Les soignants semblent peu demandeurs d'aide. Ils utiliseraient les psychotropes comme une compensation pour guérir leurs maux. Enfin, les tentatives de suicide, qui sont déjà en moyenne 50% plus élevées par rapport à la population générale, risquent encore d'augmenter chez les soignants.

Concernant la population étudiante, la crise sanitaire a eu un lourd impact sur leur santé mentale^{11, 12}. Une méta-analyse (15 pays différents, 27 études) montre que la crise sanitaire a dégradé la santé mentale des étudiants (Batra et al., 2021). Lors de la Covid, les étudiants en

¹¹ <https://presse.inserm.fr/covid-19-le-lourd-impact-de-lepidemie-sur-la-sante-mentale-des-etudiants-notamment-pendant-les-periodes-de-confinements/44052/>

¹² <https://www.francebleu.fr/infos/education/quelles-consequences-a-eu-un-de-crise-sanitaire-sur-les-etudiants-1616008863>

France font part d'une prévalence importante associée à différents troubles psychologiques (Wathelet et al., 2020). Plusieurs études comparatives entre étudiants et non-étudiants permettent de souligner la plus grande vulnérabilité des étudiants lors des deux confinements (Arsandaux et al., 2021; Macalli et al., 2021). Les étudiants sont plus fréquemment touchés par des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des pensées suicidaires et du stress perçu comparativement aux non-étudiants. La proportion d'étudiants touchés par la dégradation de la santé psychologique augmente fortement lors du second confinement en comparaison avec le premier. Différents facteurs accentuent la fragilisation ou la résistance de la population étudiante lors des confinements tels que : le genre, l'âge, la précarisation, la situation géographique (rurale ou urbaine), les antécédents psychiatriques, les liens sociaux, l'activité physique (Wathelet et al., 2020). Comme pour les soignants, la crise sanitaire fut révélatrice et facteur aggravant des difficultés rencontrées par les étudiants en santé, et notamment, les infirmiers¹³. Face à ces constats, nous réaffirmons l'importance de l'accompagnement et des dispositifs de prévention destinés aux étudiants et aux soignants. L'objectif principal est de limiter l'émergence de troubles psychologiques grâce au développement de stratégies adaptatives. Elles permettent de faire face plus facilement aux difficultés inhérentes aux conditions de travail et aux évènements imprévus ou exceptionnels.

La crise sanitaire n'est pas le seul facteur qui nous amène à nous intéresser à ces deux populations (*i.e.* étudiants et soignants). Premièrement, les soignants sont une population déjà soumise à des contraintes élevées et des conditions de travail difficiles avant même la crise sanitaire. Les soignants sont particulièrement impactés par le travail émotionnel (Hochschild, 1983) qui se définit comme les efforts produits pour contrôler et transformer les émotions ainsi que les représentations associées, notamment dans un contexte de travail relationnel (Grandey, 2000). Celui-ci représente un risque pour la santé des soignants, car ils doivent fournir un effort empathique et utiliser les émotions pour faciliter la relation de soin tout en obtenant des bénéfices thérapeutiques (Lelorain et al., 2019; Loriol, 2001). Deuxièmement, les étudiants et jeunes adultes sont susceptibles d'être particulièrement touchés par l'émergence de troubles psychologiques et psychiatriques (*e.g.* Newman et al., 1996; Verger et al., 2010). De plus, les études montrent que les étudiants présentent une dégradation de la santé psychologique plus importante en comparaison à des non-étudiants. Troisièmement, la santé des étudiants est nécessaire à la réussite académique (*e.g.* Hartley, 2011). De nombreux étudiants sont confrontés à l'échec et à l'abandon, notamment dans les filières exigeantes (*e.g.* étudiants infirmiers).

¹³ <https://www.actusoins.com/352332/crise-sanitaire-les-etudiants-en-soins-infirmiers-paient-le-prix-fort.html>

Lorsque notre système de santé peine à recruter, il est impératif de se pencher sur les facteurs protecteurs qui permettent une meilleure rétention des étudiants et des jeunes professionnels. Quatrièmement, les étudiants sont les professionnels de demain. Renforcer la formation des étudiants dans l'optique de leur fournir les ressources nécessaires pour faire face aux contraintes inhérentes à leur futur exercice professionnel nous paraît être une excellente solution de prévention de l'émergence de problématiques psychologiques au travail (*e.g.* burnout, épuisement compassionnel).

En résumé, nous avons évoqué l'impact de la Covid sur les soignants et les étudiants. Nous avons insisté sur l'augmentation des risques de dégradation de la santé psychologique à plus ou moins long terme chez ces populations à la suite des conséquences de la crise sanitaire. Cette partie souligne l'importance des dispositifs de santé et d'accompagnement pour répondre, au moins partiellement, à la détresse psychologique des individus. Dans les parties suivantes, nous présentons de manière plus précise les données sur la santé et les conditions de travail de ces deux populations avant l'apparition des complications liées au Covid. Elles permettent de réaffirmer que la crise sanitaire ne fut que le révélateur des risques pesant sur la santé mentale des étudiants et des professionnels de santé. Nous présenterons quelques éléments sur les conditions de travail dans le milieu de la santé et dans les études supérieures. Ces conditions complexes auxquelles s'ajoutent les fragilités individuelles sont susceptibles de favoriser l'émergence de troubles psychologiques.

1.4. Santé des étudiants dans le supérieur et relation avec un environnement d'étude renouvelé

Les étudiants représentent environ 4% de la population française¹⁴. Au niveau national, plusieurs rapports décrivent les difficultés psychologiques auxquelles sont confrontés les étudiants depuis de nombreuses années. Ces rapports sont réalisés par l'Observatoire de la Vie Étudiante (OVE) et différentes mutuelles de santé étudiantes (LMDE, SMEREP).

Plusieurs facteurs de risques peuvent être identifiés comme sources du mal-être étudiant (Mazé & Verliac, 2013; McCleese et al., 2012). Au niveau socio-économique, les étudiants souffrent de conditions précaires qui tendent à se dégrader. Ils sont souvent confrontés à

¹⁴ Année 2019-2020, Site du ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

l'isolement social (*e.g.* éloignement des familles). Au niveau contextuel, les étudiants doivent s'adapter à un nouveau cadre de travail et des rapports différents avec les enseignants. Ces conditions de vie et de travail particulières ont un impact sur la santé psychologique des étudiants. Cela se traduit dans les enquêtes par une détresse psychologique plus marquée comparativement à la population générale (OVE). La dépression est par exemple la première préoccupation de santé des étudiants (SMEREP). Les autres enquêtes montrent que les étudiants sont touchés par une affectivité négative caractéristique de la dépression (*e.g.* tristesse, dévalorisation, diminution de l'intérêt et du plaisir). Les études scientifiques confirment que la population étudiante souffre d'un haut taux de prévalence à la dépression (*e.g.* Kokou-Kpolou et al., 2020). La perception de l'environnement et des conditions de travail peut s'avérer problématique. En effet, le stress et l'anxiété sont fréquents chez les étudiants bien que variables suivant l'individu et les périodes de l'année. Le stress peut entraîner des conséquences délétères sur l'équilibre de vie des étudiants (*e.g.* problématiques de sommeil, troubles du comportement ...). Par exemple, il y a seulement un étudiant sur deux qui est satisfait de la qualité de son sommeil. Enfin, les chiffres montrent un risque suicidaire plus élevé comparativement à la population générale. Sachant que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-19 ans et que la proportion des pensées suicidaires chez les jeunes adultes atteint des niveaux jamais égalés dans certaines enquêtes¹⁵, il est nécessaire de rester vigilant et de mettre en place des dispositifs d'accompagnement et de soutien pour les étudiants.

Ces résultats ne sont pas le fait isolé de l'enseignement supérieur en France. La population étudiante est confrontée à des problématiques de santé mentale au niveau national (*e.g.* Tran et al., 2017 ; Saïas et al., 2014), européen (*e.g.* Rückert, 2015) et international (*e.g.* Auerbach et al., 2018; Holm-Hadulla & Koutsoukou-Argyaki, 2015). Les recommandations sont généralement communes : limiter les facteurs de risques par différents moyens (*e.g.* possibilités d'accompagnement et de sensibilisation, programmes d'intervention en ligne ...) et expérimenter des dispositifs pour valider leur efficacité. Une étude couvrant plusieurs pays montre que la plupart des étudiants souffrant de troubles mentaux ou de pensées/conduites suicidaires ne bénéficient pas d'accompagnement ou de traitements (Bruffaerts et al., 2019). Pour répondre aux problématiques de santé mentale, plusieurs initiatives ont déjà été mises en place (*e.g.* Riegert, 2023) et de nombreuses études s'intéressent aux facteurs protecteurs de la santé étudiante (*e.g.* Grant & Kinman, 2012 ; Kokou-Kpolou et al., 2020). Il faut maintenant

¹⁵https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/deconfinement/covid-19-62-des-18-24-ans-disent-avoir-eu-des-pensees-suicidaires-depuis-septembre-2021-selon-une-etude_5239456.html

renforcer les initiatives en cours, étoffer l'offre d'accompagnement et favoriser l'accès aux soins des étudiants.

Pour résumer, nous avons évoqué les problématiques de santé psychologique étudiante au niveau national et international ainsi que l'importance de la mise en place d'interventions et d'accompagnements permettant de limiter l'impact délétère des troubles mentaux sur les étudiants. Face à ce contexte, nous rappelons que nous souhaitons étudier le développement des compétences psychologiques pour faciliter la gestion du stress et des émotions (*i.e.* IE et PC). Nous abordons dans la partie suivante les spécificités de la population étudiante en soins infirmiers.

1.5. Étudiants en soins infirmiers : spécificité de la population infirmière

Les infirmiers sont formés par les IFSI¹⁶ (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) pendant 3 ans pour développer les compétences techniques et relationnelles nécessaires à leur efficacité professionnelle. Cette formation est l'occasion d'étudier les aspects théoriques et pratiques tout en explorant différents terrains de stages pour mettre à l'épreuve leurs apprentissages¹⁷. L'objectif est de développer leur capacité à répondre aux problématiques de santé des patients, et *in fine*, à s'adapter aux contraintes de leur métier.

La formation des infirmiers est très dense. Elle s'organise généralement sur 35 heures par semaine et comptabilise un total de 4200 heures de formation sur trois ans (dont 1800 heures de cours et 2100 heures de stages). Le référentiel détaille un ensemble de 10 compétences générales à acquérir durant la formation (*e.g.* « *Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* » ; « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* »). Les compétences inscrites dans le référentiel¹⁸ visent à préparer les étudiants à fournir un accompagnement qualitatif aux patients. Peu de place est laissée à la gestion du stress et aux compétences de résilience psychologique qui sont pourtant évoquées comme un objectif général de la formation.

Lors de leur formation, les étudiants en santé doivent s'impliquer entièrement dans leur cursus. La charge de travail est conséquente et ils sont confrontés à des facteurs de stress

¹⁶ <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-en-soins-infirmiers-ce-qu-il-faut-savoir-sur-les-ifs.html>

¹⁷ <https://ifsi.ghsv.org/devenir-infirmiere/la-formation/objectifs/>

¹⁸ <https://www.infirmiers.com/pdf/3annexe2competences.pdf>

supplémentaires dans leur quotidien et leur pratique clinique, notamment sur les lieux de stages (Labrague et al., 2016; Lamaurt et al., 2011; Morrissette, 2004; Pulido-Martos et al., 2012; Worku et al., 2020). Ils expérimentent un sentiment d'inefficacité dû à leur manque de compétences perçues et aux difficultés inhérentes au métier (Gibbons, 2010). Les étudiants en santé sont généralement plus stressés comparativement à d'autres filières comme le sport (Neveu et al., 2011) ou la psychologie (Dugué et al., 2018). Ils ont également un sentiment d'efficacité perçue plus faible qui détériore leur capacité d'adaptation. Le stress auquel les étudiants en santé et les étudiants infirmiers sont confrontés risque de dégrader leur santé psychologique et physique (Bovier et al., 2004; Lamaurt et al., 2011; Reverté-Villarroya et al., 2021; Tavolacci et al., 2013) ainsi que leur réussite académique (Akgun & Ciarrochi, 2003). Il existe un intérêt manifeste pour la promotion de la santé et la prévention des troubles psychologiques chez ces étudiants. C'est en développant les ressources psychologiques comme la résilience que l'on favorise l'émergence de facteurs protecteurs vis-à-vis du stress (Cleary et al., 2018).

Les facteurs personnels qui permettent aux soignants de développer leur capacité d'adaptation psychologique et de fournir les ressources nécessaires à cette adaptation commencent à être abordés dans le cursus de formation des IFSI (*e.g.* « *Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité.* »). Néanmoins, aucune compétence spécifique sur les facteurs protecteurs au niveau psychologique n'est particulièrement ciblée (*cf.* Référentiel de compétences du diplôme d'État d'infirmier¹⁹). La gestion du stress et des émotions n'est pas évoquée en tant que telle dans le référentiel. La littérature montre pourtant l'intérêt de ces compétences chez les infirmiers (Augusto Landa et al., 2008; Fornés-Vives et al., 2019) et plus généralement, chez les personnels soignants (Littlejohn, 2012; Sharp et al., 2020). Les ressources individuelles au niveau psychologique vont contribuer à protéger les soignants de l'exigence du métier (*e.g.* Pérez-Fuentes et al., 2018). La sphère relationnelle est primordiale dans le métier d'infirmier (Feo et al., 2017). La relation à l'autre est abordée dans de nombreux points de la formation d'infirmier. Néanmoins, les facteurs psychologiques bénéfiques à l'amélioration de cette relation interpersonnelle et à l'amélioration de la qualité des soins (*e.g.* intelligence émotionnelle ; Beauvais et al., 2011) ne sont pas spécifiquement ciblés.

¹⁹ <https://www.chsf.fr/wp-content/uploads/2017/08/IFSI-IDE-Referentiel-formation.pdf>

Nous avons présenté dans les parties précédentes les difficultés auxquelles est confrontée la population étudiante. Ces difficultés impactent la santé des étudiants et nuisent à leur bien-être. Ces données conduisent à porter notre considération sur les possibilités de prévention et de promotion de la santé pour cette population. Nous avons ensuite spécifié notre propos sur une population d'étudiant en santé, les futurs infirmiers. Ce contexte est susceptible de renforcer la prévalence des problématiques de santé. Nous avons souligné l'importance des ressources psychologiques qui impactent positivement la qualité des soins, les relations avec le patient, la diminution du stress et la gestion de la sphère affective. Les conditions de travail exigeantes et complexes dans les études supérieures risquent de se retrouver dans les contextes d'exercice professionnel des soignants. Dans la partie suivante, nous traitons de l'importance du travail émotionnel dans les métiers avec une forte composante relationnelle comme celui des infirmiers et des psychologues.

1.6. Le concept de travail émotionnel en lien avec la santé psychologique des soignants

Les émotions dans le cadre du travail, et plus généralement dans le quotidien, nécessitent d'être modifiées sur plusieurs de leurs composantes (*e.g.* expression) au gré des situations auxquelles sont confrontés les individus. Les métiers avec une composante relationnelle prépondérante comme les infirmiers (Loriol, 2001) ou les psychologues (Berjot et al., 2017) sont particulièrement impactés par l'exigence affective de leurs métiers. Pour décrire une partie de ce phénomène, Hochschild (1983) propose le concept de « *travail émotionnel* » qui renvoie à l'adaptation des émotions aux règles de l'organisation de travail et de l'interaction relationnelle dans le but de correspondre aux normes en vigueur dans une situation donnée (Grandey, 2000). La gestion des émotions nécessite ainsi de fournir des efforts individuels au travers de modifications de surface (*i.e.* afficher l'émotion attendue) ou en profondeur (*i.e.* changement des représentations pour influencer directement sur l'émotion ressentie). En conséquence, l'excès d'adaptation émotionnelle aux pressions de l'environnement et la dissonance entre l'émotion affichée et ressentie risquent d'entraîner du stress et des conséquences délétères sur la santé et la performance des salariés.

Le travail émotionnel s'inscrit dans les modèles généraux de régulation des émotions, car les « *actions profondes* » correspondent à une modification des antécédents émotionnels et les « *actions de surface* » à une modification de l'émotion après son apparition (Grandey,

2000). En effet, les individus peuvent influencer sur leurs émotions (Delelis et al., 2011) en modifiant les antécédents (*e.g.* évaluation préalable d'une situation, modification directe de la situation ...) ou les conséquences de l'émergence d'une émotion (*e.g.* réponses physiologiques ou expressives). Les métiers axés sur la relation de service avec un bénéficiaire et avec une composante relationnelle prépondérante comme les infirmiers et les psychologues sont particulièrement exigeants en termes de travail émotionnel et, *in fine*, de régulation de ses émotions et de celles des autres. Ces travaux mettent en exergue l'importance des caractéristiques de l'environnement (*e.g.* conditions de travail) et de l'individu (*e.g.* personnalité) dans l'apparition d'une émotion et ses conséquences. Dans la partie suivante, nous approfondissons le contexte de travail et les difficultés rencontrées par les psychologues et plus généralement, les professionnels de santé.

1.7. Santé au travail des professionnels de santé : les soignants au cœur du système de soins

Les métiers de la santé couvrent un ensemble de professions travaillant pour la réalisation des soins. Cela comprend les professions médicales représentées par les médecins, les pharmaciens et les paramédicaux composés d'un ensemble de professions comme les infirmiers ou les techniciens de laboratoire²⁰. Cette classification française exclut certaines catégories comme les psychologues qui ne sont pas considérés comme des paramédicaux et qui ne dépendent pas des médecins pour exercer. Dans notre travail, nous considérons les professionnels de santé au sens large comme l'ensemble des professions destinées à prendre en charge, accompagner, apporter des soins ou aider à la réalisation des soins (physiques ou psychiques). Nous incluons ainsi les infirmiers et les psychologues dans cette catégorie. Nous présentons dans cette partie des éléments sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans leur activité (*i.e.* psychologues et infirmiers).

D'après le site de la DRESS²¹, on compte 74 195 psychologues en janvier 2023. Les missions des psychologues sont variées. Elles dépendent de leur spécialité (*e.g.* travail, clinique, cognitive ...) et du contexte dans lequel ils interviennent (*e.g.* institution ou libéral ...). Ils travaillent en général dans les secteurs de la santé, du social, de la justice, de l'éducation, du travail et du conseil. Ils accompagnent les individus ou les organisations dans diverses

²⁰ <https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique>

²¹ <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

problématiques psychologiques ou situationnelles et ils sont sollicités pour fournir leur expertise sur les comportements humains. Ils sont ainsi régulièrement confrontés à la souffrance des autres. Les psychologues, et plus particulièrement les jeunes praticiens, subissent un niveau de stress et de détresse psychologique souvent élevé, associé à l'exigence émotionnelle et relationnelle de leur activité (Finlay-Jones et al., 2015; Hannigan et al., 2004). La complexité du métier est plus particulièrement liée aux comportements et aux difficultés des clients, à la charge de travail, à la faible estime de soi des psychologues et à une remise en question de leurs compétences professionnelles. Les psychologues risquent également d'exprimer des symptômes du stress post-traumatique consécutifs à leur exposition au récit des expériences traumatiques d'autrui (McKim & Smith-Adcock, 2014; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). En France, les constats sont similaires sur l'impact délétère de l'exigence émotionnelle et du contact avec la souffrance des patients sur le niveau de stress des psychologues (Berjot et al., 2013). De nombreux psychologues évoquent leur sentiment de manque de reconnaissance au travail, leurs difficultés à trouver des solutions pour les patients, les pressions économiques et temporelles ainsi que les conflits au travail et les relations complexes avec les collègues et la hiérarchie. Ces facteurs environnementaux en lien avec les conditions de travail et l'aspect relationnel du métier de psychologue entraînent un risque important de burnout (Berjot et al., 2017). Le burnout correspond généralement à une triade dimensionnelle qui se compose d'un épuisement émotionnel, d'un sentiment de dépersonnalisation et de manque d'accomplissement. Les professions aidantes dans lesquelles s'inscrivent les professionnels de santé sont particulièrement touchées par ce syndrome qui dégrade leur santé psychologique. En effet, outre l'exigence émotionnelle de leurs métiers, les conditions de travail sont régulièrement dégradées par les caractéristiques de leurs emplois et la gestion de l'urgence ou des crises exceptionnelles comme la Covid-19.

D'après le rapport de la HAS en 2016²², le quotidien des soignants se caractérise par l'exposition fréquente à des conditions de travail difficiles d'un point de vue physique et psychologique. Nous allons résumer les apports de ce rapport et ajouter d'autres éléments propres aux enquêtes et articles de presse sur cette thématique. Il faut noter que les disparités entre les services, les institutions et les différentes professions sont conséquentes comme le pointe le rapport.

²² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

Les contraintes physiques et temporelles semblent s'être améliorées depuis 2003 comparativement à 2013. Elles restent néanmoins très présentes chez la population soignante. L'exercice du métier de soignant expose à un grand nombre de maladies professionnelles comme les troubles musculosquelettiques (*e.g.* lombalgie, problèmes d'articulations, maladies de peau et risques de contaminations ...) qui contribuent au stress des soignants²³. Les horaires de travail sont marqués par leur caractère atypique (*e.g.* organisation du temps de travail variable, horaires de nuit, travail le week-end et les jours fériés). Le dérèglement du rythme circadien et la fatigue entraînent un risque pour la santé et la qualité des soins. Le rythme de travail est exigeant, ce qui augmente la pression sur les personnels. En 2013, les difficultés associées à la charge de travail sont moins importantes que sur les périodes précédentes mais toujours présentes. Il y a toujours 64% des soignants qui estiment devoir se dépêcher quotidiennement (*i.e.* souvent ou toujours). Ce taux est plus important comparativement aux autres secteurs d'activités confondus (46%). À cela s'ajoutent les interruptions fréquentes pour des tâches non prévues qui touchent 80% des salariés du secteur hospitalier. Avant même de pointer un dysfonctionnement quelconque, cela montre une surcharge de travail perçue qui est fréquente voire permanente dans certains contextes.

Les métiers de la santé sont caractérisés par la prégnance de la dimension relationnelle. La confrontation parfois quotidienne à la mort, à la dégradation du corps, à la dépendance physique et psychique et aux situations de vie compliquées des patients sont autant de facteurs qui rendent la relation patients-soignants exigeante en termes de ressources psychologiques et notamment, en termes de compétences émotionnelles et relationnelles. Toutefois, la plupart des soignants évoquent vivre plus de moments positifs que de moments négatifs avec les patients. Cela signifie que la dimension relationnelle avec les patients peut contribuer positivement ou négativement à la santé et l'épanouissement des soignants dans leur exercice professionnel. D'après le rapport, les relations étroites et presque permanentes avec le public (*i.e.* patients, familles ...) entraînent tout de même des difficultés spécifiques. En effet, près de ¾ des 57% de soignants qui ressentent un risque d'exposition aux agressions verbales en ont subies²⁴. Le problème est si important qu'un Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a vu le jour en 2007. En 2012, ce sont plus de 11 000 signalements pour violences physiques qui sont enregistrés (*e.g.* coups, crachats, bousculades). Le rapport avec le public s'est dégradé entre 2003 et 2013 avec une augmentation de 54% à 66% de la tension ressentie

²³ <https://www.resolutionsante.com/1929/lexercice-du-metier-dinfirmiere-queles-en-sont-les-difficultes/>

²⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

soignants-publics. De plus, les relations interprofessionnelles et hiérarchiques peuvent être considérées comme problématiques. La moitié des infirmiers déclarent par exemple avoir des relations hostiles avec leur cadre de santé et, plus généralement, les tensions entre collègues sont présentes chez 32% des professionnels de santé.

La conséquence de l'environnement professionnel complexe et exigeant dans lequel évoluent les soignants s'exprime par un absentéisme important (e.g. 10,43 jours pour les arrêts maladie), des accidents de travail fréquents (e.g. 12,9% d'infirmiers touchés) et un taux de turnover élevé. Plus les conditions de travail se dégradent (e.g. manque de satisfaction, pression temporelle ...), plus les indicateurs sont à la hausse. Différents facteurs explicatifs permettent la compréhension des intentions de départ. Les raisons évoquées sont le manque de soutien et de reconnaissance (e.g. « *manque de soutien psychologique* »), les changements environnementaux et organisationnels (e.g. « *dégradation des conditions de soins* », « *nombre insuffisant de personnel* », « *manque de temps pour les soins* »), le manque de réalisation et de perspectives professionnelles (e.g. « *attentes professionnelles non satisfaites* », « *évolutions salariales peu favorables et le manque d'opportunité de promotion et d'évolution* »). Le rapport énonce que « *les trois facteurs clés de satisfaction des infirmiers sont la relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins.* »

Ce rapport d'enquête nous permet de conclure que les soignants sont une population particulièrement à risques dus aux conditions de travail difficiles et exigeantes. Un autre rapport du Ministère de l'action des comptes publics pointe les dangers de l'exposition aux risques psycho-sociaux dans la fonction publique hospitalière²⁵. C'est la première fonction touchée par les risques psycho-sociaux et plus particulièrement, par l'exigence émotionnelle de leur travail. Un quart des soignants dans le paramédical sont susceptibles de développer des troubles associés à l'épuisement émotionnel²⁶. Les principaux facteurs de risques pour les soignants sont les contraintes d'organisation du temps de travail, les problématiques physiques, les aspects relationnels sous toutes leurs formes qui sont prédominants dans la relation soignant-patient-public. Ces différents facteurs contribuent à l'augmentation de la surcharge émotionnelle et cognitive. La surcharge de travail perçue peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé psychologique des soignants. L'épuisement professionnel et les facteurs qui y participent chez

²⁵https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/ArchivePortailFP/www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/point_stat/exposition_risques_professionnels_et_psychosociaux.pdf

²⁶ http://medaide.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2018/03/risques_psychosociaux_pasteur-mutualit%C3%A9-estyn-behar.pdf

les soignants²⁷ (*e.g.* travail empêché, incivilités des patients, charge de travail, débordement du travail sur la vie privée et la confrontation à la souffrance morale et physique du patient) sont à prendre en compte pour construire, dès la formation initiale, un socle de compétences psychologiques leur permettant de faire face à des conditions de travail difficiles qui continuent de se dégrader. Dans la partie suivante, nous présentons l'intérêt de préparer le développement des compétences psychologiques des soignants pour prévenir la dégradation de leur santé psychologique.

1.8. Implication conséquente à la santé étudiante et la formation des futurs professionnels

La formation initiale est idéale pour intervenir en amont de la confrontation aux problématiques de terrain quotidiennes dans le domaine de la santé. Elle a pour objectif de former les futurs professionnels pour qu'ils utilisent leurs compétences de manière optimale. Les étudiants sont donc une population d'intérêt quant au déploiement de dispositifs de formation et de prévention. Pour cela, nous pensons qu'il faut mettre l'accent sur les aspects individuels qui permettront de protéger les professionnels des événements exceptionnels et quotidiens (*e.g.* confrontation à la mort, à la maladie et plus généralement à la souffrance humaine) qui épuisent progressivement les professions soignantes jusqu'à l'apparition de pathologies comme le burnout (Hazif-Thomas & Thomas, 2011 ; Lissandre et al., 2008) ou plus spécifiquement, l'épuisement compassionnel (Yang & Kim, 2012). La santé physique et psychologique des soignants est déterminante pour la qualité des soins (Arnetz, 1999 ; Irurita, 1999 ; Kvist et al., 2014) et la capacité du système de santé à faire face aux crises comme la Covid (El-Hage et al., 2020 ; Zaka et al., 2020). Il est nécessaire de se pencher sur les compétences psychologiques qui pourraient être développées lors de la formation initiale des futurs professionnels pour les armer personnellement et diminuer l'occurrence de certaines pathologies psychiques. En effet, il est possible d'agir sur l'environnement pour améliorer les conditions de travail des soignants, mais cela prend du temps et certaines situations ne sont pas modifiables, car elles sont inhérentes à l'exercice des professions soignantes et aidantes (*e.g.* confrontation à la souffrance humaine).

La psychologie positive aborde le développement des ressources psychologiques qui contribuent à la santé, à l'épanouissement et au fonctionnement optimal des individus (Boniwell

²⁷ <https://sante.lefigaro.fr/article/sous-pression-les-professionnels-de-sante-souffrent-de-leur-travail/>

& Chabanne, 2017). Le fonctionnement qualifié d'optimal correspond aux facteurs adaptatifs qui favorisent le bien-être individuel et une santé positive au niveau psychologique et physique (*e.g.* assimilé au bien-être eudémonique ; Ryff & Singer, 1998, 2008). Il nous paraît pertinent de nous inscrire dans cette approche que nous approfondissons dans le chapitre suivant. Ce cadre conceptuel a l'avantage de faire une passerelle entre la vision moderne de la santé et de sa promotion (*cf.* OMS) via des travaux qui permettent de développer des compétences favorables à l'adaptation et à la réduction des troubles psychologiques (*e.g.* facteurs protecteurs durant le COVID, Yildirim & Arslan, 2022). Le bien-être et la santé sont essentiels pour le bon fonctionnement de la société et la prévention des coûts budgétaires liés à la prise en charge des pathologies (Mcdaid & Park, 2011). Plusieurs contextes d'intervention semblent pertinents, notamment le travail pour soutenir les salariés. Nous avons décidé de centrer nos travaux sur le contexte académique pour favoriser la promotion du bien-être (Seppälä et al., 2020) et le développement de compétences chez les jeunes²⁸.

1.9. Résumé de l'introduction

La crise sanitaire de la Covid a durement impacté les conditions de vie de la population française. Les contraintes imposées ont dégradé la santé mentale et augmenté la prévalence de troubles psychologiques. Ce constat est préoccupant notamment chez les populations de soignants et d'étudiants qui ont été particulièrement touchées et fragilisées (*i.e.* impact de la maladie, dégradations des conditions de travail, isolement social, prévalence des troubles de l'humeur ...). Avant la Covid, la santé mentale était déjà une préoccupation de plus en plus présente dans le débat public. L'objectif affiché est de promouvoir la santé mentale pour limiter l'émergence de troubles psychologiques. Cela s'inscrit dans les lignes directrices fixées par l'OMS et le Ministère français de la Santé. La psychologie dispose d'outils de prévention adéquats pour répondre à cet objectif. Le développement de compétences adaptatives et l'étude des facteurs protecteurs de la santé mentale sont un enjeu important que nous explorons dans ce travail de thèse. Les ressources individuelles permettent aux individus de faire face plus facilement aux situations complexes et exigeantes dans le domaine de la santé et dans les études supérieures. En conséquence, les travaux présentés dans cette thèse étudient les possibilités de développement de l'IE et de la PC chez les étudiants en psychologie et en IFSI de manière à

²⁸ https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/files/ncb_framework_for_promoting_well-being_and_responding_to_mental_health_in_schools_0.pdf

promouvoir des facteurs adaptatifs en amont de l'exercice professionnel. Ces deux construits sont pertinents pour favoriser la gestion de l'exigence émotionnelle des métiers d'infirmier et de psychologue et ainsi, améliorer la santé psychologique des professionnels (*i.e.* diminuer le stress et augmenter le bien-être). Nous abordons dans le prochain chapitre le stress et le bien-être qui sont des concepts centraux concernant la santé psychologique. Nous traitons également du cadre conceptuel de la psychologie positive qui est pertinent pour étudier et favoriser l'émergence de compétences adaptatives chez les individus.

2. Chapitre I - Indicateurs de santé : stress et bien-être

2.1. Introduction générale

Dans ce premier chapitre, nous abordons deux concepts centraux pour étudier la santé psychologique : le stress et le bien-être. Le chapitre se décompose en deux parties qui traitent chacune d'une de ces notions.

Dans la première partie, nous évoquons brièvement l'évolution du concept de stress pour marquer les étapes clés de cette évolution. Nous présentons trois types de modèles : le premier se centre sur une conception physiologique (*i.e.* relation stimulus-réponse), le deuxième sur une conception environmentaliste (*i.e.* catégorisation des stressors) et le troisième inclut une interaction entre l'individu et son environnement, il s'agit du modèle transactionnel. C'est cette perspective que nous adoptons dans nos travaux. Nous présentons ainsi le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984) en détaillant les différentes étapes du processus de stress (*i.e.* évaluation de l'environnement et mise en place d'une réponse adaptative). Cette perspective nous permet de développer l'impact des processus mis en œuvre par l'individu dans la réponse de stress (*i.e.* intensité, fréquence ...). Nous soulignons ainsi que la réponse de stress est soumise à de fortes variations inter-individuelles.

Nous proposons ensuite quelques éléments de littérature qui insistent, non sur le caractère adaptatif du stress, mais sur ses conséquences négatives sur la santé mentale et physique. Nous concluons que l'excès de stress et sa mauvaise gestion entraînent une dégradation de la santé et du bien-être. Nous soulignons également que différents facteurs protecteurs (*e.g.* résilience) améliorent la gestion du stress et diminuent son incidence sur la santé humaine. Ces facteurs protecteurs ou ressources psychologiques sont particulièrement bénéfiques pour favoriser le fonctionnement optimal de l'être humain comme décrit en psychologie positive.

La seconde partie de ce chapitre présente le changement de paradigme amorcé par la psychologie positive. La psychologie classique s'est particulièrement intéressée aux facteurs qui altèrent la santé humaine (*e.g.* stress). La psychologie positive se centre au contraire sur ce qui contribue à l'épanouissement de l'individu (*e.g.* bien-être). Nous cherchons à montrer que les travaux issus de ces deux perspectives peuvent s'intégrer dans une approche plus globale du fonctionnement humain. Cette approche nous conduit à développer le concept de bien-être qui

est une composante essentielle de la santé humaine et un concept clé de la psychologie positive. Nous terminons cette partie avec une présentation synthétique des effets bénéfiques du bien-être sur la santé en général.

Enfin, nous concluons ce premier chapitre en insistant sur la nécessité de prévention des facteurs comme le stress qui, lorsqu'ils sont mal régulés, entraînent des conséquences néfastes sur la santé humaine.

2.2. Stress, origine et évolution du concept

2.2.1 *Le concept d'homéostasie*

Nous devons la première théorie du stress au physiologiste Cannon (1932). Selon l'auteur, les organismes ne peuvent pas être considérés en dehors de l'environnement dans lequel ils évoluent. Cet environnement peut comporter des variations qui perturbent le fonctionnement interne de ces organismes. Ils s'ajustent alors automatiquement de façon à limiter l'impact des perturbations et à maintenir leur équilibre. C'est ce phénomène complexe que Cannon nomme homéostasie.

L'homéostasie renvoie donc aux processus physiologiques qui permettent au corps de maintenir ou de retrouver un état d'équilibre interne, comme par exemple, le taux de glucose ou la température corporelle, face aux variations de l'environnement (cité par Fink, 2010). Concernant le stress, Cannon développe l'idée que face à une situation de danger, il se produit une réaction physiologique immédiate (*e.g.* production d'adrénaline et de noradrénaline qui accélèrent le rythme cardiaque, apporte de l'oxygène et stimule les muscles) ce qui permet à l'organisme de se tenir prêt : il peut ainsi combattre ou s'enfuir. Ces deux réactions sont résumées dans l'expression « *Flight or fight* ». Plus précisément pour l'auteur, une menace entraîne une décharge sympathique qui permet un comportement de fuite, de sidération ou au contraire de combat. Ce modèle souligne que l'organisme n'est pas passif face à l'environnement, il produit une réponse neurobiologique. Cette réponse permet une réaction physique adaptée à la situation.

Cette analyse inspira Selye (1956) qui définira le stress comme « *Toutes réponses non spécifiques de l'organisme aux demandes qui lui sont faites* ». Il décrira les réactions immédiates et à long terme de l'organisme face au stress comme relevant d'un « *Syndrome*

Général d'Adaptation ». Ce syndrome renvoie à un ensemble de réactions biologiques et physiologiques qui permettent une adaptation de l'individu en réaction à un stimulus menaçant ou une agression de l'environnement. Selon l'auteur, cette adaptation se fait grâce à l'enchaînement de trois phases (cf. figure 1) : (1) une phase d'alarme ; (2) une phase de résistance ; (3) une phase d'épuisement. D'après ce modèle, lorsque l'état d'alerte est prolongé, les réactions hormonales et physiques endommagent le système et l'organisme s'épuise.

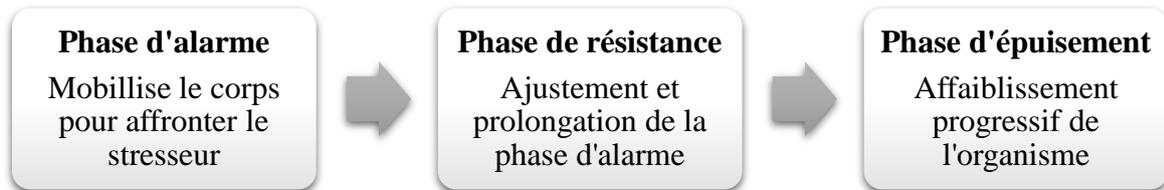


Figure 1 : Étapes du stress d'après Selye.

Les modèles du stress vus précédemment sont des modèles complets, mais ils restent ancrés dans une perspective biologique et physiologique. Ils sont insuffisants pour décrire la complexité du processus psychologique de stress car ils ne prennent en compte que la relation « *stimulus-réponse* ». La réponse de stress serait automatique et non spécifique. Cela suppose que l'individu est relativement passif face à son environnement et que la variabilité des stressors n'a pas d'impact sur la réponse de stress. Les caractéristiques de l'environnement et de l'individu sont pourtant déterminantes dans le processus de stress.

2.2.2 Classification de la gravité des stressors

Pour pallier cette problématique, un ensemble de théories sur les événements de vie a vu le jour (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008). Elles s'intéressent à la sévérité et à la gravité des situations vécues. Si le stress impacte différemment les individus, c'est parce que les situations ne sont pas équivalentes entre elles. Les théories des événements de vie cherchent alors à hiérarchiser les situations comme plus ou moins stressantes. Certaines sont considérées comme des événements « *majeurs* » par rapport à d'autres qui sont des événements « *mineurs* » (e.g. maladie vs. examen). L'avantage de ces modèles, c'est qu'ils tentent de catégoriser les problématiques rencontrées par l'humain. Un examen sera certainement moins stressant qu'un accident de voiture ou une maladie grave. Les enjeux de réussite, d'estime de soi et de

valorisation de soi ne sont pas les mêmes que ceux associés à la survie et la mort. Autrement dit, le degré de menace serait objectivement différent entre ces situations. L'inconvénient, c'est que rien n'explique pourquoi les réactions de stress sont variables face à une même situation. Ces théories ne prennent pas en compte les variations intra-individuelles (*e.g.* niveaux d'humeur ou de fatigue variables ...) et inter-individuelles (*e.g.* expériences et vécu, sentiment de maîtrise de l'environnement ...) qui jouent sur la réaction de stress.

Dans les modèles précédents (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008; Cannon, 1932; Selye, 1956), la place de l'individu dans le fonctionnement du processus de stress n'est pas prise en compte. Ils s'intéressent principalement à la réponse de stress (modèles physiologiques) ou aux stressseurs (modèles environmentalistes). L'individu est passif et subit la réaction du corps ou les modifications de l'environnement sans possibilité d'agir.

2.2.3 *Stress perçu : une approche transactionnelle du processus de stress*

Pour répondre à cette critique, Lazarus et Folkman (1984) développent une approche transactionnelle du stress. Ils définissent le processus de stress comme « *une transaction entre une personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par cette personne comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être* » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 19). Le concept de « *stress perçu* » souligne l'importance de la perception et de l'interprétation des individus dans le processus de stress. Autrement dit, le regard porté sur une situation détermine l'intensité et la chronicité des réponses de stress. Les éléments déclencheurs ou « *stressseurs* » peuvent être d'ordre interne (*e.g.* douleurs corporelles) ou externe (*e.g.* exigences professionnelles). Cette perspective remet l'individu au centre du processus de stress sans rejeter les apports des approches précédentes (*i.e.* fonctionnement physiologique et différences entre les stressseurs). Les perspectives physiologiques, environmentalistes et transactionnelles peuvent être intégrées de manière à mieux comprendre l'ensemble du processus de stress lorsque c'est nécessaire.

Dans l'approche transactionnelle, les processus d'évaluation et de coping sont primordiaux pour comprendre le fonctionnement du stress perçu et les différences inter-individuelles : « *Lazarus avance que l'expérience du stress diffère significativement suivant les individus et ceci dépend de comment ils interprètent un évènement et en fonction du résultat*

d'une séquence spécifique de pattern de pensée, nommé évaluation » (Turner & Gelleman, 2013).



Figure 2 : Signification des types d'évaluation dans le modèle transactionnel du stress

Le processus d'évaluation se décompose en 2 phases dites (1) « primaires » et (2) « secondaires » (Biggs et al., 2017; Bruchon-Schweitzer, 2001). L'évaluation primaire (1) a pour but de déterminer la pertinence d'un événement et le degré de danger pour l'individu. C'est ce qui apporte des informations utiles pour juger l'importance d'une situation et l'intérêt à s'y confronter (*i.e.* bénéfiques atteignables). Il existe 4 manières d'évaluer un événement (Ogden, 2014, p. 335). Les événements « insignifiants » ou « bénins et positifs » ne vont pas déclencher de réaction de stress parce qu'ils ne représentent pas de risques pour l'individu. Par exemple, des choses comme marcher ou réaliser un loisir sans danger ne produisent généralement pas de stress. Au contraire, les événements évalués comme « nuisibles et menaçants » ou « nuisibles et défiants » représentent un danger pour l'individu (*i.e.* risque de préjudice physique, social ou moral). L'évènement est évalué comme « menaçant » lorsque l'attention est particulièrement focalisée sur les pertes et les dommages réels ou anticipés. Au contraire, l'évènement est évalué comme « défiant » lorsque l'attention se focalise plus particulièrement sur les bénéfices et les possibilités de succès.

L'évaluation secondaire (2) traite des ressources internes (*e.g.* sentiment d'auto-efficacité, compétences de gestion de soi) et externes (*e.g.* soutien social, matériel et temps disponibles). Cette seconde évaluation a deux objectifs : estimer l'efficacité et la faisabilité des différentes stratégies de coping puis déterminer sa capacité à les mettre en place. Les stratégies de coping permettent de faire face à une situation problématique et, *in fine*, de s'adapter à un environnement menaçant. Elles correspondent plus précisément à : « 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 » (Lazarus & Folkman, 1984).

Après les phases évaluatives qui déterminent en partie la réponse de stress (*e.g.* intensité de l'activation physiologique : Feldman et al., 2004 ; Goldman et al., 2005), l'individu va mettre en place les stratégies de coping. Le coping permet de s'ajuster aux situations et de mieux gérer celles qui représentent une menace ou un danger. Lorsqu'il est efficace, il favorise la réalisation des objectifs que l'individu souhaite atteindre. Il est souvent catégorisé en deux perspectives différentes : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le premier comprend la modification de la source du stress alors que le second vise l'atténuation de la détresse émotionnelle et de l'activation physiologique associées au processus de stress (Carver et al., 1989). Même si une personne choisit initialement une ou plusieurs stratégies à mettre en place, celles-ci peuvent évoluer dans le temps. Le coping est un processus dynamique. Cela signifie que les efforts cognitifs et comportementaux sont en permanence réajustés en fonction des réévaluations sur les caractéristiques de la situation et sur les ressources disponibles (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Prenons l'exemple d'un examen. Une première évaluation estime la situation pertinente, car elle est nécessaire pour la validation d'un diplôme. Elle est également estimée menaçante, car il est possible d'être confronté à l'échec. La préparation de l'examen correspond à la mise en place de stratégies de coping. Au fur et à mesure, l'individu évalue ses connaissances et s'organise pour cibler ses révisions sur les points de difficultés. Les stratégies de coping sont modifiées pour améliorer leur faisabilité et leur efficacité. Même si les stratégies de coping ont une vocation adaptative, elles peuvent être fonctionnelles ou dysfonctionnelles. Autrement dit, leur utilisation entraîne des conséquences positives ou négatives sur l'adaptation et le bien-être des individus. L'évitement est par exemple une stratégie souvent dysfonctionnelle quand il est privilégié vis-à-vis de la confrontation avec le problème.

En résumé, l'approche transactionnelle permet de mieux comprendre le rôle de l'individu dans le processus de stress. Les phases évaluatives, la mise en place des stratégies de coping, les réévaluations de la situation et de l'efficacité du coping influent sur la réponse de stress en termes d'intensité, de fréquence d'apparition ainsi que la durée et le type de réponses physiologiques (DeLongis et al., 1988). Elle répond aux critiques formulées à l'encontre des modèles physiologiques précédents. Cette approche centrée sur les processus psychologiques mis en place par l'individu prend en compte la subjectivité au travers de l'interprétation de la situation. Le stress est un processus psychologique général qui impacte nos affects, notre cognition, nos comportements et notre physiologie. Il peut entraîner des conséquences délétères sur l'individu, notamment lorsqu'il favorise l'utilisation de stratégies de coping

dysfonctionnelles pour gérer une situation menaçante. L'utilisation de psychotropes comme le tabac pour réduire l'anxiété consécutive au processus de stress est un bon exemple. Dans la partie suivante, nous abordons brièvement les résultats de la littérature qui concernent les conséquences du stress sur la santé dans la partie suivante.

2.3. Stress : les conséquences sur la santé des individus

Le stress est un processus adaptatif. Il mobilise l'individu pour faire face aux dangers ou aux situations difficiles qu'elles soient exceptionnelles ou plus fréquentes. Toutefois, lorsque la réaction de stress apparaît avec une fréquence ou une intensité trop élevée, cela peut entraîner des conséquences négatives sur la santé de l'individu à plus ou moins long terme (Folkman et al., 1986). Les résultats de la littérature qui vont dans ce sens influencent fortement la vision négative du stress. Nous présentons dans la partie suivante les effets du stress sur la santé de différentes populations et nous concluons sur la nécessité de favoriser une régulation efficace du stress.

2.3.1 Stress et impact sur la santé des individus

La littérature présentée dans cette partie permet d'avoir un aperçu de l'impact délétère du stress sur la santé en général. Un environnement objectivement ou subjectivement stressant (*i.e.* facteurs de stress et évaluation de l'environnement) favorise la dégradation de la santé mentale et physique (Bovier et al., 2004; Cohen et al., 2007; Homan & Sirois, 2017; Lara-Cabrera et al., 2021; Moore et al., 2015). Le stress impacte la sphère émotionnelle et affective en favorisant l'humeur dépressive, l'anxiété et les symptômes associés (Choenarom et al., 2005; Cohen et al., 1983; Gloria & Steinhardt, 2016; Hewitt et al., 1992; Kwag et al., 2011). Il dégrade également le bien-être et la satisfaction de vie des individus (Extremera & Rey, 2015; Teh et al., 2015; Venus & Holtforth, 2022). De manière plus spécifique, le stress impacte la santé des travailleurs, car il facilite l'émergence de troubles psychologiques comme le burnout et il dégrade le bien-être (Atanes et al., 2015; Jamal, 2004; Ruiz-Fernández et al., 2020; Rupert & Dorociak, 2019).

Notre introduction met en avant les facteurs qui dégradent la santé des étudiants et des soignants pour organiser une politique de promotion de la santé. La littérature confirme l'impact

délétère du stress sur la santé, le bien-être et la satisfaction de vie des étudiants en général et en santé (Abolghasemi & Varaniyab, 2010; Ansari et al., 2014; Anwer et al., 2020; Costescu et al., 2018; Cotton et al., 2002; Myers et al., 2012; Stutts et al., 2018). Certaines études montrent aussi une diminution de la réussite académique (*e.g.* Park et al., 2012). Les étudiants infirmiers sont particulièrement touchés par l'impact négatif du stress (Gibbons, 2010; Gibbons et al., 2011; Li & Hasson, 2020) dû à la complexité et la spécificité de leur cursus (Gibbons et al., 2009; Sawatzky, 1998).

2.3.2 *Quelles solutions face aux effets délétères du stress ?*

Nous avons montré que l'excès de stress est néfaste pour la santé mentale et physique. Ces résultats questionnent les solutions à mettre en place pour favoriser la régulation du stress. La littérature étudie les facteurs qui protègent ou facilitent la gestion du stress. C'est grâce à ces facteurs personnels et environnementaux qu'il est possible de promouvoir la santé. Par exemple, la résilience et l'auto-compassion sont des ressources psychologiques qui limitent l'impact du stress sur la santé (Abolghasemi & Varaniyab, 2010; Finlay-Jones et al., 2015; Hasson et al., 2021; Homan & Sirois, 2017; Lara-Cabrera et al., 2021; Li & Hasson, 2020; Pinquart, 2009; Rahimi et al., 2014; Ríos-Risquez et al., 2016; Stutts et al., 2018). La résilience est souvent mesurée comme un ensemble de facteurs protecteurs favorisant la gestion et la régulation du stress et des émotions (*e.g.* Contrôle affectif et cognitif sous la pression). Ces ressources psychologiques peuvent être développées par les outils en psychologie comme la pratique de la pleine conscience (*e.g.* Galante et al., 2018; Jha et al., 2017).

D'après un exemple de modèle cognitivo-émotionnel (Labelle et al., 2001), la santé psychologique d'un individu se décrit en fonction de deux pôles. Le premier est la détresse psychologique qui correspond aux niveaux d'anxiété et de dépression. Le second est le bien-être qui se compose de plusieurs facteurs comme le niveau de satisfaction ou le sens attribué à la vie. La santé psychologique se caractérise donc par ses facettes affectives (*e.g.* ressenti) et cognitives (*e.g.* évaluation). Autrement dit, les émotions et les évaluations produites sur soi et l'environnement influencent notre état de santé. Sachant que le stress est fortement associé au fonctionnement émotionnel et cognitif (Lazarus, 1993), il est pertinent de cibler les facteurs qui régulent notre fonctionnement affectif pour la prévention du stress (*e.g.* Intelligence Émotionnelle). Ces ressources psychologiques sont susceptibles d'alimenter ce que Dunn et al.,

en 2008 nomment un « *réservoir* » dans lequel il est possible de puiser des ressources pour s'adapter aux situations. Il comprend notamment les styles de coping de l'individu. Les ressources sont consommées lorsque l'individu est confronté à des situations anxiogènes et stressantes. Pour pallier la diminution des ressources, il est nécessaire que l'individu soit suffisamment armé. L'élargissement du répertoire de coping et des tendances comportementales est par exemple en lien avec de meilleures capacités d'adaptation. En ce sens, Myers et al., 2012, préconisent de former les individus aux compétences d'IE (*e.g.* régulation des émotions) et de PC (*e.g.* acceptation) qui permettent la prévention du stress et des troubles psychologiques. Une méta-analyse montre que les techniques cognitivo-comportementales et la PC sont efficaces dans une certaine mesure pour diminuer le stress (Regehr et al., 2013).

2.4. Conclusion sur le stress et ses conséquences

Pour résumer cette partie, nous avons vu que l'excès de stress représente un risque pour la santé humaine (*e.g.* conséquences affectives, cognitives, physiques et comportementales). Face à cela, des efforts de prévention doivent être menés. Il est nécessaire de favoriser le développement de ressources psychologiques. Elles permettent de mieux gérer les difficultés et de réguler l'emballement de processus comme le stress. L'étude du stress et de ses conséquences délétères s'inscrit dans une forme de tradition en psychologie. Celle-ci s'est principalement concentrée sur l'étude des dysfonctionnements psychologiques avec la volonté de réduire la souffrance humaine. Cette approche est nécessaire mais insuffisante. En effet, la santé humaine ne se caractérise pas uniquement par l'absence de maladie ou de souffrance (*cf.* introduction). Elle comprend de nombreux facteurs qui contribuent à un « *état complet de bien-être* » et à un fonctionnement efficace et adaptatif des individus. La centration sur les facettes plus positives du fonctionnement humain (*e.g.* « *forces* », créativité, optimisme) est impulsée par la création d'un nouveau courant de pensée : la psychologie positive. Nous abordons plus précisément dans la prochaine partie la création et l'utilité de la psychologie positive ainsi que la notion de bien-être.

2.5. Bien-être et psychologie positive : comment définir les facteurs positifs du fonctionnement humain

2.5.1 Introduction

Les théories classiques de psychologie n'ont pas suffisamment pris en compte la modernisation du concept de santé proposé par l'OMS et spécifié dans la charte d'Ottawa. La psychologie s'est principalement centrée sur « *ce qui ne va pas* » et sur l'atténuation de la souffrance humaine. Les théories n'ont pas suffisamment questionné le fonctionnement humain lorsque « *cela va bien* » ainsi que les processus psychologiques qui y contribuent. Nous situons notre travail de thèse dans une vision positiviste de la santé qui s'ancre aujourd'hui dans un courant spécifique : la psychologie positive. Notre objectif est d'obtenir une vision intégrative de la santé humaine. Pour ce faire, nous prenons en compte les facteurs « *positifs* » et « *négatifs* » du fonctionnement humain comme le bien-être et le stress. Cela nous permet de répondre aux deux questions suivantes : (1) Est-ce que le développement des ressources psychologiques permet la prévention des facteurs de risques par l'amélioration de la régulation du stress ? (2) Est-ce que les ressources psychologiques contribuent à la promotion de la santé et plus particulièrement, l'amélioration du bien-être ? D'après nous, ces deux questions ne sont pas oppositives mais complémentaires. Nous présentons en quoi la psychologie positive présente un cadre adéquat pour répondre à ces questions.

2.5.2 L'impulsion de la psychologie positive : inversion du paradigme de la psychologie classique

L'histoire de la psychologie positive débute avec l'article princeps de Seligman & Csikszentmihalyi (2000). Ils présentent l'origine et les fondements de ce nouveau courant. Les motivations de ces deux auteurs prennent source dans leur rencontre et leurs réflexions professionnelles (*i.e.* sujets d'étude, expériences personnelles). Pour Seligman, c'est une discussion avec sa fille qui le poussa à un questionnement sur lui-même. C'est alors qu'il prit conscience de l'importance des « *forces* » individuelles qui permettent à l'individu de s'épanouir et de faire face à l'environnement. Il constate cependant une discordance entre l'état de la littérature en psychologie et ses objectifs initiaux.

Aux États-Unis, la psychologie avait originellement 3 objectifs : « *Soigner la maladie mentale, faire que la vie soit plus productive et épanouissante, identifier les talents et les faire progresser* » (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 2). Après la Seconde Guerre mondiale, pour des raisons économiques et contextuelles, la psychologie se centre sur la compréhension des pathologies et leurs traitements, ce qui a permis des avancées considérables en la matière. Mais pour Seligman (2000), c'est aussi ce qui diminue l'attention portée aux autres aspects centraux de la psychologie qui sont : l'amélioration de la vie de chacun et le développement des « *talents* » ou « *forces* » des individus. En complément, Csikszentmihalyi (2000) observa l'impact des bouleversements sociaux et psychologiques de la Seconde Guerre mondiale sur les populations adultes. Lorsque certains étaient désespérés et impuissants, d'autres se portaient mieux et semblaient s'adapter plus facilement aux difficultés auxquelles ils étaient confrontés. Il se demanda quelles étaient les « *forces* » qui permettaient à des individus confrontés à des situations pourtant similaires (*e.g.* pertes d'emploi, pauvreté ...) de réagir de manières complètement opposées.

Ces deux auteurs affirment leur volonté. Plutôt qu'étudier la souffrance et les difficultés humaines (*e.g.* émotions négatives, stressseurs ...), ils souhaitent centrer les études sur les facteurs qui contribuent au bien-être, au développement et à l'épanouissement des individus. En psychologie positive, il est donc question des compétences et des ressources psychologiques qui favorisent le bien-être. Ce courant permet de mettre l'accent, dès sa création, sur la prévention et la promotion de la santé. Les auteurs expliquent que « *Travailler exclusivement sur les manques personnels et les dommages cérébraux a produit une science peu adaptée pour prévenir une maladie* » (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 3-4). Dans cette perspective, la psychologie classique serait une science qui diagnostique et répare après coup. En revanche, elle manquerait de capacités pour anticiper les maladies et favoriser leur traitement préventif. Il est utile de connaître les causes et les facteurs de risque d'une maladie, car ils fournissent une première piste de compréhension et d'intervention en matière de santé. Il est toutefois plus pertinent d'allier cette perspective avec une considération plus générale et basée sur les facteurs psychologiques qui participent à l'épanouissement, l'adaptation face aux pressions issues de l'environnement et *in fine*, préservent un niveau de bien-être suffisant. Pour les auteurs, l'enjeu de la prévention réside dans le développement de « *forces* » et de « *vertus* » qui participent à l'épanouissement des personnes. Cette vision permet d'envisager des interventions de l'enfance à l'âge adulte pour étoffer les apprentissages et former à de nouvelles compétences.

2.5.3 *Comment peut-on précisément définir la psychologie positive et circonscrire les travaux qui s'y inscrivent ?*

La psychologie positive n'est pas une science nouvelle. L'étude des facteurs positifs du fonctionnement humain existait bien avant l'article de Seligman (*e.g.* intelligence émotionnelle, Salovey & Mayer, 1990 ; pleine conscience, Kabat-Zinn, 1982 ; bien-être, Diener, 1984). La psychologie positive possède des points communs avec l'approche humaniste de Rogers développée dans les années 50 (*e.g.* Maurer & Daukantaitė, 2020) comme l'intérêt porté sur les aspects positifs du fonctionnement psychologique. La psychologie positive est donc partiellement basée sur une littérature existante. Elle promeut toutefois l'enrichissement et la multiplication des études sur les facteurs contributifs du bien-être. La psychologie positive apporte une nouvelle façon d'aborder les problématiques psychologiques en posant la question suivante : « *Quelle est la nature de l'être humain qui fonctionne efficacement, qui applique avec succès les adaptations évolutives et les compétences acquises ? Et comment les psychologues peuvent-ils expliquer le fait que, malgré toutes les difficultés, la majorité des gens parvient à vivre une vie digne et utile ?* » (Sheldon & King, 2001).

Plutôt qu'étudier uniquement les anomalies et les dysfonctionnements psychologiques causes de souffrances, la psychologie positive remet l'emphase sur les facettes positives du fonctionnement humain. Gable & Haidt (2005) définissent la psychologie positive comme : « *l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des institutions* ». Cette thèse défend l'idée que le développement de compétences psychologiques est une manière de promouvoir la santé en apportant les ressources nécessaires pour faire face et traverser les situations difficiles qui sont rencontrées par les étudiants et par les professionnels de santé.

L'objectif de la psychologie positive n'est pas seulement de changer le regard sur la manière d'aborder les thématiques en psychologie. Elle répond à un déséquilibre entre les études qui traitent des facteurs positifs et celles qui étudient les facteurs négatifs (Vázquez et al., 2009). Les facteurs négatifs ont longtemps été surreprésentés (*i.e.* priorité et intérêt des recherches) dans les travaux en psychologie alors qu'au contraire, les facteurs positifs ont été sous-représentés dans les études. La psychologie positive cherche ainsi à établir un équilibre dans la production scientifique en se centrant sur des thématiques plus « *positives* ».

Pour conclure, la psychologie positive ne s'oppose pas à la littérature déjà existante. Elle cherche plutôt à limiter un biais de négativisme en se centrant sur le fonctionnement

adaptatif et optimal des individus. Pour cela, elle met l'emphase sur les facteurs qui contribuent au bien-être, au développement personnel et à l'épanouissement. La psychologie positive permet une compréhension plus globale et intégrée de la psychologie humaine. Dans une telle perspective, le principal marqueur de santé est le bien-être. Dans le paragraphe suivant, nous traitons du concept central, et parfois confus, de bien-être.

2.5.4 Concepts clés pour comprendre la psychologie positive : bonheur et bien-être

Avant de commencer à définir le bien-être, il est nécessaire de comprendre les limites du concept. C'est un terme polysémique qui englobe plusieurs autres concepts. Il peut par exemple couvrir les notions d'émotions positives, de satisfaction et de qualité de vie. Chaque auteur possède sa propre définition et sa vision des composantes du bien-être (Diener, 1984; Sewaybricker & Massola, 2022). Cela s'observe dans la littérature lorsque l'on constate le nombre d'outils de mesure du bien-être et la multiplicité des dimensions qui le composent (Lindert et al., 2015). De plus, le bien-être est souvent confondu avec le bonheur. Il existe un chevauchement important dans l'usage de ces termes (*e.g.* Ballas & Tranmer, 2012). Les auteurs les utilisent parfois de manière interchangeable, parfois de manière distinctive (Proctor, 2014 ; Raibley, 2012). Pour simplifier la compréhension de cette partie, nous considérons ces deux concepts comme proches et intriqués. Il n'existe aucun consensus sur leur différenciation et leur définition. Nous utilisons donc les deux termes sans distinction, mais nous préférons le terme de bien-être en référence aux travaux de Diener (Diener et al., 1999).

Lorsque l'on parle de la notion de bien-être, il existe plusieurs conceptions qui appartiennent à différents champs de réflexion hérités de la tradition philosophique. Il est difficile d'établir une définition précise du bien-être. C'est pourtant nécessaire pour construire des outils de mesure. Deux grandes approches sont évoquées pour définir le bien-être (ou le bonheur) : l'approche hédonique et l'approche eudémonique (Ryan & Deci, 2001; Vázquez et al., 2009).

Dans la première approche, le bien-être correspond au plaisir ressenti lors d'expériences évaluées comme agréables et à la satisfaction globale qui en découle. Dans la seconde, le bien-être ne se limite pas aux notions de plaisir, de satisfaction ou d'émotions positives. L'approche eudémonique intègre un ensemble plus large de facteurs pour expliquer l'origine du bonheur tel que la réalisation d'objectifs ayant du sens pour l'individu et la société. Ces facteurs

promouvent l'épanouissement et le développement des individus (e.g. acceptation sociale, maîtrise de l'environnement ...). Par exemple, Ryff & Keyes, 1995, proposent une formulation théorique et opérationnelle du bien-être qui se décompose en six facteurs distincts : « *acceptation de soi* », « *maîtrise de l'environnement* », « *relations positives* », « *sens dans la vie* », « *croissance personnelle* » et « *autonomie* ».

L'approche eudémonique possède plusieurs inconvénients. Premièrement, elle utilise des facteurs souvent étudiés ou inclus dans d'autres construits théoriques. Deuxièmement, elle se base sur des facteurs normatifs qui définissent ce qui réfère à une « *bonne* » vie ou une vie heureuse. L'approche hédoniste mesure le ressenti et la perception de l'individu vis-à-vis de lui-même et de son environnement de manière à en fournir une évaluation. Les deux approches sont complémentaires et cumulatives. D'après nous, l'approche eudémoniste organise un ensemble de facteurs psychologiques qui contribuent à l'amélioration du bien-être hédonique. Ces deux approches peuvent donc servir de base pour définir une conception multifactorielle de la santé qui n'est plus seulement l'absence de maladie (Keyes, 2005).

En résumé, les modèles hédonistes et eudémonistes se distinguent parce qu'ils ne prennent pas en compte les mêmes facteurs pour définir le bien-être et le bonheur. Pour Kesebir et Diener (2011, *Traité de psychologie positive*, p. 63), la majorité des études utilise une approche basée sur le bien-être subjectif. De manière générale, le bonheur correspond à un état de bien-être évalué par l'individu avec une composante cognitive et affective (Diener, 1984). Le bien-être subjectif inclut les caractéristiques suivantes : satisfaction de vie globale, satisfaction relative aux domaines de vie importants, niveau suffisant d'affects positifs, niveau faible d'affects négatifs.

2.5.5 Les conséquences positives de l'amélioration du bien-être

L'une des études les plus souvent citées pour évoquer l'impact du bonheur sur la santé est celle de Danner, Snowden et Friesen (2001). Les auteurs veulent montrer à l'aide d'un protocole longitudinal que les facettes positives du fonctionnement humain ont un impact important sur la santé. Les auteurs ont recueilli des journaux autobiographiques écrits au moment de l'entrée dans les ordres de religieux pour établir une mesure de bonheur basée sur la teneur des textes (i.e. orientation positive ou négative du discours). Les résultats sont pour le moins étonnants. La durée de vie moyenne des religieuses augmente de 6,9 ans dans le groupe

ayant le plus d'émotions positives comparativement à celui en ayant le moins. Dans cette étude, la fréquence et l'intensité des émotions positives sont des facteurs protecteurs de la santé humaine. Les résultats de cette étude sont toutefois soumis à de nombreuses limites (*e.g.* protocole et outils de mesure, absence de comorbidités, variations d'humeur entre les temps de mesure, échantillon non représentatif de la population générale ...). Nous explorons dans les parties suivantes d'autres résultats sur l'impact du bien-être sur la santé et nous commençons par la longévité.

2.5.5.1 Bien-être et espérance de vie.

Les résultats de l'étude précédente sont confirmés dans la littérature. L'impact favorable du bien-être sur la santé se traduit par une amélioration de la longévité, une diminution du risque de mortalité et une diminution du risque de pathologies cardio-vasculaires (Shirai et al., 2009; Tindle et al., 2009; Whang et al., 2009). L'effet positif du bien-être sur le risque de mortalité se retrouve à la fois chez les populations saines et malades (Chida & Steptoe, 2008). Par ailleurs, le bien-être, le bonheur et les affects positifs sont bénéfiques pour la santé en général et la santé physique (Howell et al., 2007; Lawrence et al., 2015; Martín-María et al., 2017; Pressman & Cohen, 2005; Siahpush et al., 2008). Il faut toutefois rester prudent sur l'interprétation des résultats, car les études sont peu nombreuses et souffrent d'une faible qualité méthodologique (Lawrence et al., 2015; Martín-María et al., 2017).

Plusieurs études donnent des pistes explicatives quant à l'effet favorable du bien-être sur la santé. Les inductions d'états affectifs ou d'humeurs comme le stress modifient le fonctionnement du système hormonal, immunitaire et nerveux (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Par exemple, Hjortskov et al., 2004, montrent des changements de pression sanguine suite à l'induction de stress ce qui expliquerait potentiellement l'augmentation de la mortalité (*e.g.* maladie cardiovasculaire). À l'inverse, les émotions positives pourraient favoriser le rétablissement par rapport à l'impact des émotions négatives et du stress (Howell et al., 2007 ; Fredrickson & Levenson, 1998) et améliorent le fonctionnement du système immunitaire (Lasselin et al., 2016; Marsland et al., 2007).

Pressman et Cohen (2005) expliquent que les affects positifs modifient favorablement le fonctionnement physiologique et comportemental (*e.g.* atténuation de l'activation du système nerveux sympathique, modification des pratiques de santé) tout en participant à réguler le stress psychologique (*e.g.* récupération plus rapide). (*cf.* figure 3).

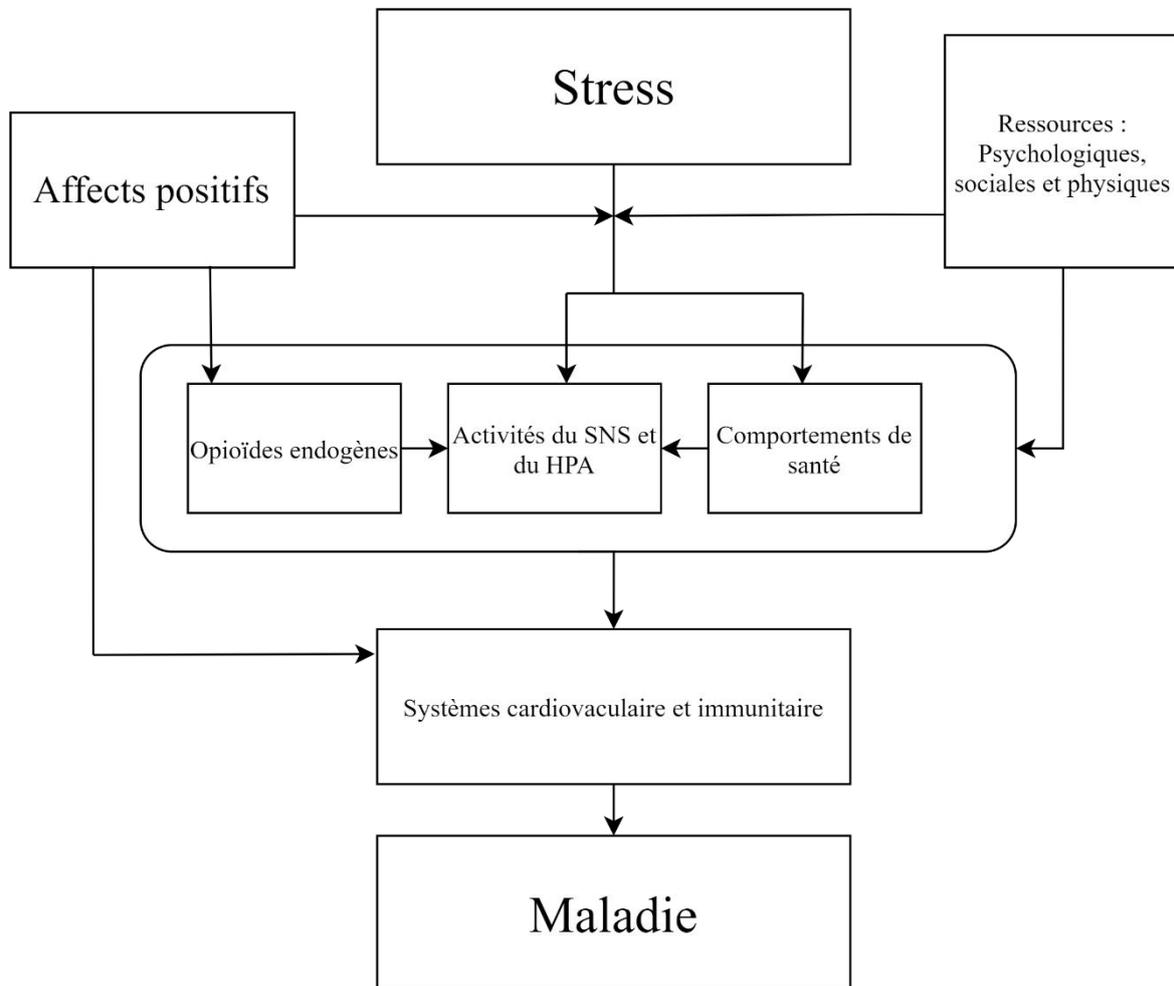


Figure 3 : Explication de l'impact du stress sur la santé et effet atténuateur des émotions positives, traduit de Pressman & Cohen, 2005. SNS = Système Nerveux Autonome ; HPA = Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

Ce modèle est cohérent avec les conclusions de Veenhoven, 2008. Le bien-être contribuerait directement à la santé physique via l'atténuation des effets néfastes de l'activation physiologique (*e.g.* accélération du rythme cardiaque ...), l'amélioration des comportements de santé (*e.g.* diminution de la consommation de tabac ...) et un élargissement des ressources permettant une adaptation plus efficace (*e.g.* capacités de décision, gestion du stress).

2.5.5.2 Bien-être et santé psychologique

Le bien-être n'est pas seulement un déterminant de l'espérance de vie et de la santé physique. C'est un marqueur associé à une meilleure santé psychologique. Le niveau de bien-être des individus est par exemple utilisé pour identifier les individus atteints de dépression (Furuya et al., 2013; Ghazisaeedi et al., 2021; Krieger et al., 2014; Topp et al., 2015). Le bien-être est associé à une meilleure santé mentale et à une diminution des symptômes psychopathologiques (Bradshaw & Brekke, 1999; Dadfar et al., 2018; Diener & Seligman, 2002; Lyubomirsky et al., 2005; Packer et al., 1997; Perneger et al., 2004). Par exemple, une étude de Wu (2014), montre que le bien-être prédit positivement la qualité de vie des patients. Une autre étude montre que certaines composantes du bien-être comme l'estime de soi et le bonheur protègent l'individu de la dépression et de l'anxiété (Labelle et al., 2001). Ces résultats confirment que le bien-être est un prédicteur ou a minima, un indicateur de la santé psychologique.

2.5.5.3 Bien-être et relations sociales

Le bien-être est également associé à la qualité des relations sociales et inversement (Diener & Seligman, 2002, 2004; Lyubomirsky et al., 2005). Plusieurs résultats permettent de confirmer ces relations. Premièrement, la solitude va dégrader le niveau de bien-être et favoriser les symptômes dépressifs (Chen & Feeley, 2014; Erzen & Çikrikci, 2018; Lee & Ishii-Kuntz, 1987). Deuxièmement, la présence d'autrui génère des affects positifs et la qualité des relations améliore la satisfaction de vie (Gustavson et al., 2016; Pavot et al., 1990). Le lien entre le bien-être et les relations sociales s'explique par plusieurs facteurs comme le support social, la possibilité de se confier et le sentiment d'appartenance (Lansford et al., 2005). La littérature montre que le support social est un prédicteur important du bien-être (Brajša-Žganec et al., 2018; Chu et al., 2010; Moeini et al., 2018; Siedlecki et al., 2014) et pourrait expliquer une partie des effets du bien-être sur la longévité (Brown et al., 2003).

2.5.5.4 Promouvoir le bien-être : une solution face à la dégradation de la santé

La promotion du bien-être est une solution possible aux problématiques rencontrées dans le travail universitaire et chez les professions soignantes. Nous avons montré que le bien-être favorise la santé physique et psychologique ainsi que la qualité des relations sociales. Il a également un effet bénéfique sur la qualité du travail. Le bien-être est significativement associé à la performance au travail, à la diminution de l'insécurité au travail ou encore à la créativité (Cotton & Hart, 2003; Cropanzano & Wright, 1999; Darvishmotevali & Ali, 2020; Jalali & Heidari, 2016; T. Wright & Cropanzano, 2000) y compris dans le travail universitaire (Cotton et al., 2002). Le bien-être permet d'améliorer la satisfaction au travail et de limiter le turnover (Wright et al., 2007 ; Wright & Bonett, 2007). Le lieu de travail est un milieu où les émotions ont longtemps été considérées comme problématiques (Ashkanasy & Dorris, 2017). Une étude montre pourtant que les affects positifs et l'adéquation entre l'emploi et l'individu sont prédicteurs du bien-être et de la performance des salariés (Lin et al., 2014). Les facteurs affectifs et cognitifs constitutifs du bien-être sont à prendre en compte pour l'amélioration de la santé et de la productivité des salariés.

2.6. Conclusion du chapitre I

Le bien-être est un construit central en psychologie positive. Il se décompose en 3 éléments dans l'approche hédoniste : affects positifs, négatifs et satisfaction de vie. La littérature souligne l'intérêt du bien-être en ce qui concerne la prévention et la promotion en santé. En effet, il est positivement lié à la santé physique et mentale, la qualité des relations sociales, la satisfaction et la performance au travail. Suivant le positionnement, il peut être un marqueur de santé ou un prédicteur des variables de santé. Autrement dit, le bien-être s'inscrit dans des modèles circulaires (*e.g.* la santé physique impacte le niveau de bien-être et inversement).

Comme le suggèrent Pressman & Cohen (2005), le bien-être participe à la régulation du stress. Dans le but de maximiser l'impact des interventions en psychologie, il est pertinent d'étudier les facteurs qui promeuvent le bien-être tout en favorisant la régulation du stress. Nous notons que le bien-être et le stress sont fortement liés aux émotions et au fonctionnement affectif. Le premier se compose d'une dimension affective. Le second est lié à des changements

de l'humeur et il possède des similarités avec le fonctionnement des émotions. Le bien-être et le stress possèdent également une facette cognitive (*i.e.* évaluation d'une situation spécifique ou de la vie en général). Nous questionnons dans les chapitres suivants l'efficacité de l'IE et de la PC pour favoriser les ressources affectives et cognitives qui promeuvent le bien-être et facilitent la régulation du stress. Cet objectif s'inscrit plus largement dans la promotion de la santé des populations de soignants et d'étudiants.

3. Chapitre II - Émotions et intelligence émotionnelle

3.1. Introduction générale

Dans ce second chapitre, nous nous centrons sur les émotions et l'Intelligence Émotionnelle (IE). Dans un premier temps, nous insistons sur l'importance des processus émotionnels lorsque l'on considère la santé psychologique. Nous définissons ensuite les émotions et présentons leur origine en nous appuyant sur une conceptualisation évolutionniste. Ces éléments permettent de comprendre le fonctionnement des émotions ainsi que leur utilité adaptative dans l'histoire de l'espèce humaine. Nous pondérons toutefois le caractère purement adaptatif des émotions étant donné leurs conséquences parfois délétères sur l'individu. Elles peuvent notamment entraîner des comportements dysfonctionnels (*e.g.* évitements systématiques). Elles sont en effet le marqueur de dysfonctionnements dans les psychopathologies communes (*e.g.* dépression) et entraînent des comportements de régulation nocifs pour la santé (*e.g.* conduites addictives). Nous concluons par un rapprochement entre les émotions et le processus de stress. Il nous semble important de faire un pont entre ces deux champs d'études distincts qui partagent pourtant plusieurs points communs (*e.g.* impact de l'évaluation d'une situation sur la manifestation du stress et des émotions).

Dans un second temps, nous présentons brièvement l'historique du concept d'IE en distinguant les modèles traits et capacités. Nous évoquons leurs principales différences et nous nous positionnons dans un modèle qui intègre ces deux perspectives : le modèle des compétences émotionnelles. Ce modèle apporte une réponse aux débats sur les conceptualisations de l'IE. Il propose pour cela un agrégat de compétences qui découlent de notre relation avec les émotions (*e.g.* capacité d'identification des émotions). Nous présentons chacune des compétences plus en détail pour permettre une meilleure compréhension de leur impact sur le fonctionnement psychologique. Enfin, nous concluons ce chapitre en présentant les résultats de la littérature qui soulignent le caractère adaptatif de l'IE, et *in fine*, son potentiel pour la promotion de la santé psychologique et physique. En effet, l'IE est pertinente pour la promotion du bien-être et l'atténuation du stress ainsi que de ses effets délétères sur la sphère affective.

Pour rappel, en psychologie, bon nombre d'approches différencient les cognitions, les affects et conations comme par exemple, la théorie tricomponentielle des attitudes de Rosenberg (1960). La cognition comprend des processus mentaux comme l'attention ou la

mémoire. Le fonctionnement affectif inclut les émotions, le tempérament et d'autres concepts proches des émotions comme l'empathie. Les conations correspondent aux comportements adoptés par les individus. Ces différentes dimensions du fonctionnement psychologique interagissent, s'influencent et rétro-agissent les unes sur les autres. Par exemple, une émotion peut entraîner ou faciliter l'apparition de pensées (*e.g.* tristesse facilite l'apparition de pensées auto-dépréciatives) et à l'inverse, les pensées peuvent exacerber ou au contraire limiter l'impact des émotions (*e.g.* dépression et rumination dépressive). Les comportements sont déterminés par les prises de décisions qui sont en partie influencées par notre cognition et notre fonctionnement affectif.

Les émotions sont primordiales lorsque l'on s'intéresse à la santé. Premièrement, nous constatons que les troubles psychologiques sont souvent associés aux émotions. Dans le DSM-V et la CIM-11, plusieurs catégories sont particulièrement liées ou caractérisées par leur facette émotionnelle (*e.g.* troubles dépressifs, anxieux et bipolaires) tandis que d'autres produisent un impact sur le fonctionnement affectif (*e.g.* trouble du spectre autistique, schizophrénie). Autrement dit, les dysfonctionnements et les dysrégulations émotionnelles entraînent des symptômes qui peuvent être à l'origine d'un trouble ou inversement. Deuxièmement, les émotions sont également associées ou intégrées aux approches sur le bien-être (*e.g.* Diener et al., 1999). Dans le chapitre précédent, nous avons remarqué que beaucoup de conceptions du bien-être évaluent la sphère émotionnelle (*e.g.* fréquence d'émotions positives) qui détermine partiellement le bien-être perçu. À contrario, les émotions négatives sont généralement associées à la détresse psychologique et à la diminution du bien-être (*e.g.* Fredrickson, 2000). Troisièmement, les métiers associés à la santé mobilisent les sphères relationnelles et affectives des salariés. En conséquence, les émotions sont étroitement associées à la santé psychologique des soignants et plus largement, des métiers relationnels. Il est important de prendre en compte les processus associés dans un objectif de prévention des psychopathologies en lien avec l'activité des salariés (*e.g.* burnout).

3.2. Qu'est-ce que les émotions ?

Étymologiquement, le mot émotion vient du latin « *ex movere* » qui signifie « *mettre en mouvement* » ou ébranler (Apter et al., 2010). Les dimensions motivationnelles et comportementales sont mises en avant. Les émotions poussent à l'action et orientent les

comportements. Elles sont souvent associées au ressenti dans le langage courant. Pour Rimé, 2016, il existe historiquement trois types de modèles qui étudient les émotions : biopsychologique/évolutionniste, physiologique et cognitif. Le premier courant d'inspiration darwinienne permet de comprendre l'origine et l'utilité des émotions comme un processus sélectionné à travers l'évolution des espèces. Le second permet de comprendre la réaction du corps et le fonctionnement biochimique conséquents à l'apparition d'une émotion. Le dernier renvoie à l'influence des processus mentaux sur le fonctionnement émotionnel. Elles nécessitent donc plusieurs approches pour les comprendre de manière exhaustive. Salovey et Mayer (1990) décrivent les émotions comme : « [...] *des réponses organisées, traversant les frontières de nombreux sous-systèmes psychologiques, comme les systèmes physiologique, cognitif, motivationnel et expérientiel. En général, les émotions apparaissent en réponse à des événements internes ou externes qui ont une signification et une valence positive ou négative pour l'individu. Les émotions se distinguent du concept proche d'humeur car elles sont plus courtes et souvent plus intenses.* » (p. 2). Les émotions mobilisent un ensemble de processus complexes et transversaux. En effet, leur fonctionnement s'organise autour de plusieurs composantes que nous présentons dans la partie suivante.

3.2.1 Composantes des émotions

Scherer (2005) propose un modèle multidimensionnel où les émotions sont décrites d'après 5 dimensions (Coppin & Sander, 2010) : cognitive, physiologique, motivationnelle, expressive et subjective. La première composante fait référence aux évaluations cognitives et à l'interprétation de la situation qui modifient l'apparition, l'expression et l'intensité des émotions. La deuxième composante renvoie aux changements physiologiques comme l'activation de réseaux neuronaux spécifiques, la sécrétion d'hormones (*e.g.* adrénaline avec la colère ...) et les modifications corporelles entraînées par le système sympathique et parasympathique. La troisième dimension renvoie à l'aspect communicationnel des émotions au travers de leurs caractéristiques motrices, de leur impact sur les gestes, la posture et les expressions du visage. Cette composante met en avant la capacité des émotions à transmettre de l'information aux congénères (*e.g.* la peur renvoie potentiellement à la présence d'un danger). La quatrième dimension renvoie à la motivation car les émotions favorisent la tendance à l'action ou l'intention d'agir pour répondre au stimulus émotionnel (*e.g.* peur, évitement ou fuite ; joie, partage social et ouverture). La cinquième dimension traite du ressenti subjectif.

C'est ce qu'évoque le terme d'émotion dans le langage commun. Le modèle de Scherer est intéressant car il permet la prise en compte de plusieurs composantes émotionnelles dans un seul modèle (Coppin & Sander, 2010).

3.2.2 Les émotions primaires et les émotions secondaires

L'aspect à la fois adaptatif et délétère des émotions semble faire consensus dans la littérature. Pourtant, si les émotions ne sont que l'expression d'un fait culturel, elles ne peuvent être envisagées sous l'angle évolutionniste. Peut-on considérer les émotions comme universellement partagées ou sont-elles le produit de la culture ? Pour cela, il faut s'appuyer sur les modèles qui délimitent les émotions universellement partagées (*i.e.* émotions de base) et les émotions spécifiques à la culture d'appartenance (Tracy & Randles, 2011). La littérature sur le sujet dresse plusieurs listes d'émotions de base communes à toutes les cultures (*cf.* tableau 1).

Tableau 1 : Liste des émotions de base en fonction des auteurs

Ekman (1992a)	Panksepp (1989)	Tomkins (1980)	Plutchik (1979)	Izard (1971)
Colère	Colère	Colère	Colère	Colère
Dégout	Peur	Dégoût	Dégout	Détresse
Joie	Attente	Joie	Joie	Joie
Peur	Panique	Peur	Peur	Peur
Surprise		Surprise	Surprise	Surprise
Tristesse		Mépris	Tristesse	Tristesse
		Honte	Acceptation	Mépris
		Intérêt	Anticipation	Honte
		Détresse		Intérêt
				Culpabilité
				Amour

Note : tiré du livre « Les compétences émotionnelles », p. 44-45

3.2.2.1 Critères d'identification des émotions de base

La typologie des émotions de base ne fait pas consensus parmi les auteurs (*cf.* tableau 1). Certaines émotions comme la peur sont communes à l'ensemble des théories, alors que d'autres comme l'acceptation sont spécifiques à un modèle en particulier. Pour Ekman (1992), la littérature permet d'apporter un nombre de preuves suffisantes pour défendre l'idée

d'émotions de base. Ces émotions doivent être sélectionnées à partir de 9 critères bien établis (Ekman, 1992b) : signaux (expression) distinctifs et universels ; présence chez d'autres primates ; fonctionnement physiologique distinct ; caractéristiques distinctives concernant les éléments déclencheurs ; cohérence des réponses émotionnelles ; déclenchement rapide ; durée courte ; évaluation automatique ; apparition spontanée.

Malgré le manque de consensus sur ces travaux et les critiques qui peuvent être formulées (*e.g.* difficulté à valider l'ensemble des critères), l'universalité des émotions de base permet de justifier une origine évolutive et adaptative des émotions. La richesse du vécu émotionnel n'est cependant pas représentée dans les émotions de base. Les émotions dites secondaires ou complexes sont des émotions qui sont plus spécifiques à la culture au niveau de leur vécu et de leur expression. Elles permettent de rendre compte de la diversité émotionnelle à travers les cultures. Au Japon, il existe par exemple l'émotion « *Amae* » (Niiya et al., 2006) qui correspond à un sentiment d'attachement.

3.3. Intérêt des émotions pour le fonctionnement humain

3.3.1 Émotions : facteur de variation

L'universalité relative des émotions permet d'émettre l'hypothèse d'une origine adaptative. L'objectif principal d'une émotion est de modifier le fonctionnement psychologique et physiologique d'un individu pour répondre efficacement aux situations vécues. Les déclencheurs émotionnels proviennent de l'environnement externe (*e.g.* situation plaisante ou menaçante) ou d'un stimulus interne (*e.g.* pensées, sensations ...). L'émergence d'une émotion entraîne à son tour une modification du fonctionnement cognitif (*e.g.* mémoire, attention), physiologique (*e.g.* accélération) et comportemental (*e.g.* prise de décision). D'un point de vue évolutionniste, ces changements élargissent ou réduisent le répertoire comportemental pour répondre de manière plus adaptée à la situation et favoriser la survie.

3.3.2 Émotions : caractère informatif

Comme nous l'avons vu, les émotions de base ont une expression relativement universelle. Elles transmettent des informations sur l'état d'un individu (Clare, Gasper et Garvin, 2001) au niveau personnel (*e.g.* la joie peut marquer l'atteinte d'un objectif) et

interpersonnel (*e.g.* la peur montre qu'un danger est présent dans les environs aux congénères). Les émotions informent également sur la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins (Kotsou, 2019, p. 63-64). Les émotions positives accompagnent généralement la réalisation d'objectifs alors que les émotions négatives résultent souvent de la confrontation à des obstacles ou des difficultés à atteindre nos objectifs.

3.3.3 Émotions : caractère motivationnel

Les émotions ne sont pas de simples marqueurs de notre état interne et de l'interaction avec l'environnement. Elles tendent à favoriser ou inhiber l'apparition de comportements plus ou moins systématiques et spécifiques (Sagaspe et al., 2011). L'émotion pousse à répondre aux stimuli environnementaux rapidement. La peur favorise par exemple un comportement de fuite ou l'inhibition des réactions comportementales via un processus de sidération, alors que la colère pousse plutôt à l'agression ou la défense (*cf.* tableau 2).

Tableau 2 : conséquences des émotions et comportements associés

Émotion	Fonction adaptative	Stimulus déclencheur	Comportements
Peur	Protection	Menace	Fuite
Colère	Destruction	Obstacle, injustice	Mordre, Frapper
Tristesse	Réinsertion/réflexion	Échec, perte d'une personne aimée ou d'un objet	Pleurer, appeler à l'aide
Dégoût	Rejet	Objet/substance immonde/Personne nuisible	Vomir, jeter au loin, rejeter du groupe
Surprise	Orientation	Objet nouveau, soudain	S'arrêter, s'alerter
Joie	Exploration	Atteinte d'un objectif	Sauter de joie, explorer
Amour tendresse	Affiliation, reproduction	Présence d'un être cher	Partager, prendre soin

Note : tableau adapté du livre « les compétences émotionnelles » p.19

L'aspect universel des émotions, leur importance communicationnelle chez l'espèce humaine et leur influence sur la cognition mènent à proposer l'hypothèse de l'évolution comme déterminisme des émotions. En effet, un système de processus aussi élaboré est susceptible d'avoir une raison d'exister en dehors du hasard. L'hypothèse d'un caractère adaptatif, et potentiellement, d'une origine évolutive des émotions n'est pas récente. Nous décrivons dans les prochaines parties son origine et l'impact sur la conceptualisation des processus émotionnels.

3.4. Émotions : une fonction adaptative comparable au processus de stress

Darwin (1872) propose l'hypothèse de la sélection des émotions au cours de l'histoire évolutive des espèces (Hess & Thibault, 2009). Il met en avant dans ses travaux l'importance des émotions pour la communication chez l'homme et l'animal. D'après la psychologie évolutionniste, les comportements et les processus qui participent à notre fonctionnement ont été sélectionnés pour permettre la survie de l'espèce. Ces comportements et ces processus favorisent en général les réponses les plus adaptées possibles face à l'environnement. Autrement dit, les émotions appartiennent aux facteurs qui favorisent la survie des individus. D'après Cosmides & Tooby, 2000 : « *Une perspective évolutionniste conduit à considérer l'esprit comme un zoo surpeuplé de programmes évolués et spécifiques à un domaine. Chacun d'entre eux est fonctionnellement spécialisé dans la résolution d'un problème adaptatif différent survenu au cours de l'évolution des hominidés, comme la reconnaissance des visages, la recherche de nourriture, le choix du partenaire, la régulation du rythme cardiaque, la gestion du sommeil ou la vigilance vis-à-vis des prédateurs, et chacun est activé par un ensemble différent d'indices provenant de l'environnement* » (p. 1).

Pour ces auteurs, il est possible que les programmes qui guident notre comportement entrent en conflit. Ces conflits aboutissent à des résultats contradictoires concernant la conduite à adopter face à une situation. En conséquence, les émotions interviennent en tant que « *méta-programmes* » destinés à orchestrer le fonctionnement de l'ensemble des autres « *sous-programmes* » dans une situation donnée. Cela permet par exemple de synchroniser et de coordonner les programmes associés à l'attention, la mémoire et la physiologie pour limiter les conflits entre ces programmes. Les émotions permettent de considérer le fonctionnement psychologique de manière plus intégrée, car elles sont essentielles à la régulation globale de l'organisme et des comportements (Damasio, 1998).

3.4.1 Exemple : qu'est-ce que la fonction « Chef d'orchestre » des émotions ?

Dans cette partie, nous adaptons en français l'exemple de Cosmides & Tooby (2000) pour mieux comprendre le propos des auteurs. Cet exemple traite d'une situation commune à laquelle nos ancêtres ont probablement été confrontés régulièrement.

En pleine nuit, différents signaux peuvent activer la peur d'être traqué par des prédateurs. Si cette possibilité s'active (*i.e.* impression de danger en lien avec un prédateur), l'émotion de peur vient modifier l'organisation des programmes en cours d'utilisation, autrement dit, le fonctionnement psychologique dans son ensemble. Cela produit un changement dans la perception et l'attention (*i.e.* modification du seuil d'alerte et de la perception des sons). Les priorités motivationnelles changent en mettant l'accent sur la sécurité (*i.e.* situation initiale de sommeil *vs.* écarter le danger ou se protéger). D'autres phénomènes peuvent apparaître comme une focalisation de la conscience sur le présent (*i.e.* caractéristiques de la situation) ou encore la mise au second plan de la sensation de faim ou de fatigue. La sélection des informations se dirige en priorité vers ce qui est important dans la situation, avec qui et avec quoi se défendre contre le danger (*e.g.* pour une mère, la localisation de son enfant). L'évaluation et la catégorisation des situations et des caractéristiques de l'environnement sont modifiées (*e.g.* ce qui est habituellement sûr devient dangereux). La mémoire s'oriente vers la récupération d'informations qui permettent la fuite ou la protection (*e.g.* où sont les armes pour se défendre, les torches pour faire fuir le prédateur ou obtenir une meilleure vision). L'émotion est communiquée aux autres par l'expression directe ou par l'expression faciale, ce qui entraîne une contagion émotionnelle et l'orientation des comportements du groupe. Le cerveau produit des inférences sur la situation pour évaluer son niveau de dangerosité (*e.g.* le prédateur m'a-t-il vu ? Est-il agressif ?). En fonction des réponses à ces inférences, le comportement est modifié (*e.g.* fuite, sidération, combat). L'apprentissage et la mémorisation se modifient à travers l'activation de certains réseaux neuronaux (*e.g.* amygdale) pour conditionner l'individu face aux prochaines menaces de ce type. La physiologie est également impactée (*e.g.* changement de pression artérielle, accélération ou ralentissement des battements cardiaques, sécrétion de neuro-hormones, sur-activation de certaines zones du cerveau). Enfin, les caractéristiques habituelles de la prise de décision sont modifiées. En fonction de la situation, elle est plus ou moins automatique et rapide pour être suffisamment efficace. Dans cet exemple, plusieurs possibilités peuvent être choisies comme la fuite, se cacher, se défendre, rester immobile ou

recruter des congénères pour faire front face au prédateur. Même si les émotions tendent à orienter les comportements dans le sens de la survie, elles sont régulièrement la cause ou le symptôme de nombreuses problématiques de santé.

3.4.2 Conséquences maladaptatives des émotions : similarités avec le processus de stress

Les émotions sont-elles toujours adaptatives et permettent-elles de prendre les meilleures décisions ? Ont-elles des conséquences sur la santé des individus ? Les émotions sont dysfonctionnelles lorsqu'elles ne permettent pas de répondre de manière adaptée à une situation, notamment si elles nuisent au bien-être ou à la performance et à l'atteinte des buts que l'individu s'est fixés (Mikolajczak, *Traité de régulation des émotions*, p. 21-22). Ce constat pose la question suivante : comment gérer les émotions pour tirer le meilleur de celles-ci et limiter les dysfonctionnements qui entraînent la diminution de leur intérêt adaptatif et la dégradation de la santé des individus ? En effet, les émotions favorisent des bénéfices à court, moyen ou long terme, mais elles peuvent aussi nuire à l'individu. Cette constatation n'est pas exclusive aux émotions, car elles partagent de nombreuses caractéristiques communes avec le stress perçu. D'autres facteurs régulent les dysfonctionnements émotionnels pour conserver l'intérêt adaptatif et limiter la dégradation de la santé psychologique. L'IE permet en partie de répondre à cette problématique de gestion des émotions mais également du stress. Dans les parties suivantes, nous commençons par souligner les similarités entre les émotions et le stress, puis nous présentons le construit d'IE et son intérêt pour répondre aux problématiques entraînées par le stress et les émotions.

3.4.3 Stress et émotions : deux concepts fortement intriqués

Qu'est-ce qui rapproche les processus émotionnels du stress perçu ? Premièrement, le déroulement du processus est semblable. La perception et l'interprétation d'une situation déterminent en grande partie la fréquence et l'intensité des émotions et des réactions de stress. Toutefois, les émotions ne renvoient pas toujours à une menace ou une situation potentiellement préjudiciable (*e.g.* émotions positives). Les émotions se distinguent donc du stress, car elles n'impliquent pas nécessairement une évaluation des ressources pour se confronter à une situation problématique. Deuxièmement, au niveau adaptatif, le stress comme les émotions ont

vocation à mobiliser le corps et l'esprit pour répondre aux situations rapidement et d'une manière adaptée. Troisièmement, le stress peut également se concevoir comme un méta-programme qui coordonne le corps et l'esprit vers la résolution d'une problématique rencontrée dans l'environnement. Ces constats positionnent le stress comme un indicateur de santé pertinent et moins spécifique comparativement aux émotions. En effet, il partage de nombreux points communs avec le fonctionnement émotionnel et il est directement associé à l'émergence de l'anxiété (*i.e.* déclencheurs ou conséquences d'une émotion).

Le stress et les émotions sont des processus adaptatifs. Cependant, ils risquent de produire des conséquences inadaptées si les capacités de gestion sont trop faibles ou si les demandes de l'environnement sont trop fortes. Ces processus deviennent alors dysfonctionnels lorsqu'ils entraînent des conséquences délétères sur la santé physique et psychologique de l'individu. Plus précisément, ils nuisent à leur fonction initiale d'ajustement face à l'environnement lorsqu'ils impactent négativement le bien-être, l'atteinte d'objectifs, l'efficacité des réponses fournies pour lutter contre les pressions environnementales et la performance dans les tâches importantes pour l'individu. Notre questionnement se dirige vers les facteurs qui favorisent l'efficacité des processus adaptatifs tout en limitant leurs dysfonctionnements. Pour ce faire, nous abordons l'IE dans la prochaine partie de ce chapitre.

3.5. Intelligence émotionnelle : une approche qui tire son origine des débats sur l'intelligence générale

3.5.1 Introduction

L'IE est un concept popularisé en dehors de la communauté scientifique par Goleman (Ashkanasy & Daus, 2005) et la publication de son livre à succès « *Emotional Intelligence* » (1995). Dans le milieu scientifique, la paternité du concept est généralement attribuée à Salovey et Mayer (1989-1990). Dans la partie suivante, nous présentons plus en détail l'origine de l'IE, nous abordons le modèle des compétences émotionnelles et nous passons en revue les résultats scientifiques sur l'impact de l'IE.

3.5.2 *Origine historique de l'IE : intelligence et adaptation*

Les réflexions sur l'IE trouvent leur origine bien en amont du début de sa conceptualisation, lors des débats sur les typologies d'intelligence et les facteurs qui participent à la réussite humaine. Thorndike, 1920 (Thorndike & Stein, 1937) distingue par exemple plusieurs types d'intelligence dont l'une d'elles est sociale. Elle se réfère à « *la capacité à comprendre et gérer les hommes et les femmes [...] – d'agir judicieusement dans les relations humaines* ». La compréhension recouvre alors les états internes, les motivations et les comportements d'autrui (Dhani & Sharma, 2016). Il évoque déjà la possibilité d'utiliser des tests de décryptage des expressions faciales pour évaluer ce type d'intelligence (cf. travaux de Ekman). Bien que Wechsler soit à l'origine de notre conception moderne du quotient intellectuel (*i.e.* vision classique de l'intelligence), il introduit pour sa part l'idée d'intelligence « *non-cognitive* » qui expliquerait une partie non négligeable des capacités d'adaptations humaines (Wechsler, 1943). Il propose une définition élargie de l'intelligence : « *L'intelligence est la capacité agrégée ou globale de l'individu à agir intentionnellement, de penser rationnellement, et de faire face à son environnement avec efficacité* ». L'IE et l'ensemble des facteurs qui participent à l'adaptation peuvent aisément s'inscrire dans ce type de définition. Cela montre les limites des mesures et conceptions utilisées à cette époque pour une mesure de la plus « *exhaustive possible* » de l'intelligence (Salovey & Mayer, 1990).

Dès les années 20, les explications du QI ou de l'intelligence générale semblent insuffisantes pour comprendre les capacités d'adaptation et la réussite des individus. Plus récemment, le concept d'intelligences multiples de Gardner (1983) reprend l'idée d'une « *intelligence sociale* » tout en développant d'autres types d'intelligences (*e.g.* intelligence interpersonnelle, intelligence intrapersonnelle, intelligence spatiale ...). Ce type d'approche est toutefois complexe à opérationnaliser. Il est donc difficile d'avoir des preuves empiriques qui appuient ces théories. Peu de temps après les travaux de Gardner, Salovey et Mayer (1990) présentent l'IE comme une partie spécifique de l'intelligence sociale. La théorie de Gardner a donc fortement influencé les conceptualisations de l'IE. Cela explique le chevauchement sémantique avec d'autres concepts (*e.g.* autonomie, indépendance, Bar-On, 2006). Salovey et Mayer (1990) proposent une approche centrée uniquement sur les émotions (*i.e.* approche capacité) et ils développent des méthodes de mesures s'inspirant des tests classiques d'intelligence (*i.e.* mesure d'une performance maximale). Nous abordons ces aspects dans les parties suivantes.

3.5.3 Intelligence émotionnelle : modèle intégratif des compétences émotionnelles

Les modèles classiques d'IE sont différents sur le plan théorique et opérationnel. D'un point de vue conceptuel, une partie des modèles « *traits* » se rapproche des théories de la personnalité alors que les modèles « *capacités* » s'en éloignent. Dans les modèles traits, la conceptualisation des dimensions est généralement moins spécifique en comparaison aux modèles capacités. Le principal point d'achoppement entre les deux approches reste la méthode de mesure de l'IE. Les modèles traits mesurent les tendances comportementales auto-évaluées des sujets (*i.e.* questionnaires auto-rapportés) alors que le modèle capacité de Salovey & Mayer (1990) mesure la performance maximale (*i.e.* réussite/échec aux tests).

Mikolajczak propose un modèle qui intègre les deux perspectives (Mikolajczak, 2010). Pour cette auteure, il existe un consensus sur la définition des compétences émotionnelles. Elles réfèrent aux « *différences inter-individuelles dans la manière dont ils identifient, expriment, comprennent, régulent et utilisent leurs émotions et celles d'autrui* » (Mikolajczak, 2014a, p. 7). L'IE se décompose en 2 dimensions générales : intra-individuelle et inter-individuelle. Elles se subdivisent en 5 compétences spécifiques (*cf.* figure 4). L'identification correspond à la capacité à reconnaître et nommer ses émotions et celles d'autrui. L'expression ou l'écoute correspondent à la capacité à communiquer ses émotions et recevoir celles des autres. La compréhension renvoie à la capacité à expliquer son vécu émotionnel en fonction de ses déterminants (*i.e.* éléments déclencheurs, besoins sous-jacents ...) et des conséquences psychologiques et physiques. La régulation correspond à la capacité à moduler les émotions en termes d'intensité, de fréquence ou de valence. Enfin, l'utilisation renvoie à la capacité à utiliser les émotions pour orienter ses prises de décision et ses comportements.

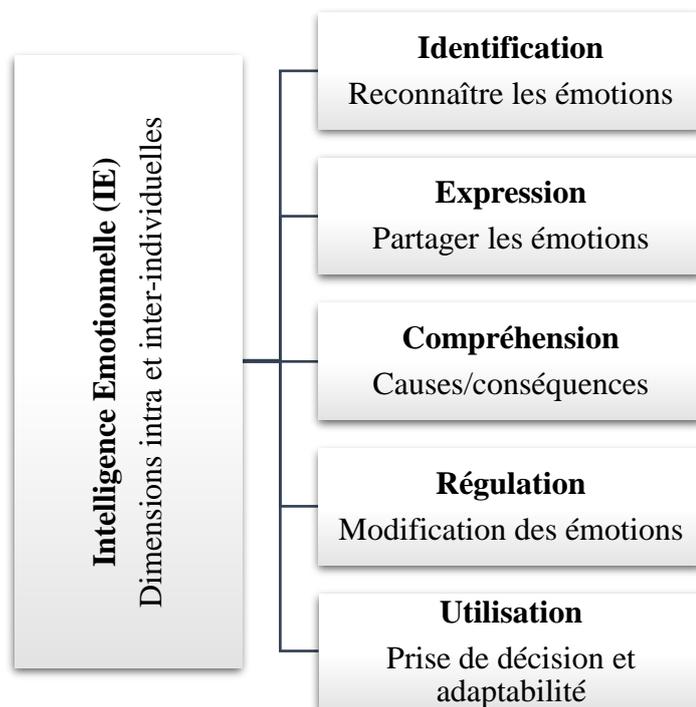


Figure 4 : Modèle des compétences émotionnelles

Il existe 3 niveaux pour décrire plus précisément l'IE (*cf.* figure 5). Ils permettent d'intégrer perspectives traits et habilités. Malgré des liens faibles à modérés, les connaissances,

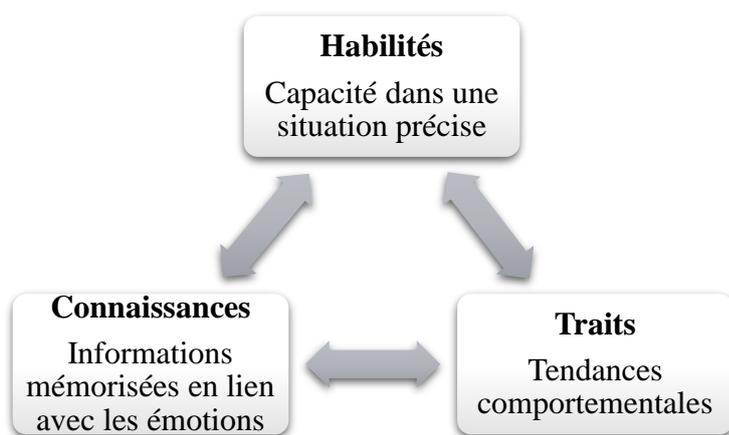


Figure 5 : Intégration des perspectives sur l'IE

les capacités et les tendances comportementales interagissent et s'influencent mutuellement. Ces niveaux peuvent être mobilisés pour chacune des compétences d'IE. Le premier niveau correspond aux savoirs généraux et spécifiques concernant les émotions et leur fonctionnement. Les savoirs peuvent être implicites ou explicites. Par exemple pour

l'identification, nous connaissons un certain nombre d'indicateurs émotionnels comme les expressions faciales ou les signaux corporels. Les froncements des sourcils peuvent renvoyer à une émotion de colère. Le deuxième niveau correspond à notre capacité à utiliser nos savoirs pour réagir de manière adaptée dans une situation émotionnelle. Cela signifie mobiliser ses compétences émotionnelles pour interagir avec les émotions dans un contexte précis, comme la compréhension de l'origine d'une émotion de joie ou de tristesse associée à l'impression d'avoir réussi ou échoué à une épreuve. Enfin, le dernier niveau renvoie aux tendances comportementales. Elles correspondent à la propension d'un individu à se comporter en général d'une façon ou d'une autre. Par exemple, est-ce qu'un individu estime qu'il sait gérer sa peur dans un grand nombre de situations différentes et potentiellement dangereuses.

Dans les parties précédentes, nous avons passé en revue l'historique de l'IE et le dualisme conceptuel qui existe entre les modèles traits et capacités. Pour aller au-delà de cet état de fait, nous avons présenté succinctement le modèle des compétences émotionnelles. Dans les parties suivantes, nous abordons plus en détail chacune des compétences émotionnelles intégrées dans le modèle. L'objectif est de spécifier l'intérêt de chaque dimension pour la santé et l'adaptation des individus.

3.5.3.1 L'identification des émotions

Cette compétence est primordiale pour l'établissement des autres compétences. Elle est également nécessaire pour l'adaptation et plus globalement, la qualité de vie d'un individu. Les patients alexithymiques souffrent par exemple de difficultés pour identifier et décrire leurs émotions (Morie et al., 2022). Ils sont sujets à différentes problématiques comme un déficit d'empathie et de régulation émotionnelle, une plus grande propension aux addictions et un niveau plus élevé d'anxiété/dépression (Connelly & Denney, 2007; Fortune et al., 2002; Grynberg et al., 2010; Stasiewicz et al., 2012). L'alexithymie n'est pas seulement un trouble de l'identification des émotions. Les patients atteints souffrent également de difficultés intéroceptives et de confusion entre leur état normal et leur état émotionnel (Brewer et al., 2016). L'alexithymie permet de comprendre les conséquences délétères d'un déficit d'identification des émotions. Cette pathologie souligne le lien entre la conscience du corps et l'identification des émotions.

Comment les individus identifient-ils leurs émotions ? L'identification se base sur plusieurs informations d'ordre cognitif, physiologique et motivationnel (Morie et al., 2022; Nélis, 2014). Nous avons vu dans les parties précédentes que les émotions interagissent avec notre fonctionnement psychologique et physiologique. Elles ont tendance à conditionner certaines réactions et à favoriser des modifications du fonctionnement normal. La tristesse est par exemple régulièrement associée à des pensées de culpabilité (Forgas, 1994; Soscia, 2007). L'exposition à un film triste modifie le fonctionnement physiologique (Davydov et al., 2011). La tristesse facilite l'inhibition comportementale et la remise en question (Lench et al., 2016). En conséquence, les principaux indicateurs d'identification émotionnelle sont les variations de l'état d'un individu en comparaison à un état de « *base* » (*i.e.* baseline).

3.5.3.2 L'expression des émotions

En 1872, Darwin présente les émotions comme un héritage évolutif issu d'un long processus de sélection (*cf.* livre : *The expression of the Emotions in Man and Animals*). Il insiste sur les aspects adaptatifs et communicationnels des émotions. Cette perspective théorique apporte sa contribution à la compréhension de l'expression émotionnelle (Ekman, 2009).

L'expression émotionnelle transmet des informations sur l'état émotionnel sous-jacent et sur les intentions comportementales spécifiques associées à celui-ci (Hess & Thibault, 2009).

Les émotions sont produites par notre interaction avec l'environnement. Elles communiquent ainsi un certain nombre d'informations aux congénères. La joie peut signifier une réussite tout en favorisant le contact avec les autres personnes. La tristesse exprime une souffrance qui peut favoriser l'obtention d'aide des congénères. Le partage des émotions a une utilité sociale et informative. Plus généralement, le contexte impacte la manière dont l'individu exprime ses émotions en fonction de l'évaluation de la situation qu'il est en train de vivre (Hess & Thibault, 2009). En effet, l'expression des émotions est en partie socialement normée (*i.e.* influence des valeurs, de la culture ...). Autrement dit, la prise en compte des éléments contextuels et des *feed-backs* environnementaux influence le partage émotionnel. Il existe par exemple une différence au niveau du partage des émotions entre un contexte personnel et un contexte de travail qui est régi par des normes spécifiques comme l'évoque Hoschild (1983). Il existe donc une différence entre l'expérience émotionnelle et l'expression émotionnelle (Gross et al., 2000).

L'expression des émotions a des effets bénéfiques ou délétères suivant les contextes. Par exemple, chez des enfants atteints d'asthme, l'expression ou le partage émotionnel est positivement associé à leur qualité de vie (Lahaye et al., 2012). Des travaux montrent que l'utilisation de stratégies comme la suppression ou le masquage émotionnel sont délétères pour la santé des individus (Butler et al., 2003; Gross, 2002; Gross & Levenson, 1997). Une méta-analyse montre également que l'expression des émotions négatives a un impact plutôt délétère sur les relations sociales. À l'inverse, l'expression des émotions neutres et positives est plutôt associée à une amélioration des relations sociales (Chervonsky & Hunt, 2017). De manière générale, l'expression entraîne des conséquences moins délétères sur la qualité des relations sociales que la suppression. Il faut également prendre en compte les différences culturelles dans l'expression émotionnelle. Chez les populations occidentales, l'expression des émotions favorise la qualité des relations sociales alors qu'elle n'a pas d'effets sur les populations chinoises et coréennes (Kang et al., 2003).

3.5.3.3 La compréhension des émotions

Les émotions ne transmettent pas uniquement des informations dans le cadre des relations interpersonnelles. Leur impact sur notre fonctionnement est une source d'information intra-personnelle pertinente. Comprendre les émotions signifie évaluer leurs causes et leurs conséquences comportementales, cognitives, physiologiques et motivationnelles. L'objectif est de donner du sens à notre vécu affectif, autrement dit, comprendre comment et pourquoi les émotions modifient notre fonctionnement psychologique et physiologique. Pour Mayer, 2004, « *comprendre pleinement les émotions implique la compréhension de la signification des émotions, associée à la capacité de raisonner sur ces significations* ». La compréhension des émotions se compose de plusieurs formes de capacités mentales ou de compétences spécifiques comme : « *Étiqueter les émotions et reconnaître les relations entre elles* » ou « *Reconnaître les différences culturelles concernant l'évaluation des émotions* » (Mayer et al., 2016).

Les émotions sont en lien avec la réalisation d'objectifs assurant la survie de l'individu et de l'espèce. En général, les émotions positives visent à récompenser et renforcer les comportements qui nous aident à atteindre nos objectifs (Armenta et al., 2017; Fredrickson, 2004). Au contraire, les émotions négatives marquent plutôt un échec ou la présence d'obstacles à la réalisation des objectifs (*e.g.* Parrott, 2014, p. 4). Elles nous poussent à changer les comportements qui sont considérés comme inadaptés ou inefficaces pour répondre plus efficacement aux pressions environnementales, sociales et personnelles. Les aspirations et les buts font partie des nombreuses variables situationnelles et personnelles qui déterminent nos émotions. Pourquoi les émotions nous dirigent-elles dans le sens de la réalisation de nos objectifs ? Une des explications envisageables s'appuie sur les théories des besoins. Les émotions font part d'informations relatives à la satisfaction/insatisfaction des besoins et des valeurs (Cova et al., 2015; Moss & Wilson, 2015; Roth et al., 2019). L'envie de manger, la volonté d'appartenir à un groupe d'individus ou de réussir à développer des compétences sont autant de besoins susceptibles de déclencher un vécu émotionnel chez l'individu.

Le rôle des émotions est d'entraîner les comportements nécessaires à la satisfaction des besoins. En effet, les besoins sont sous-jacents aux déclencheurs des émotions. Prenons l'exemple d'une personne triste à la suite d'un entretien d'embauche infructueux. L'élément déclencheur est la situation spécifique d'échec (*e.g.* candidature non retenue). Le besoin sous-jacent est d'ordre plus général. Dans notre exemple, cela peut être un besoin de reconnaissance, un besoin de réussite ou un besoin de développement. L'émotion vient notifier un écart entre la

situation présente (*i.e.* refus de la candidature) et la situation attendue (*i.e.* acceptation de la candidature). Elle aide l'individu à mettre en place différentes stratégies qui lui permettront de modifier ses comportements pour être plus efficace au prochain entretien. Dans cette perspective, la valence émotionnelle dépend du degré perçu de satisfaction des besoins. L'intensité de l'émotion est dictée par l'importance accordée à la situation (Kotsou, 2014, p. 118-119). Comme pour l'IE, il existe des perspectives encourageantes pour développer spécifiquement les capacités de compréhension des émotions notamment chez les enfants (Sprung et al., 2015).

3.5.3.4 La régulation des émotions

Les émotions entraînent un ensemble de processus complexes (*e.g.* physiologiques, cognitifs ...) qui produisent des conséquences adaptatives ou délétères sur l'individu et son environnement. Les individus doivent réguler leurs émotions pour limiter et mieux contrôler leurs conséquences. La régulation émotionnelle se caractérise par son objet (Mikolajczak, 2014b, p. 23) : l'intensité (*i.e.* force des émotions), la fréquence (*i.e.* nombre d'apparitions sur une période donnée), la durée (*i.e.* temps durant lequel l'émotion est entretenue/actualisée), le type (*e.g.* émotions négatives ...) ou les composantes (*e.g.* cognitions associées) des émotions (*cf.* Scherer). Une personne atteinte de troubles dépressifs souffre par exemple d'une difficulté à réguler ses émotions qui se traduit par l'exacerbation de l'intensité et de la fréquence de ses affects négatifs. Les émotions sont brèves par définition, mais il est possible de modifier leur durée en prolongeant les moments agréables ou au contraire, en raccourcissant les moments désagréables. Elles peuvent être transformées volontairement ou involontairement en d'autres émotions plus soutenables pour l'individu. Par exemple, si une personne est triste à la suite d'une rupture, il est possible qu'elle transforme l'émotion initiale de tristesse en colère, si cet état s'avère plus supportable pour elle. Enfin concernant les composantes, il est possible d'en réguler une ou plusieurs à la fois. Nous pouvons par exemple modifier l'expression de nos émotions en fonction des normes en vigueur ou encore agir indirectement sur l'impact physiologique des émotions via des techniques de relaxation.

Pour résumer, les émotions peuvent devenir dysfonctionnelles (*e.g.* troubles dépressifs ou bipolaires). Dès qu'un individu souffre à cause de son vécu émotionnel, il est légitime de se demander si ce sont les conséquences d'un état normal et transitoire (*e.g.* deuil) ou s'il risque

de s'installer une symptomatologie spécifique (*e.g.* dépression). Gross & Thompson, 2007 proposent un modèle simple qui permet de comprendre les différents outils de régulation des émotions (*cf.* figure 6).

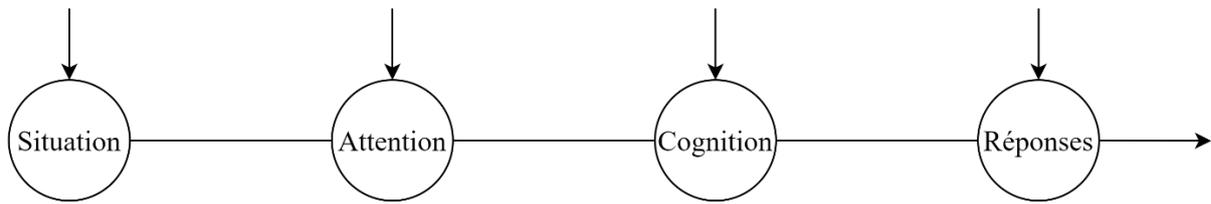


Figure 6 : régulation des émotions d'après Gross (2007), quand et comment ?

Il existe pléthore de moyens ou d'activités qui permettent de réguler les émotions (*e.g.* partage social, distraction, réévaluation positive ...). Ces moyens sont englobés dans les stratégies de coping qui sont pour la plupart, communes avec celles utilisées pour la régulation du stress (Wang & Saudino, 2011). En passant par le visionnage d'un film jusqu'à l'évitement d'une situation, chacun de ces comportements est une stratégie qui permet de réguler une émotion efficacement ou non. La régulation peut être consciente ou inconsciente en fonction de l'implication volontaire ou involontaire de l'individu dans l'utilisation d'une stratégie. Il existe dans ce modèle quatre grandes catégories de stratégies de régulation émotionnelle spécifiques à chaque étape du modèle (Gross & Thompson, 2007, chapitre 1). La sélection des situations signifie choisir de s'exposer ou non à une situation susceptible de générer des émotions (*e.g.* évitement *vs.* confrontation). La modification des situations désigne le changement direct des caractéristiques externes d'une situation dans le but de modifier le vécu émotionnel (*e.g.* réparer un objet défectueux, résoudre concrètement une problématique). Le déploiement de l'attention réfère aux possibilités d'orientation de l'attention sur les caractéristiques de la situation pour modifier les émotions (*e.g.* distraction ; réorientation de l'attention sur d'autres stimuli ; PC et centration sur le présent). Les changements cognitifs visent la modification des évaluations de soi et de la situation pour changer notre perception ainsi que le sens donné à la situation (*e.g.* réévaluation positive d'un évènement passé ou à venir). Enfin, la modulation de la réponse s'effectue lorsque l'émotion a déjà un impact manifeste sur l'individu. Il s'agit par exemple de modifier les tendances comportementales produites par l'émergence d'une émotion en inhibant un comportement en particulier (*e.g.* colère et tendance à l'agression ; tristesse et tendance à l'isolement social). Il est aussi possible de modifier a posteriori les manifestations physiologiques, expressives ou cognitives d'une émotion donnée. D'après une méta-analyse,

l'augmentation du niveau d'IE améliore les capacités de régulation émotionnelle dans chaque domaine présenté ci-dessus (Peña-Sarrionandia et al., 2015).

La régulation des émotions produit des résultats positifs pour la santé. Les différentes stratégies adaptatives contribuent notamment à la diminution de l'anxiété et de la dépression alors qu'à l'inverse, les stratégies dysfonctionnelles favorisent l'anxiété et la dépression (Martin & Dahlen, 2005). Plus spécifiquement, la dimension de régulation émotionnelle (approche capacité) prédit positivement le bien-être et diminue le niveau de stress et de dépression (Extremera & Rey, 2015). Une étude montre également un faible niveau de régulation émotionnelle chez les personnes atteintes de trouble du comportement (*e.g.* automutilation, troubles du comportement alimentaire ...) comparativement au groupe contrôle (Emery et al., 2016). Les différentes stratégies de coping mesurées ne produisent pas les mêmes résultats car elles ne sont pas toujours fonctionnelles ou efficaces. Des stratégies comme la rumination, la catastrophisation, le blâme de soi et de l'autre, amplifient le niveau de colère, de stress et d'anxiété. Au contraire des stratégies plus favorables à l'adaptation comme la réévaluation positive, la mise en perspective ou encore la focalisation sur le positif, atténuent ces mêmes variables. Globalement, l'IE trait suit le même pattern : lien positif avec les stratégies adaptatives et lien négatif avec les stratégies dysfonctionnelles (Mikolajczak et al., 2008; Nozaki, 2018).

Les dimensions de l'IE sont fortement interreliées. Une situation expérimentale de stress montre que les patients alexythimiques (*i.e.* déficit en IE) ressentent un niveau de tension et de colère bien supérieur au groupe contrôle (Connelly & Denney, 2007). Les patients alexythimiques souffrent plus particulièrement d'un déficit de régulation émotionnelle qui est potentiellement lié aux difficultés d'expression et d'identification de leurs émotions. Une méta-analyse confirme les effets bénéfiques de la régulation émotionnelle sur la santé psychologique (Kraiss et al., 2020). Le bien-être est par exemple prédit par l'utilisation de stratégies d'adaptation (*e.g.* réévaluation, acceptation). À l'inverse, les auteurs montrent qu'un déficit de régulation émotionnelle prédit négativement le bien-être en comparaison avec les stratégies de coping classiques.

3.5.3.5 L'utilisation des émotions

Pour être utilisées de manière adaptative, les émotions doivent être régulées. La régulation des émotions est motivée (Tamir et al., 2020). Autrement dit, elle concourt à la réalisation d'objectifs émotionnels (*e.g.* être moins triste) pour des raisons instrumentales (*e.g.* réussir professionnellement) ou hédoniques (*e.g.* se sentir mieux). Les individus utilisent et modifient leurs émotions de manière consciente ou inconsciente pour réaliser leurs buts. Elles poussent notamment l'individu à fixer des objectifs et à mettre en place des comportements pour les atteindre, ce qui joue un rôle important dans les processus motivationnels (*cf.* composantes du modèle de Scherer). Les émotions sous-tendent également des objectifs ou des comportements stéréotypés qui confirment partiellement l'universalité des émotions. La culpabilité pousse par exemple l'individu à réparer ce qu'il estime être une erreur commise à l'encontre d'autrui. Sans cette émotion, il serait plus difficile de prendre conscience de la blessure de l'autre et de mettre en place des comportements compensatoires. Les émotions modifient également la cognition et la perception d'une situation. Elles agissent à plusieurs niveaux via les processus cognitifs, attentionnels et mnésiques que nous détaillons avec quelques exemples ci-dessous (Brosch et al., 2013). Les émotions négatives favorisent par exemple une pensée dite analytique alors que les émotions positives favorisent une pensée plus holistique. Autrement dit, elles facilitent respectivement une analyse plus détaillée et minutieuse ou une pensée plus globale se basant sur l'utilisation d'heuristiques de traitement. Plus spécifiquement, les émotions négatives limitent par exemple l'impact des croyances sur l'analyse d'un problème (Goel & Vartanian, 2011). Concernant les émotions positives, une étude montre qu'elles facilitent la résolution de problèmes (Isen et al., 1987). Elles permettent d'élargir les possibilités de réponses et la créativité des participants (Broaden and build theory ; Fredrickson, 1998). De plus, les individus dirigent plus facilement leur attention sur les stimuli émotionnels, et encore plus lorsque leur valence est congruente avec leur propre état (LeBlanc et al., 2015). Enfin, l'ensemble des étapes de la mémorisation (*i.e.* encodage, consolidation, récupération) sont touchées par l'impact des émotions (Brosch et al., 2013). La mémorisation de stimuli émotionnels est généralement meilleure comparativement aux stimuli neutres (Kensinger, 2009). Les travaux sur le syndrome de stress post-traumatique montrent par exemple l'importance des émotions dans la mémorisation et la reviviscence des événements traumatiques (Brohawn et al., 2010).

Les émotions ont également un impact sur nos processus décisionnels (Lerner et al., 2015). Elles influencent les choix et les préférences individuelles au travers des effets que nous décrivons ci-dessus. Une étude montre par exemple que la perception de l'environnement d'un restaurant influence le vécu émotionnel des clients, qui va lui-même avoir un impact sur leurs intentions comportementales (Ryu & Jang, 2007). En conclusion, l'utilisation des émotions réfère à notre capacité à mobiliser nos émotions pour répondre aux exigences de l'environnement et avancer dans le sens de nos objectifs. Elles modifient et orientent le fonctionnement psychologique et physiologique. Il faut donc être conscient de leur influence pour contrôler leur impact possiblement dysfonctionnel et les utiliser à bon escient.

3.6. IE : facteur protecteur de la santé psychologique

Dans les parties précédentes, nous avons remarqué que les émotions sont déterminantes pour la survie de l'espèce humaine et l'adaptation à l'environnement. Elles guident notre comportement et notre fonctionnement, ce qui entraîne des conséquences positives ou délétères en fonction des capacités des individus à gérer les émotions pour les utiliser efficacement. Autrement dit, les émotions sont fonctionnelles ou dysfonctionnelles et cela dépend principalement des conséquences observables sur la santé psychologique et physique. L'IE se constitue d'un ensemble de traits, de capacités et plus généralement de compétences, qui promeuvent une meilleure gestion des émotions. Autrement dit, les compétences d'IE permettent de favoriser une interaction plus efficace avec les émotions au niveau personnel et interpersonnel. Nous présentons dans la partie suivante l'impact bénéfique de l'IE sur la santé.

3.6.1 Effet de l'IE sur la santé des individus

L'IE est associée systématiquement à des marqueurs de santé psychologique. Elle est par exemple positivement liée au bien-être (Austin et al., 2005; Carmeli et al., 2009; Gardner & Qualter, 2018; Singh & Woods, 2008) et négativement au stress (Pau & Croucher, 2003; Sarrionandia et al., 2018; Singh & Sharma, 2012). Concernant le bien-être et le stress, les résultats sont similaires chez les populations étudiantes (Akbari & Khormaiee, 2015; Saklofske et al., 2012; Trigueros et al., 2020) et les professionnels (Bond & Donaldso-feilder, 2004; Brunetto et al., 2012; Nikolaou & Tsaousis, 2002; Vashisht et al., 2018).

L'IE est négativement associée à l'anxiété et la dépression (Aradilla-Herrero et al., 2014; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Maria et al., 2016). Les troubles psychopathologiques sont souvent liés à des symptomatologies en lien avec les émotions (*e.g.* dépression, trouble cyclothymique) où la modification du fonctionnement cognitif et émotionnel s'inscrit dans la caractérisation de la maladie. Les difficultés émotionnelles peuvent être symptôme (*e.g.* tristesse) mais également exacerber d'autres problématiques comme la dévalorisation de soi. Les compétences d'IE viennent pallier en partie cette problématique. En effet, plusieurs méta-analyses montrent un lien éprouvé entre l'IE et la santé psychologique (Martins et al., 2010; Sarrionandia & Mikolajczak, 2019). La première méta-analyse (46 études, 19 815 participants) montre un lien avec la santé mentale, la santé psychosomatique et enfin la santé physique, ce qui est cohérent avec les études antérieures (*e.g.* Schutte et al., 2007). La deuxième méta-analyse (106 études, 45 000 participants) étudie les médiateurs comportementaux et biologiques qui sont susceptibles d'expliquer la relation entre IE et santé. D'après cette méta-analyse, la qualité du sommeil, le support social, le régime alimentaire et l'activité sont fortement liées à la relation IE/Santé, alors que la consommation de substances ou la conduite automobile à risque sont modérément liées. Le nombre d'études sur les variables physiologiques est bien plus faible. Néanmoins, il existe un lien significatif entre l'IE et la réactivité au cortisol (Kotsou et al., 2011; Salovey et al., 2002). L'IE tend à favoriser des comportements plus sains et pourrait diminuer l'intensité des processus physiologiques. Le lien entre l'IE et les processus physiologiques doit encore être investigué pour établir un faisceau de preuves plus large. En effet, la littérature n'est pas claire actuellement sur la question. Certaines études montrent une absence d'effet (*e.g.* Pas de lien entre IE et cortisol : Wilbraham et al., 2018) ou des effets partiels (lien entre IE et pression sanguine, mais pas avec le cortisol : Zysberg & Raz, 2019).

3.6.2 IE et santé au travail : un facteur pertinent pour les professionnels de la santé ?

Des études plus spécifiques au monde professionnel montrent que l'IE prédit négativement le burnout (Cofer et al., 2018; Grover & Furnham, 2020; Lee & Ok, 2012). Le lien entre IE et burnout est particulièrement intéressant chez les professions soignantes qui sont plus susceptibles d'être touchées par cette problématique. L'IE est d'ailleurs un facteur protecteur du burnout chez les internes en médecine (Beierle et al., 2019), chez les infirmiers (Beauvais et al., 2017) et chez les personnels travaillant en santé mentale (Durán et al., 2004).

D'autres résultats positionnent l'IE comme un facteur protecteur pertinent pour les métiers avec une composante relationnelle et émotionnelle prépondérante. L'IE est par exemple positivement associée à la santé des médecins et à la satisfaction des patients (Weng et al., 2011). Elle prédit également les capacités de résilience des personnels de santé (Cam, 2015; Frajo-Apor et al., 2016) et la qualité de la communication avec les patients (Kong et al., 2016). Le niveau d'IE intra-individuel prédit la qualité de vie des dyades en santé, chez les patients dépressifs et leurs soignants (Boyer et al., 2017). Étonnement dans cette étude, l'IE des soignants est associée négativement à la qualité de vie des patients, ce qui modère son intérêt dans le cadre de la relation soignant/patient. Pour les auteurs, il s'agirait d'un effet de comparaison sociale ou d'un manque d'autonomie chez les patients pris en charge par les soignants avec de hauts niveaux d'IE. L'IE est généralement associée à des résultats positifs sur le fonctionnement psychologique. Néanmoins, certains résultats demandent encore des investigations pour comprendre les mécanismes sous-jacents et les effets potentiellement délétères d'un haut niveau d'IE. Nous abordons dans la prochaine partie les facteurs qui viennent expliquer l'impact positif de l'IE sur la santé.

3.6.3 Facteurs explicatifs des bénéfices de l'IE

En s'appuyant sur les résultats de la littérature, il est possible d'avancer plusieurs éléments explicatifs de l'effet protecteur de l'IE sur la santé. L'augmentation des compétences émotionnelles tend à favoriser l'adaptabilité face aux situations quotidiennes et difficiles. Ces compétences permettent l'émergence de ressources cognitives et comportementales pour gérer les conséquences d'évènements stressants ou chargés en émotions. Par exemple, le niveau de résilience est positivement lié à l'IE chez les étudiants (Akbari & Khormaiee, 2015; Schneider et al., 2013; Trigueros et al., 2020a), notamment en santé (Cleary et al., 2018; Li et al., 2015), mais également chez les professionnels (Cam, 2015; Frajo-Apor et al., 2016). La résilience correspond à la capacité à traverser un évènement stressant, récupérer et rebondir après la confrontation à celui-ci. L'IE contribue favorablement au développement de ressources de résilience comme la perception du futur ou les compétences sociales (Magnano et al., 2016).

Dans le même ordre d'idées, l'IE est liée aux stratégies de coping qui sont généralement plus adaptatives et efficaces plus le niveau d'IE augmente (MacCann et al., 2011; Noorbakhsh et al., 2010; O'Connor et al., 2017). Nozaki (2018) montre que les compétences d'IE favorisent

l'utilisation de la réévaluation des situations et diminuent l'utilisation de la suppression qui est une stratégie moins adaptative. L'IE promeut de meilleures capacités d'adaptabilité (Coetzee & Harry, 2014) via l'amélioration des capacités de décision et la diminution des difficultés en lien avec la carrière (Di Fabio & Saklofske, 2014). Le construit d'adaptabilité de carrière correspond à un ensemble de compétences d'auto-régulation (*e.g.* cognitives, affectives et comportementales) et de compétences psycho-sociales qui permettent de faire face aux situations liées au travail et à l'orientation future.

De manière générale, l'IE atténue les comportements problématiques (*e.g.* problèmes de conduites, problèmes relationnels) pour la santé chez les adolescents, chez les étudiants, les infirmiers et les adultes (Fernández-Abascal & Martín-Díaz, 2015; Hui, 2019; Lana et al., 2015). L'IE améliore par exemple la gestion du diabète et les comportements de santé associés chez les patients (Schinckus et al., 2018). L'IE permettrait d'augmenter le degré de conscience de son niveau de santé, ce qui expliquerait une partie de son effet positif sur les comportements associés à la santé (Espinosa & Kadić-Maglajlić, 2018). D'autres résultats soutiennent les effets comportementaux favorables de l'IE. Dans le monde du travail, plusieurs études associent l'IE aux comportements citoyens (Carmeli & Josman, 2006; Ramachandran et al., 2011), à la gestion efficace des conflits (Gunkel et al., 2016; Salami, 2010), à la performance au travail (Beauvais et al., 2017; Naseer et al., 2011; Pekaar et al., 2017) ou encore à de meilleures capacités de leadership (Rosete & Ciarrochi, 2005). Les performances académiques des étudiants sont également soutenues par l'augmentation de l'IE (MacCann et al., 2011; Parker et al., 2004; Qualter et al., 2012; Song et al., 2010; Trigueros et al., 2019). Néanmoins les résultats ne sont pas univoques (*e.g.* Stenhouse et al., 2016). Ils sont variables suivant les méthodologies utilisées pour évaluer la performance et les biais associés (*e.g.* objectivité de l'évaluation auto-rapportée de la performance). Ces effets peuvent s'expliquer par l'amélioration chez les étudiants de leur motivation, de leur engagement dans leurs études ou de l'utilisation de stratégies de coping plus efficaces (MacCann et al., 2011; Merino-Tejedor et al., 2018). Le lien entre l'IE et les performances académiques s'explique également par l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité et de l'estime de soi chez les étudiants, ce qui conduit à une plus grande adaptabilité face à la carrière (Hamzah et al., 2021).

3.7. Conclusion du chapitre II

Nous avons décrit les émotions comme une réponse brève et d'intensité variable face aux stimuli de l'environnement. Elles rassemblent un ensemble de processus complexes qui sont décrits d'après des composantes : cognitive, physiologique, expressive, motivationnelle et subjective. Les émotions ont une origine adaptative, elles sont relativement universelles, et elles furent sélectionnées pour bénéficier à la survie de l'espèce. Nous avons ensuite questionné le concept d'IE. Il s'agit des différences individuelles dans la capacité à gérer et interagir efficacement avec les émotions et les situations affectivement exigeantes. L'IE se compose de cinq compétences intra-individuelles et inter-individuelles : l'identification, l'expression/écoute, la compréhension, la régulation et l'utilisation des émotions. Ces compétences sont la base des processus qui permettent à l'IE d'avoir un impact bénéfique sur la santé psychologique des individus. L'IE est par exemple un facteur atténuateur des dépenses de santé (Mikolajczak et al., 2015; Mikolajczak & Van Belleghem, 2017) ce qui est capital lorsque l'on prend la mesure du coût individuel et sociétal des maladies associées aux émotions et au stress (Béjean & Sultan-Taïeb, 2005; Berto et al., 2000; Hassard et al., 2018; Hysenbegasi et al., 2005; Wang et al., 2006).

En conséquence, le développement de l'IE est bénéfique pour préserver la santé psychologique. Grâce à ses compétences constitutives, elle favorise l'émergence de ressources positives et elle diminue les conséquences délétères du stress et des émotions sur la santé psychologique et physique. La littérature montre qu'il est possible de développer l'IE avec plusieurs méthodes et chez différentes populations (Cejudo et al., 2019; Dacre Pool & Qualter, 2012; Gilar-Corbi et al., 2019; Judge et al., 2018; Kozlowski et al., 2018; Nelis et al., 2009; Wolfe, 2017). Cette constatation renforce l'utilité de l'IE dont les compétences peuvent être entraînées pour permettre aux individus de faire face plus facilement aux situations stressantes ou chargées affectivement. Nous présentons dans le prochain chapitre le construit de Pleine Conscience (PC), son intérêt pour développer l'IE et de manière plus générale, pour la promotion de la santé des individus.

4. Chapitre III - Pleine conscience

4.1. Introduction

Ce chapitre aborde le concept de Pleine Conscience (PC) ou mindfulness. Dans un premier temps, nous évoquons l'origine millénaire de la PC, principalement associée à la culture bouddhiste et à la pratique méditative. Nous enchaînons par la présentation de la conceptualisation scientifique de la PC qui se distingue des aspects traditionnels. Les chercheurs ont extrait les principes et les techniques de PC en les séparant des aspects moraux et philosophiques. L'objectif est d'étudier scientifiquement l'effet de ces pratiques tout en les rendant accessibles à des populations de cultures différentes. Nous présentons pour ce faire les différentes perspectives théoriques sur la PC et ses composantes constitutives. Ces éléments apportent des informations pour comprendre la PC et son utilité dans une perspective interventionnelle.

Dans un second temps, nous passons rapidement en revue les différents outils de mesure de la PC. Cela nous permet de proposer une critique de ces outils tout en se positionnant dans l'approche qui nous paraît la plus pertinente : la conception multi-dimensionnelle de la PC. Nous passons ensuite en revue la littérature scientifique qui associe la PC et sa pratique avec la santé psychologique et physique. Cette partie justifie l'intérêt de la PC pour la prévention des risques et la promotion de la santé. La PC est principalement utilisée dans le cadre de programmes visant à développer les ressources psychologiques pour s'adapter face aux difficultés et atténuer la souffrance des individus. Nous nuancions toutefois les bénéfices de la PC avec ses effets potentiellement délétères sur les participants. Enfin dans une quatrième partie, nous abordons les processus explicatifs des effets de la PC sur la santé humaine, et plus globalement, sur le fonctionnement psychologique des pratiquants. Nous terminons par une conclusion qui résume l'apport de ce chapitre en lien avec les objectifs de la thèse.

4.2. Origine et concepts fondamentaux de la pleine conscience

L'origine de la PC est principalement issue des traditions de cultures orientales et bouddhistes (Bondolfi et al., 2011). La PC est apparue il y a plus de 2500 ans (Lomas et al., 2017). Au VI^{ème} siècle avant Jésus-Christ, le premier Bouddha tente de trouver une solution

pour guérir les hommes de la souffrance, considérée comme partagée et universelle. C'est autour de cette quête que se développe la philosophie bouddhiste. Cette approche tente de comprendre l'influence de l'esprit et de la perception sur la souffrance humaine. Le fonctionnement humain serait conditionné par trois états de fait (Grabovac et al., 2011) : l'impermanence (*i.e.* nature transitoire des émotions, sensations, pensées ...), la souffrance (*i.e.* consécutive à l'attachement et l'aversion) et le non-soi (*i.e.* constituants de l'identité ≠ éléments transitoires). Cela mène au constat suivant : les événements mentaux ne sont pas des faits irrévocables et ils se distinguent de l'identité. D'après cette approche, la souffrance prend sa source dans une forme de conditionnement qui influe sur l'interprétation des situations et sur la relation avec l'environnement. Il en découle les 3 poisons qui entraînent la souffrance et une perception erronée de la réalité dans la philosophie bouddhiste : confusion, colère-aversion, désir de possession (Cornu, 2016). Autrement dit, l'humain se désintéresse des stimuli neutres (*i.e.* confusion), cherche à repousser ou combattre les menaces perçues (*i.e.* colère-aversion) et au contraire, cherche à obtenir ce qu'il pense satisfaire ses désirs (*i.e.* possession). Ces différents positionnements vis-à-vis d'une expérience sont adoptés en fonction des apprentissages passés et des affects associés à la situation. En conséquence, nous réalisons une quête permanente, celle de prolonger les expériences agréables et d'éviter les expériences désagréables. Dans cette perspective, « *la souffrance, incluant les symptômes cliniques, est le résultat direct des réactions habituelles d'attachement/aversion aux sensations passagères et de la prolifération mentale concomitante* » (Grabovac et al., 2011). C'est sur la prise de conscience de ces automatismes et de leurs conséquences que les pratiquants travaillent en PC. La PC correspond donc à l'observation de l'impermanence des stimuli qui entretiennent la souffrance comme les sensations, les pensées et les affects. Cette observation peut être réalisée dans les activités quotidiennes ou lors de pratiques formelles de PC comme la méditation.

La méditation est un ensemble de pratiques encore plus anciennes que le bouddhisme. Les pratiques méditatives seraient apparues plus de 1000 ans av. J.-C dans un cadre religieux ou séculier (Barrows & Jacobs, 2002). Comme pour la PC, la méditation renvoie à plusieurs éléments de définition variables qui dépendent de l'angle d'approche utilisé. La méditation renvoie par exemple à : « *a) une stratégie d'auto-régulation avec une focalisation sur l'attention, b) un état de concentration dans lequel la conscience réfléchie est centrée sur un seul objet, c) un état de relaxation psychologiquement et médicalement bienfaisant, d) un état dissocié dans lequel des phénomènes de trances peuvent se produire, et e) des états mystiques* »

dans lesquels sont vécus les réalités ou les objets religieux les plus élevés » (Berghmans et al., 2010, p. 2).

Le point commun qui rassemble ces significations est l'idée d'un état de conscience ou d'attention modifié, la plupart du temps volontairement. La méditation en PC est un outil pour travailler son attention et développer les qualités promues par la PC. L'inconvénient de la psychologie bouddhiste est qu'elle mélange de nombreux éléments ésotériques, métaphysiques et religieux qui n'appartiennent pas au champ scientifique. Ces réflexions sont toutefois importantes pour comprendre le cheminement des chercheurs dans leur formalisation de la PC. Ils se sont saisis des notions et des pratiques associées à la PC pour étudier scientifiquement ses effets, dénuées des croyances culturelles associées au bouddhisme et à la religion de manière générale.

4.3. Différentes perspectives et approches théoriques de la pleine conscience

La « *mindfulness* » ou pleine conscience (PC) est un terme polysémique. Il peut correspondre à un construit théorique, à une pratique d'entraînement ou à un ensemble plus ou moins vaste de processus psychologiques. Le contexte dans lequel le terme est utilisé a donc son importance. À l'instar de nombreux construits en psychologie, la PC est décrite comme un trait (*i.e.* propension ou tendance comportementale à être « *mindful* ») ou un état (*i.e.* degré de pleine conscience à un moment donné). La PC est initialement définie dans la littérature scientifique par Kabat-Zinn (2003) comme « *la conscience qui émerge en prêtant attention volontairement, dans le moment présent, et sans jugement, au déroulement de l'expérience moment par moment.* ».

Cependant, la définition de la PC n'est pas consensuelle. Elle va dépendre de l'orientation des chercheurs et de l'intérêt qu'ils portent pour ses aspects pratiques (*e.g.* Kabat-Zinn) ou théoriques (*e.g.* Brown & Ryan, 2003). Par exemple, la définition de Kabat-Zinn est relativement simple et s'oriente vers les aspects pratiques de la PC. Elle s'inscrit dans un objectif clinique de développement des qualités de PC pour améliorer la santé des patients. Ainsi, la PC est plus simple à comprendre ce qui facilite la transmission de la notion dans le cadre des programmes basés sur la PC. Le MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) est un programme qui a pour objectif de développer le niveau de PC par l'intermédiaire d'un ensemble d'exercices. Dans ce programme, l'expérience de la PC implique un mouvement de l'attention

vers des stimuli qui, par essence, s'ancrent dans le présent (*e.g.* sensations associées à la respiration). La PC est ici décrite comme une expérience qui a pour seul objectif de recentrer intentionnellement l'attention dans l'instant présent de manière continue. Nous présentons plus précisément le déroulement du MBSR et du MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) dans une partie ultérieure.

D'autres auteurs proposent des définitions opérationnelles plus détaillées. La PC implique deux composantes principales qui sont l'auto-régulation de l'attention, dans le but de la maintenir dans l'expérience présente, et l'orientation particulière envers l'expérience qui se caractérise par l'ouverture, la curiosité et l'acceptation (Bishop et al., 2004). La première composante nécessite des compétences d'attention soutenue qui correspondent au maintien d'une forme de vigilance continue, de flexibilité attentionnelle (*i.e.* la capacité à déplacer son focus attentionnel d'un objet à un autre), et enfin, une inhibition des processus d'élaboration secondaire. La seconde composante implique de considérer chaque objet attentionnel comme pertinent à observer, ce qui permet d'ouvrir le champ attentionnel à chaque stimulus, plutôt que de vouloir modifier ou éviter l'expérience qui nous parvient. La capacité d'acceptation en découle car elle implique un processus actif d'ouverture aux pensées, sensations et affects, y compris ceux désagréables. L'objectif de l'acceptation est d'améliorer les capacités d'accommodation des individus pour limiter la volonté de modifier l'expérience présente.

Dans la définition précédente, les auteurs font le choix d'exclure une partie des « *qualités de l'esprit* » qui peuvent être intégrées à la PC. Une revue de la littérature (Brown et al., 2007) décrit six composantes principales qui caractérisent le fonctionnement dit « *mindful* » par rapport à un fonctionnement « *classique* » (*i.e.* clarté de la conscience, flexibilité de l'attention, conscience para-conceptuelle, posture empirique, orientation de la conscience vers le présent, continuité de l'attention). La PC permet une plus grande lucidité sur le déroulement de l'activité mentale et une capacité à percevoir « *a priori* », avant d'être en prise avec les mécanismes interprétatifs qui influencent et biaisent le contact avec la réalité du moment. En conséquence, la pensée « *mindful* » est non-conceptuelle et non-discriminatoire (*i.e.* conscience para-conceptuelle et clarté) parce que l'attention et la perception précèdent les mécanismes cognitifs (*e.g.* jugement, interprétation, évaluation, catégorisation). Cela a pour but de limiter l'influence des connaissances et des croyances sur l'expérience des objets attentionnels, notamment, lors de la pratique méditative. La PC a donc un impact sur la sphère attitudinale, et plus particulièrement, sur la relation qu'entretient un sujet avec son environnement interne et externe (*i.e.* posture empirique et clarté de la conscience). Cette posture particulière entraîne

une forme de curiosité et d'objectivité dans l'exploration des stimuli. Celle-ci s'appuie sur la description des événements internes et externes tels qu'ils sont, plutôt que sur une interprétation biaisée par les conditionnements issus des expériences passées. Le fonctionnement mental « classique » se caractérise par sa capacité à se remémorer des souvenirs et à se projeter dans l'avenir. Dans la pratique de la PC, le pratiquant essaie de limiter ce fonctionnement typique en se recentrant sur le présent (*i.e.* conscience orientée vers le présent). Le fonctionnement mental prépondérant tend également à séparer fréquemment l'individu de l'expérience présente (*e.g.* vagabondage de l'esprit). L'état de PC permet au contraire de revenir au contact de l'expérience présente à chaque fois que l'esprit s'égaré tout en travaillant ses capacités à focaliser et contrôler son attention le plus longtemps possible (*i.e.* continuité de la conscience et flexibilité de la conscience). L'individu fonctionne partiellement par automatisme notamment lorsque l'esprit crée des pensées, des images, des émotions et qu'il tend à voyager mentalement dans le temps. La PC encourage à maintenir ce contact avec l'expérience sans se laisser emporter par les nombreuses cognitions intrusives, parasites et parfois vécues comme incontrôlables.

Pour conclure, la PC facilite la décentration (Hayes et al., 2004) et s'oppose à des stratégies comme le sur-engagement ou l'évitement vis-à-vis des pensées, émotions et sensations. La PC peut en partie répondre aux problématiques affectives en favorisant une relation saine avec son fonctionnement émotionnel et cognitif car : « [...] *la pleine conscience semble représenter un équilibre émotionnel qui implique l'acceptation des expériences internes, la clarté affective, la capacité de réguler ses émotions et ses humeurs, la flexibilité cognitive et une approche saine des problèmes. La pleine conscience pourrait en effet représenter une base solide à partir de laquelle il est possible de faire l'expérience des vicissitudes de la vie sans perdre son équilibre ou déformer son expérience.* » (Hayes et al., 2004, p. 3)

4.3.1 Compréhension de la pleine conscience en lien avec la santé mentale

Au départ, la PC est utilisée comme une technique d'intervention visant à l'amélioration de la santé psychologique (Kabat-Zinn, 1982; Kaplan et al., 1993) via l'utilisation de programmes servant à développer les qualités de la PC. Ces programmes se différencient principalement par leurs objectifs, le public visé, la conceptualisation thérapeutique sous-jacente et l'accent mis sur certaines pratiques et concepts théoriques.

L'objectif premier de l'étude scientifique de la PC est donc clinique. L'idée de Kabat-Zinn est de standardiser et systématiser l'étude des techniques utilisées en PC pour démontrer scientifiquement leur efficacité dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. En effet, la première version du programme MBSR (*i.e.* Mindfulness Based Stress Reduction) est testée et validée chez des patients douloureux chroniques atteints de pathologies diverses (Kabat-Zinn, 1982). Les résultats montrent une diminution de l'intensité de la sensation douloureuse et une atténuation de la souffrance psychique.

Le MBSR se compose généralement de 8 séances qui durent entre 2h et 2h30, une fois par semaine. Les séances traitent de différentes thématiques (*cf.* tableau 3) tout en proposant plusieurs exercices comme le scan corporel, la méditation assise, des postures de yoga et le partage des expériences vécues entre les participants et avec l'instructeur. Il demande un travail personnel assidu qui se traduit par une pratique quotidienne, entre 20 et 45 minutes pendant les 8 semaines du programme. Vers la 6^{ème} ou 7^{ème} séance, il y a une journée supplémentaire (*i.e.* entre 6 et 8h) dans le silence qui a pour objectif de favoriser l'observation de soi et de l'environnement dans lequel évolue le participant via un ensemble de pratiques (*e.g.* marche en pleine conscience).

Le programme MBCT (*i.e.* Mindfulness Based Cognitive Therapy) s'inspire fortement du programme MBSR. Il se déroule pendant huit séances mais il se destine plus particulièrement au traitement de la rechute dépressive. Il reprend des exercices et des thématiques similaires, mais il s'axe principalement sur la dépression et les symptômes associés à la différence du MBSR qui est plus généralement axé sur le stress. Nous synthétisons les thématiques et donnons des exemples des deux programmes (*cf.* tableau 3).

Tableau 3 : Thématiques et exercices typiques des programmes MBSR et MBCT

	MBSR thématiques	MBCT thématiques	Exemples d'exercices
S1	Introduction de la PC et des modes opératoires de l'esprit, manière d'entrer en relation avec l'expérience Porter son attention sur l'expérience, les sensations corporelles et les sens	Similaire MBSR mais mise en perspective avec les ruminations dépressives	Exercice du raisin (<i>i.e.</i> exploration en PC des sens : gustatif, visuel, olfactif, tactile)
S2	Interprétation = déterminante dans la perception de la réalité et notre manière de réagir Cultiver les attitudes de la PC	+/- Similaire MBSR	Scan corporel (<i>i.e.</i> exploration du corps dans son entièreté et de la présence/absence de sensations corporelles)
S3	Modes opératoires de l'esprit et manière de porter l'attention = impactent le stress et la souffrance	+/- similaire MBSR avec insistance sur l'impact du mental (<i>i.e.</i> passé et futur vs. ramener la conscience dans l'instant présent)	Marche en PC (<i>i.e.</i> chercher à porter son attention sur le déroulement de la marche, les sensations associées comme les contractions musculaires)
S4	Impact du stress sur l'esprit et le corps, sources du stress et modes de coping face aux situations stressantes PC pour identifier les réactions automatiques et les conditionnements	+/- similaire MBSR Expérience de sensations déplaisantes ou difficiles – aversion, évitement = causes de souffrance Perspective différente dans les relations avec les choses	Pratique de yoga (<i>i.e.</i> différentes postures et étirements en PC pour explorer les sensations corporelles en mouvement) Calendrier des évènements déplaisants (<i>i.e.</i> décrire des situations difficiles vécues)
S5	Perspective de réponse différente via la PC, ramener de l'intention et	Cultiver un regard différent sur le monde Acceptation de ce qui parvient dans l'instant	Méditation assise sur la respiration, les sons, les émotions, les pensées ... (<i>i.e.</i> porter son attention

	du contrôle sur les réactions	présent : sensations/pensées agréables et désagréables Travail sur les attitudes	sur différentes modalités de l'expérience et ce qu'il survient dans l'instant)
S6	Porter son attention sur les pensées, émotions, attentes, comportements + interaction sociale en PC	Émotions, pensées = états et stimuli impermanents Pensées négatives = distorsions cognitives	+/- Similaire aux séances précédentes
S7	Auto-compassion, comportements de santé et bien-être Généralisation de la pratique de PC	+/- similaire MBSR Possibilités de réponses plus adaptatives face aux difficultés	Exercice des chaises (<i>i.e.</i> expérimenter le changement de perspective)
S8	Constat des progrès et des changements associés au programme Introduire la fin du programme et le prolongement des pratiques	+/- similaire MBSR Lien entre intentions et valeurs	Discussion sur les apprentissages pendant le programme

Note : S pour séance

L'objectif des programmes MBSR et MBCT est d'enseigner la pratique de la PC et notamment, une manière différente d'entrer en relation avec les émotions, les pensées et l'ensemble des stimuli qu'il est possible d'expérimenter. Ils visent à enseigner des attitudes qui sont bénéfiques pour la santé psychologique (*e.g.* acceptation). D'autres interventions basées sur la PC et les TCC (*i.e.* Thérapies Cognitivo-Comportementales) comme l'ACT (*i.e.* Acceptance and Commitment Therapy, destinée à un spectre large de psychopathologies, Hofmann & Asmundson, 2008) ou la DBT (*i.e.* Dialectical Behavioral Therapy, destinée aux troubles de la personnalité borderline, Rizvi et al., 2013) visent également le développement de ressources psychologiques pour faire face aux situations difficiles et accompagner le traitement des psychopathologies. Nous nous sommes principalement appuyés sur le MBSR et le MBCT pour créer un programme basé sur la PC et l'IE que nous présentons dans la méthodologie des chapitres empiriques.

En résumé, dès leurs origines, les différentes approches basées sur la PC dans la littérature sont conçues avec une volonté d'améliorer la santé et le quotidien des individus. La pratique de la PC s'axe principalement sur une orientation et une manipulation conscientes de l'attention tout en développant progressivement un ensemble d'attitudes positives pour soutenir l'individu. L'expérimentation de l'état de PC recentre l'individu sur le présent, développe une posture particulière vis-à-vis du déroulement de l'expérience (*e.g.* décentration) et augmente les capacités attentionnelles (*i.e.* contrôle et orientation consciente de l'attention). La pratique de la PC est également utilisée pour faire prendre conscience des modalités typiques du fonctionnement de l'esprit et du corps qui entraînent la souffrance et des comportements inadaptés ou dysfonctionnels. L'objectif principal des approches basées sur la PC est la promotion d'une plus grande flexibilité cognitive (*e.g.* redonner la capacité de choisir et de mieux contrôler ses réactions), émotionnelle (*e.g.* tolérance vis-à-vis des affects négatifs) et comportementale (*e.g.* identification des automatismes de fonctionnement, élargissement des stratégies d'adaptation). Ces éléments sont déterminants pour préserver et promouvoir la santé psychologique, car ces approches ont été testées et validées auprès d'un grand nombre de populations.

4.4. Mesure et outils de la pleine conscience

4.4.1 Revue des principaux questionnaires de la PC, description des domaines évalués par ces questionnaires et analyse critique des mesures

Il existe de nombreux questionnaires auto-rapportés qui évaluent le niveau de PC. Ces questionnaires se distinguent notamment par l'orientation théorique sous-jacente à leur conception. Nous présentons brièvement les 6 questionnaires les plus utilisés dans la littérature (Berghmans et al., 2008 ; Sauer et al., 2013).

L'échelle la plus courante est de loin la MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale) en 15 items (Brown & Ryan, 2003). Cette échelle est unidimensionnelle et se concentre sur la facette attentionnelle de la PC. Elle possède de bonnes qualités psychométriques et un faible nombre d'items qui facilitent sa passation. Elle est toutefois critiquée pour le manque de cohérence des items avec le construit originel de PC (Grossman, 2011). Cette échelle manque de considération pour les autres composantes centrales de la PC comme la facette attitudinale.

La *FMI* (Freiburg Mindfulness Inventory) est une échelle en 30, 14 ou 7 items suivant la version (Buchheld et al., 2001; Walach et al., 2006). Elle se veut initialement plus proche de la conception bouddhiste de la PC. Elle est dans un premier temps destinée à des pratiquants de méditation puis elle est adaptée à la population générale, notamment dans sa version en 14 items. À l'origine, elle se décompose en quatre dimensions : « *attention orientée vers le présent* », « *attitude de non-jugement vis-à-vis de soi et des autres* », « *ouverture aux états d'esprit négatifs* » et « *compréhension dirigée vers les processus psychologiques* ». Toutefois, les analyses factorielles n'ont pas montré une dimensionnalité clairement établie pour la version longue. Elle se décompose généralement en deux dimensions dans sa version courte (Kohls et al., 2009; Sauer et al., 2012) : la « *présence* » (*i.e.* conscience du déroulement de l'instant présent) et « *l'acceptation* » (*i.e.* perspective tolérante et non-évaluative sur le réel). Elle possède de bonnes qualités psychométriques. Les auteurs insistent sur l'aspect multi-componentiel mais fortement interrelié (*i.e.* holistique) des éléments qui permettent de mesurer la PC.

La *CAMS* ou *CAMS-R* (Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised) est une échelle multi-dimensionnelle en 12 items (Feldman et al., 2007). Elle vient corriger les défauts de l'échelle originelle. La *CAMS-R* se veut suffisamment large pour couvrir au mieux le construit de PC. Elle se compose de quatre dimensions : « *attention* », « *focalisation sur le présent* », « *conscience* » et « *acceptation* ». Malgré son aspect multi-dimensionnel les auteurs conseillent d'utiliser un score global, car les sous-dimensions ne disposent pas d'une cohérence interne suffisante.

La *PHLMS* (Philadelphia Mindfulness Scale) est une échelle en 20 items (Cardaciotto et al., 2008). Elle découle de la conception opérationnelle de Bishop et al., 2004. L'échelle permet de mesurer de manière distincte les deux composantes clés de la PC : la « *conscience* » et « *l'acceptation* » qui composent les deux facteurs de l'échelle. Cette échelle permet d'observer les effets différenciés des deux dimensions.

La *TMS* (Toronto Mindfulness Scale) est une échelle bidimensionnelle en 13 items (Lau et al., 2006). Elle se compose d'un facteur de « *curiosité* » (*i.e.* conscience de l'instant présent avec curiosité) et d'un autre facteur de « *décentration* » (*i.e.* conscience de l'instant présent avec distance/désidentification). Elle ne mesure pas la disposition à la PC (*i.e.* tendance comportementale) mais l'état de PC juste après une pratique. Autrement dit, elle est utile pour constater l'ampleur du niveau de PC atteint juste après un exercice de méditation.

Nous terminons notre présentation par la *KIMS* et la *FFMQ* (Baer et al., 2004; Baer et al., 2006). Nous réunissons ces deux questionnaires car ils sont proches sur le plan de la conception et du contenu. La *KIMS* (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills) est une échelle en 39 items qui évalue les compétences de PC. Elle a trois objectifs principaux : mesurer la tendance à être « *mindful* », mesurer les différentes facettes de la PC de manière distinctive et proposer un instrument compréhensible par des populations qui ne pratiquent pas la méditation. La conceptualisation de l'échelle s'appuie à la fois sur les théories scientifiques (*e.g.* Kabat-Zin) et bouddhistes (*e.g.* Goldstein) de la PC. Les quatre compétences évaluées sont : « *observation* », « *description* », « *agir en PC* » et « *acceptation sans-jugement* ». La *FFMQ* (Five Facet Mindfulness Questionnaire) est développée par les mêmes auteurs. Elle est le fruit de l'alliance entre plusieurs questionnaires majoritaires dans la littérature (Baer et al., 2006). Elle a les mêmes objectifs que la *KIMS* tout en intégrant d'autres questionnaires qui mesurent la PC. La structure factorielle est globalement similaire et se compose de 5 dimensions : « *observation* », « *description* », « *agir en PC* », « *non-jugement* » et « *non-réactivité* ».

Les questionnaires présentés ci-dessus sont utiles car ils permettent de mesurer le construit de PC. Les chercheurs disposent ainsi d'une certaine flexibilité de choix par rapport à leur objectif de recherche et la conceptualisation dans laquelle ils s'inscrivent. Néanmoins, les auteurs notent la nécessité de développer d'autres outils de mesure. En plus d'être soumis aux limites classiques des questionnaires auto-rapportés (*e.g.* biais d'autocomplaisance, biais de désirabilité sociale), l'opérationnalisation actuelle de la PC est également critiquable sur de nombreux points (Grossman, 2011) comme par exemple : absence de consensus conceptuel pour la standardisation, validité de contenu parfois limitée, difficulté à l'auto-évaluation sur certains domaines, confusion entre le sens et l'importance donnés à la PC avec la maîtrise progressive de la PC, différences importantes dans l'interprétation des items entre pratiquants et non-pratiquants de PC. L'une des manières de répondre partiellement aux limites des questionnaires auto-rapportés est de construire un protocole de recherche mixte (*i.e.* quantitatif et qualitatif) qui inclut à la fois des entretiens et des questionnaires.

Malgré toutes les problématiques citées ci-dessus, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure pour déterminer l'impact des interventions et mieux comprendre les processus à l'origine des effets de la PC sur les cognitions, les affects et les comportements. Notre objectif est de mesurer la PC de la manière la plus large possible. Nous avons donc exclu la *MAAS* pour son caractère monodimensionnel trop spécifique, la *TMS* car elle ne mesure pas les tendances

comportementales et elle s'emploie dans un contexte de pratique méditative, la *CAMS-R* car sa structure dimensionnelle n'est pas suffisamment établie pour distinguer les dimensions les unes des autres, la *FMI* et la *PHLMS* car elles ne mesurent pas suffisamment de composantes distinctes de la PC.

Nous avons finalement choisi la FFMQ car elle comporte un grand nombre de dimensions. En outre, elle s'appuie sur une tentative d'inclure de nombreux questionnaires pré-existants. Ce questionnaire couvre donc assez largement la PC pour étudier de manière distinctive les différents éléments qui composent le construit. Il faut toutefois noter que la FFMQ est limitée car elle est principalement constituée d'items issus de la KIMS. Il y a relativement peu d'items d'autres questionnaires inclus dans la FFMQ et la structure dimensionnelle est globalement similaire à celle de la KIMS. Nous pensons que ce résultat est la conséquence d'une structure dimensionnelle bien établie et d'un nombre proportionnellement important d'items de la KIMS dans le pool global d'items. En effet, la KIMS possède de bonnes qualités psychométriques et elle représente plus de 38% du total des items de la pool issue des 6 questionnaires à l'origine de la FFMQ. Il représente plus de 50% du total d'items de la seconde phase, et il représente plus de 61% du nombre total d'items du questionnaire final.

Pour conclure, la FFMQ est l'outil de mesure le plus complet pour opérationnaliser la PC. Les soubassements conceptuels sont clairement établis et prennent racine dans la littérature scientifique et philosophique sur la PC. La FFMQ réunit un ensemble de questionnaires de la PC ce qui permet de couvrir assez largement les processus associés en comparaison aux autres mesures. Enfin, la FFMQ est particulièrement adaptée pour mesurer l'impact d'un programme visant le développement de la PC car elle évalue les compétences constitutives de la PC.

4.5. Effets de la pleine conscience sur la santé mentale

4.5.1 Revue des études empiriques examinant les effets de la pleine conscience sur la santé mentale

La littérature sur la PC se divise en deux catégories générales. D'un côté, les articles qui testent l'efficacité des interventions basées sur l'enseignement de la PC et la pratique associée (*e.g.* Kabat-Zinn, 1982) et de l'autre, les articles qui observent les liens entre la PC et différentes variables à l'aide de corrélations entre outils de mesure auto-rapportés (*e.g.* Atanes et al., 2015).

Nous présentons dans un premier temps les résultats issus de la littérature interventionnelle et dans un second temps quelques études corrélationnelles.

Les différents programmes basés sur la PC sont généralement efficaces pour améliorer la santé des patients atteints de pathologies diverses. Le MBSR et les programmes associés sont les plus étudiés. Chez des patients diabétiques, une intervention de type MBSR permet par exemple de diminuer le stress, l'anxiété et la dépression (Berghmans et al., 2012). Les effets peuvent s'expliquer par le développement de stratégies de coping plus adaptatives comme le coping actif, la planification, la réinterprétation positive ou l'acceptation. D'autres études montrent une diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression chez la population générale (Schreiner & Malcolm, 2008), ainsi qu'une amélioration du bien-être et une diminution des symptômes psychologiques (*e.g.* paranoïa, obsessions, hostilité ...) chez des patients atteints de troubles psychologiques variés (Carmody & Baer, 2008). D'après une revue de la littérature (Grossman et al., 2010), portant sur 20 études et 1600 participants au total, le MBSR est efficace auprès de différentes populations. Il est utile pour favoriser une meilleure gestion de la détresse psychologique, du stress et des troubles plus sévères ainsi que du handicap dans le quotidien. La taille d'effet est généralement modérée sur la dépression et le stress (*e.g.* méta-analyse sur 39 études ; Hofmann et al., 2010). Dans un contexte familial (Relation : Enfants/adolescents - parents), la pratique de la PC améliore le fonctionnement social et la santé psychologique (Xie et al., 2021). Le MBCT, spécifique au traitement de la dépression, est également efficace pour diminuer les rechutes dépressives et les symptômes associés (MacKenzie & Kocovski, 2016).

Chez les étudiants, le MBSR est efficace pour diminuer le stress perçu, la perception des symptômes (*e.g.* physiques, anxieux, dépressifs), les insomnies et les dysfonctionnements sociaux (Berghmans et al., 2010). Dans cette étude, les effets perdurent deux mois après la fin de l'intervention. D'autres interventions sur des échantillons plus conséquents montrent également l'efficacité de la PC chez les étudiants (Galante et al., 2018). La PC permet notamment de préserver le bien-être et de diminuer la détresse psychologique en période de stress élevé (*i.e.* examens annuels). D'après cette étude, les effets bénéfiques sont plus importants chez les hauts niveaux de stress et de dépression. L'augmentation du niveau de PC précède généralement la diminution du stress (Baer et al., 2012). Cette observation vient partiellement confirmer le lien de causalité entre la pratique de la PC et la diminution du stress perçu.

Chez une population de soignants, une revue de la littérature (41 articles) montre des résultats probants sur des variables « positives » et « négatives » (Lomas et al., 2019). La

pratique de la PC est associée à l'amélioration du niveau de PC et du bien-être. Elle contribue positivement à plusieurs variables associées au fonctionnement émotionnel comme la compassion et l'empathie. Toutefois, il n'y a pas d'effets significatifs sur l'IE et la régulation des émotions. Les tailles d'effets significatives sont faibles à modérées (*i.e.* .27 à .52). La pratique de la PC semble avoir un impact plus important sur les variables délétères comme le burnout, l'anxiété, la dépression, la détresse, la colère et le stress. Les tailles d'effets significatives sont faibles à fortes (*i.e.* - .29 à - .1,01). D'autres revues et articles soutiennent l'effet bénéfique de la PC sur des variables associées à la santé psychologique et à la qualité des soins chez les professionnels de santé (Bazarko et al., 2013; Fortney et al., 2013; Gu et al., 2015; Irving et al., 2009; Khoury et al., 2013).

Il faut néanmoins rester conscient des limites des approches interventionnelles. Elles ne sont pas systématiquement associées à des résultats significatifs ou à une taille d'effet pertinente (*e.g.* Goldhagen et al., 2015). De plus, la littérature souffre potentiellement d'un biais de publication étant donné que la plupart des études publiées ont des effets significatifs. Il est possible que la publication des études avec une absence d'effet soit négligée, ce qui influe également sur les conclusions des méta-analyses.

4.5.2 Mécanismes d'action des programmes de PC

La pratique de la PC entraîne des modifications du fonctionnement individuel via des mécanismes positivement associés à la santé psychologique. La compassion est par exemple étudiée pour expliquer les effets favorables de la PC sur le burnout et le bien-être (Baer et al., 2012 ; Gracia-Gracia & Oliván-Blázquez, 2017). Dans ces études, la compassion rassemble six dimensions, très proches des qualités de l'esprit développées dans la PC : « *gentillesse* », « *jugement tourné vers soi* », « *humanité commune* », « *sentiment d'isolement social* », « *pleine conscience* » et « *sur-identification* ». Chacune de ces dimensions contribue à diminuer la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel tout en favorisant le sentiment d'accomplissement et le bien-être. Les dimensions de la PC développent également l'auto-compassion chez les sujets qui méditent régulièrement en comparaison avec les personnes qui n'ont jamais médité (Baer et al., 2012). Dans cette étude, la pratique méditative a un effet sur le bien-être via l'augmentation des niveaux de PC et d'auto-compassion. Chez les infirmiers (Bazarko et al., 2013), la PC diminue le risque de burnout en favorisant des facteurs protecteurs

du fonctionnement psychologique comme l'empathie, la compassion, la sérénité et la santé en général (*e.g.* fonctionnement physique et social, impact des émotions, santé mentale ...).

Une revue de la littérature (Gu et al., 2015) sur les médiateurs des effets de la PC montre que la limitation des ruminations cognitives (6 études) et la diminution de la réactivité cognitive/émotionnelle (2 études) expliquent une partie des effets favorables sur la santé psychologique. Les pensées intrusives ne sont pas forcément atténuées par la pratique de la PC. En revanche, la relation avec ces pensées est modifiée dans le cadre de la rechute alcoolique (Bowen et al., 2007). Le programme réduit les tentatives des patients de suppression et d'évitement des pensées parasites. Plusieurs études citées dans une revue spécifique aux mécanismes d'actions du programme MBCT (van der Velden et al., 2015) montrent que les bénéfices sur la santé des patients dépressifs dépendent de l'amélioration du niveau de PC, de l'auto-compassion et de la diminution des ruminations. L'amélioration des capacités de méta-conscience et de décentration est une autre piste soutenue par les auteurs.

La littérature évoque d'autres mécanismes explicatifs, mais il existe trop peu d'études pour trancher sur leur impact. Ces mécanismes comprennent notamment : la modification du fonctionnement de la mémoire autobiographique, la spécification des objectifs de vie, l'amélioration de la régulation attentionnelle ou encore la modification du fonctionnement affectif (*e.g.* génération et réactivité). L'étude de Jha et al., 2017, teste par exemple l'effet d'un entraînement à la PC chez des militaires dans un contexte de stress élevé (*i.e.* pré-déploiement avant une phase d'opérations extérieures). Le groupe avec une pratique d'intensité et de fréquence élevées bénéficie d'effets favorables au niveau de la stabilité attentionnelle « *objective* » (*i.e.* test de performance) et « *subjective* » (*i.e.* auto-évaluation). La performance attentionnelle du groupe avec une pratique élevée était en légère augmentation alors que la performance des autres groupes diminuait. La PC aurait un effet protecteur sur la dégradation attentionnelle provoquée par le stress à l'approche du déploiement des soldats. La diminution du vagabondage de l'esprit (*i.e.* pensées intrusives, parasites ...) aide également les soldats à conserver leurs performances attentionnelles. La PC permettrait de développer une forme de « *résilience cognitive* » qui protège le fonctionnement mental des effets délétères d'un contexte anxiogène. Enfin, l'engagement des soldats dans une pratique régulière favorise l'efficacité des interventions et le développement des qualités de la PC.

4.5.3 *Étude corrélacionnelle sur la PC comme facteur protecteur de la santé psychologique*

La littérature montre une efficacité éprouvée, bien que modérée, des différents programmes associés à la PC. Les études corrélacionnelles supportent également l'impact favorable de la PC sur la santé humaine. Les études de Brown & Ryan, 2003 montrent par exemple des liens positifs entre la PC et l'IE, l'estime de soi, l'optimisme, la satisfaction de vie, les affects positifs et plaisants. Au contraire, le lien est négatif avec l'anxiété sociale, les ruminations mentales, l'anxiété générale, la dépression, les affects négatifs et déplaisants. La PC est liée positivement au bien-être eudémonique (*e.g.* autonomie, compétences, relations ...) et physique (*e.g.* plaintes et symptômes). Ce lien s'explique en partie grâce à l'amélioration de la régulation affective entraînée par la PC. Le niveau de PC pourrait également atténuer les troubles du comportement tel que les addictions (Bowen et al., 2007; Karyadi et al., 2014; Lakey et al., 2007; Witkiewitz et al., 2005). Certaines interventions se spécifient par exemple sur les addictions, la rechute et le besoin impérieux de consommation (*e.g.* Bowen et al., 2009; Witkiewitz et al., 2013). Ces interventions sont efficaces à la fois sur la consommation (*i.e.* quantité et fréquence) mais également sur la santé psychologique des patients symptomatiques.

D'autres études montrent un lien négatif entre la PC et le stress (Weinstein et al., 2009). Les stressors sont évalués comme moins dangereux dans une situation stressante induite en laboratoire, ce qui explique la diminution du stress perçu. De surcroit, les participants avec un niveau de PC élevé utilisaient moins de stratégies de coping d'évitement. Ces stratégies entraînent généralement des conséquences dysfonctionnelles sur l'adaptation et la gestion du stress. Une étude supplémentaire des mêmes auteurs confirme les résultats de manière écologique chez une population étudiante. En effet, la PC permet de prédire une diminution du caractère menaçant des examens terminaux. Ces études sont limitées par l'utilisation de la MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale) qui n'est pas suffisante pour expliciter la richesse des ressources développées par la pratique de la PC.

Certaines études utilisent une évaluation multi-dimensionnelle de la PC pour couvrir l'ensemble du construit (*e.g.* FFMQ). Ce positionnement est d'autant plus important pour étudier précisément l'impact différencié des mécanismes de PC (Heeren et al., 2011). Les résultats sont cohérents avec les autres travaux cités précédemment. Les dimensions « *agir en PC* », « *non-jugement* » et « *non-réactivité* » sont par exemple corrélées à l'anxiété état/trait et à la dépression ($r = - .198$ jusqu'à $- .467$) alors que la « *description* » ne corrèle

significativement qu'avec l'anxiété trait, et « *l'observation* » ne possède aucune corrélation significative. De manière plus spécifique, les compétences de PC diminuent les ruminations associées à la colère (Peters et al., 2015) ce qui atténue les comportements agressifs (*e.g.* verbaux et physiques). Les dimensions les plus impliquées sont le « *non-jugement* » et « *agir en PC* ». Les modèles de médiation mettent en évidence que le « *non-jugement* » explique la plus grande part de variance des résultats. La PC diminue également le score de dépression via l'atténuation des ruminations dépressives (Petrocchi & Ottaviani, 2016). La dimension la plus impliquée est encore une fois le « *non-jugement* » qui prédit le score de rumination dépressive 2 ans après l'étude.

Une étude basée sur la FFMQ (Brown et al., 2015) opérationnalise les variables intégrées dans le modèle de Shapiro qui décrit les différents mécanismes d'actions de la PC (*i.e.* décentration, autorégulation, clarification des valeurs, flexibilité cognitive/comportementale, exposition). Ils combinent dans l'analyse les résultats de l'autorégulation, de la clarification et de la flexibilité des valeurs en un seul facteur latent. Les dimensions de PC sont significativement associées avec l'ensemble des mécanismes. Les corrélations sont faibles à modérées (décentration, $r = .182$ à $.532$; variable latente « *mécanismes* », $r = .126$ à $.597$; exposition via l'intolérance à la détresse, $r = .118$ à $-.557$). Les dimensions les plus impliquées sont : pour la décentration, non-réactivité et description ; pour l'auto-régulation/valeur, agir en PC et la description ; pour l'intolérance à la détresse, agir en PC et non-jugement. Nous constatons que les dimensions impactent différemment les mécanismes associés à la PC. Les résultats sont même parfois contre-intuitifs (*e.g.* lien positif entre l'observation et l'intolérance à la détresse). L'étude teste ensuite l'effet direct des dimensions de la PC sur différentes variables associées à la santé (*i.e.* anxiété, stress, dépression et problématique alcoolique) tout en observant l'effet indirect de la PC via les mécanismes associés (*cf.* Tableau 4).

Tableau 4 : Tableau synthétique des résultats de l'étude de Brown et al., 2015

	Ob	De	Act	Nj	Nr	Déc	Mech	Int
Dépression	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.11	-.18	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.29	.23
Anxiété	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.14	-.20	-.09	-.13	<i>ns</i>	.37
Stress	.15	<i>ns</i>	-.19	-.12	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.23	.30
Alcool	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.15	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.11
Déc	<i>ns</i>	.19	.15	.30	.43	-	-	-
Mech	.10	.11	.42	.11	<i>ns</i>	.27	-	-
Int	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-.20	-.37	-.16	-.16	-	-

Note : Déc = décentration ; Mec = autorégulation/valeurs ; Int = intolérance à la détresse. Résultats exprimés en beta standardisé dans un modèle de médiation

4.5.4 Résultats des recherches sur les effets de la pleine conscience sur d'autres indicateurs de santé mentale

Nous avons souligné dans la partie précédente l'utilité interventionnelle de la PC dans le traitement de différentes pathologies en lien avec des dysfonctionnements émotionnels. La PC permet également de favoriser des dimensions plus positives (*i.e.* facteurs protecteurs et bien-être) chez les patients et la population générale. La pratique de la PC améliore globalement la qualité de vie auprès de différentes populations et dans des contextes variés.

Nous centrons maintenant notre propos sur la modification du fonctionnement cognitif et émotionnel des pratiquants de la PC. Il existe des liens forts entre le fonctionnement émotionnel en termes de régulation et de compréhension des émotions (*e.g.* labilité et clarté émotionnelle) et la PC (Roemer et al., 2015). La PC est associée à une régulation plus efficace des émotions dans les études corrélationnelles et expérimentales. Elle entraîne des modifications physiologiques (*e.g.* libération d'hormones, activations neuronales de l'amygdale), une amélioration de la récupération post-induction émotionnelle (*i.e.* retour à un état de base) ou encore une réduction des interférences émotionnelles dans une tâche attentionnelle. De surcroît, une méta-analyse (148 études, 44 075 participants) montre un lien entre les différentes dimensions de la PC et les symptômes associés aux émotions dans la

dépression, l'anxiété et d'autres troubles psychopathologiques (Carpenter et al., 2019). Les dimensions les plus efficaces pour diminuer les symptômes affectifs sont dans l'ordre : le non-jugement et le fait d'agir avec conscience (*i.e.* corrélation forte), suivi par la non-réactivité et la description (*i.e.* corrélation modérée) et enfin l'observation (*i.e.* corrélation inexistante). Les dimensions de PC mesurées par la FFMQ corrélaient de manière distinctive avec l'IE (Christopher et al., 2012). La PC semble particulièrement associée aux capacités à identifier, comprendre et réguler ses émotions. Cela confirme pour nous l'intérêt d'évaluer les dimensions de la PC pour juger de leur impact variable sur les problématiques affectives et la manière de les gérer.

Dans le modèle « *binnaire* », la manière de vivre une situation détermine la qualification fonctionnelle ou dysfonctionnelle des émotions (Shahzad, 2019). Les auteurs expliquent que : « *la fonctionnalité des émotions peut être déterminée en fonction de leur expérience subjective, en lien avec leurs perceptions (e.g. croyances rationnelles ou irrationnelles), et les conséquences comportementales de l'émotion* ». Or, la PC modifie la relation entretenue avec les pensées, les sensations et les émotions. Cette modification atténue les facteurs de risque qui favorisent les émotions dysfonctionnelles. La PC permet par exemple de travailler un regard particulier sur l'expérience, plus ouvert et tolérant à l'égard de ce qui nous retient (*e.g.* attachements, désirs) ou de ce qui nous repousse (*e.g.* aversion, expériences négatives). La PC est une manière de suspendre l'interprétation et de se détacher des conditionnements qui influencent l'analyse d'une situation. Elle diminue notamment l'occurrence des ruminations dépressives. Autrement dit, une partie des effets bénéfiques sur la régulation émotionnelle provient des modifications du fonctionnement cognitif, et notamment, de l'interprétation ou de l'évaluation d'une situation. Dans leur étude, la PC permet de limiter les émotions dysfonctionnelles mais elle n'a pas d'impact sur les émotions fonctionnelles (Shahzad, 2019). De plus, la PC permet de promouvoir la résilience émotionnelle (Wang et al., 2016). Cela signifie qu'elle contribue positivement à la capacité de génération d'émotions positives et diminue le temps de rétablissement vis-à-vis des émotions négatives.

Si la PC est fortement associée à la régulation des émotions, il est légitime de questionner ses liens avec le construit d'IE qui retranscrit notre manière d'interagir avec nos expériences émotionnelles, notre ressenti et celui des autres. Ce lien est documenté par des études qui montrent que l'IE médiatise une partie des effets de la PC (Bao et al., 2015; Foster et al., 2018; Schutte & Malouff, 2011). La PC agit sur les compétences d'IE qui modifient à leur tour, l'interaction du sujet avec les événements affectifs internes et externes. Cela permet

de mieux réguler le stress et de contribuer à l'amélioration du bien-être. Une étude montre par exemple que la PC et sa pratique diminuent l'épuisement émotionnel et augmentent la satisfaction au travail dans des métiers aux composantes relationnelles (Hülshager et al., 2013). Ils expliquent que les stratégies de gestion des émotions lors d'interaction avec autrui vont être modifiées. En effet, la PC trait et état prédisent négativement l'utilisation d'une « *modification de surface* » concernant les émotions. Celle-ci correspond à un masquage émotionnel lors de l'interaction avec autrui. Cette stratégie d'adaptation est généralement dysfonctionnelle, car elle provoque des conséquences délétères sur la santé des individus. La PC limite les conséquences négatives de cette stratégie en favorisant une séparation entre « *l'ego* » et les expériences internes et externes de l'individu. Il est ainsi possible de se détacher d'une immersion émotionnelle trop importante tout en brisant les réactions automatiques et conditionnées qui sont suscitées par l'émergence d'une émotion ou par la suppression émotionnelle. La PC est une ressource sur laquelle s'appuyer à la fois pour développer l'IE et pour promouvoir le bien-être chez les populations les plus susceptibles d'être impactées par des difficultés d'ordre relationnel et affectif comme les soignants et les professions sociales (Snowden et al., 2015). En effet, l'épuisement émotionnel ou compassionnel chez les professionnels de la santé est une problématique majeure qui peut être atténuée par le développement de compétences émotionnelles via un programme MBSR (Lamothe et al., 2016). Malgré tout, peu d'études ont été menées pour déterminer l'impact d'une intervention MBSR sur le développement de compétences émotionnelles chez les soignants. En réponse, Lamothe et al., 2018 proposent une étude interventionnelle qui montre une efficacité du MBSR pour le développement des capacités de PC et, dans une certaine mesure, des compétences émotionnelles (*i.e.* identification de ses émotions, acceptation des émotions et la prise de perspective empathique).

4.5.5 Discussion des résultats et des implications pour les interventions

Dans les parties précédentes, nous avons parcouru quelques résultats sur l'impact de la PC et des interventions qui se basent sur la PC. Les interventions sont efficaces pour promouvoir la santé psychologique, notamment en favorisant les facettes positives du fonctionnement psychologique (*e.g.* bien-être) et en atténuant les facettes négatives (*e.g.* détresse émotionnelle). Ces résultats sont cohérents avec les études corrélationnelles où la PC est positivement associée à différentes opérationnalisations de la santé psychologique. Par

ailleurs, la PC est associée à d'autres construits qui promeuvent l'adaptabilité. Par exemple, une partie des effets de la PC sur le stress s'explique par son impact sur les stratégies de coping ou encore la résilience. En conséquence, la PC est pertinente pour développer les ressources psychologiques pour faire face aux situations difficiles. La PC permet notamment le développement de l'IE, et plus spécifiquement, de certaines compétences d'IE comme l'identification des émotions. L'un des mécanismes d'action de la PC serait l'amélioration de la gestion émotionnelle et plus particulièrement, de la régulation des émotions et des comportements associés.

Il faut néanmoins nuancer ce propos. Premièrement, la taille d'effet des interventions en PC est faible à modérée ce qui montre une efficacité restreinte et relativement variable suivant les caractéristiques des participants et les contextes d'interventions. Le niveau *a priori* de PC, la compétence du formateur et les intentions comportementales des participants sont susceptibles d'influer favorablement ou défavorablement les résultats d'une intervention basée sur la PC. Deuxièmement, la PC est une manière de développer des compétences psychologiques, mais ce n'est pas la seule technique. Il est difficile de déterminer si son efficacité est généralement supérieure à d'autres types d'interventions qui ne mobilisent pas la pratique de la PC. Troisièmement, il existe des critiques sur la conceptualisation et l'opérationnalisation du construit de PC qui perdrait progressivement son sens premier issu de la psychologie bouddhiste (Grossman, 2011). Quatrièmement, la littérature scientifique en psychologie tend à publier les résultats des interventions qui fonctionnent, ce qui produit artificiellement une surestimation des effets de la PC. En effet, les méta-analyses et les revues de la littérature synthétisent du matériel publié et sont par là même, soumises aux mêmes biais (Eberth & Sedlmeier, 2012). Cinquièmement, la PC tend à faire reposer la responsabilité de la souffrance uniquement sur l'individu et sa manière d'interagir avec l'environnement. Or, un environnement propice est également un déterminant de la santé psychologique, mais aussi de l'efficacité des interventions de PC. Par exemple, la PC augmente les effets bénéfiques du leadership transformationnel mais amplifie également les effets néfastes d'une supervision abusive chez les salariés (Britton, 2019; Walsh & Arnold, 2020).

4.5.6 Effets délétères de la PC et de la pratique méditative

La PC dans la littérature scientifique est principalement dépeinte comme un facteur bénéfique pour la santé psychologique et l'adaptation. Elle peut même parfois apparaître comme une solution « *miracle* » lorsque l'on observe les multiples revues et méta-analyses sur la question. Pourtant, la pratique de la PC n'est pas systématiquement efficace ou bénéfique. Il existe par exemple des difficultés associées à la pratique de PC (*e.g.* expérience de soi perturbée, exacerbation des problématiques mentales) ou méditative (*e.g.* symptômes psychotiques ; Lindahl et al., 2017) qui risquent d'aggraver l'état de santé psychologique des participants (Van Gordon et al., 2017). Ces variations dépendent en partie de la sensibilité des individus aux techniques utilisées, surtout lorsque les participants ne se reconnaissent pas dans les enseignements. Dans certaines études, les patterns de résultats sont plus complexes. Chez des prisonniers, la PC entraîne une diminution des pensées criminogènes via l'amélioration de la régulation émotionnelle et, paradoxalement, une augmentation des pensées criminogènes due à la dimension de non-jugement de soi (Tangney et al., 2017). Dans le même ordre d'idées, certaines études montrent que la PC pourrait réduire la culpabilité ressentie lorsque l'on cause du tort à autrui (Schindler et al., 2019). La diminution de la culpabilité peut préserver le bien-être individuel, mais elle risque de réduire le besoin de réparation normalement ressenti par un individu qui en fait souffrir un autre (*i.e.* conséquences de la culpabilité).

D'autres résultats montrent que certains mécanismes associés à la PC comme l'intéroception entraînent de la souffrance psychologique plus qu'ils ne contribuent au bien-être dans certaines conditions (Britton, 2019). La diminution du déficit d'intéroception est généralement bénéfique pour la santé mais des trop hauts niveaux d'intéroception risquent également de dégrader le bien-être des individus. L'auteur liste d'autres résultats comme : la diminution de la qualité du sommeil lorsque les pratiques de PC excèdent 30 minutes par jour (en lien avec les modifications de l'activité corticale), l'émoussement affectif (tant sur les émotions négatives que positives), les risques dissociatifs (chevauchement théorique avec la décentration), la sur-exposition aggravant les symptômes (*i.e.* chez les sujets qui sont peu évitants de base). Enfin, les programmes comme le MBSR fournissent une expérience particulière et un cadre spécifique pour la pratique. Ils ont tendance à avoir un impact plus important qu'une pratique simple de méditation en PC (Eberth & Sedlmeier, 2012) ce qui laisse supposer qu'une partie de son effet n'est pas seulement due à la PC mais à la structuration du programme.

Pour conclure, la PC et les pratiques associées n'ont pas d'effets univoques sur les individus. La réalité est plus subtile et complexe. Le contexte et les variabilités individuelles jouent un rôle crucial dans l'efficacité de la PC pour promouvoir la santé psychologique (Baer et al., 2019). Britton (2019) affirme par exemple que « *Comme la plupart des processus psychologiques [...], ils sont souvent bénéfiques mais, sous certaines conditions, chez certaines personnes, ou à un certain niveau, leurs effets peuvent avoir un coût, devenir négatifs et indésirables* ». Autrement dit, la quantité (*i.e.* fréquence/durée des pratiques), les caractéristiques des participants, le contre-balancement de certains processus (*e.g.* intéroception limite le risque dissociatif de la décentration ?) sont autant de pistes de recherche à explorer pour mieux comprendre les effets de la PC. Il faut donc rester alerte aux effets potentiellement délétères de la PC, notamment lorsque certains mécanismes sont trop exacerbés par la pratique et qu'ils dépassent en quelque sorte leur optimum d'efficacité (*i.e.* idée de courbe inverse en U ; Britton, 2019).

4.6. Explications des effets de la pleine conscience sur la santé mentale

4.6.1 Théories et mécanismes sous-jacents aux effets de la pleine conscience

La définition de Kabat-Zinn établit trois axiomes primordiaux pour décrire la PC : l'attention, l'attitude et l'intention. Ces axiomes sont détaillés par Shapiro (2006). L'intention correspond à la raison qui pousse l'individu à s'engager dans une pratique de PC. Pour Shapiro, ces intentions s'étendent sur un *continuum* allant de l'auto-régulation en passant par l'exploration de soi jusqu'à la libération de soi. Dans une autre étude, il montre que l'intention des participants détermine partiellement l'efficacité des pratiques de PC. Les résultats associés à la PC sont souvent cohérents avec les objectifs des participants. Autrement dit, les cognitions et leur évolution au cours de la pratique sont importantes pour comprendre l'efficacité des techniques associées à la PC (Shapiro, 1992). L'attention pour Shapiro correspond à l'observation des opérations internes et externes produites par le fonctionnement psychologique dans son ensemble (*e.g.* perceptions, cognitions, sensations ...). En PC, l'attention se distingue des caractéristiques analytiques du mental ainsi que des interprétations de l'expérience (*i.e.* jugements, catégorisations ...). Dans le programme MBSR, on demande par exemple aux participants d'observer ce qu'il se passe sans chercher à donner d'explications aux choses de manière à séparer l'attention des processus d'élaboration secondaire. L'axiome attitudinal facilite l'orientation non-discriminante de l'attention dans la pratique de la PC car :

« les qualités que l'on apporte à l'acte attentionnel sont cruciales » (Shapiro et al., 2006). Les différentes attitudes associées à un fonctionnement « *mindful* » permettent de s'engager consciemment dans une démarche visant une focalisation sur l'exploration de l'expérience présente, une capacité à ne pas s'accrocher mentalement aux facteurs qui conditionnent notre expérience et une plus grande facilité à s'ouvrir à l'ensemble des situations, qu'elles soient négatives ou positives. Les preuves de neuro-imageries semblent étayer plusieurs points sur les mécanismes d'actions de la PC (Hölzel et al., 2011). Différents champs sont validés par la littérature tels que : l'attention, la conscience du corps, la régulation des émotions et le changement de perspective de soi. Les auteurs notent que ces quatre domaines sont interdépendants. La PC et la pratique de la méditation modifient le fonctionnement et l'activation de certaines zones cérébrales en lien avec chacun des domaines précédemment évoqués. Nous reprenons la synthèse proposée par les auteurs dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Traduit à partir de Hölzel et al., 2011 : « Composantes proposées pour décrire les mécanismes d'action de la PC »

Mécanismes	Typologie d'instructions dans la pratique	Résultats comportementaux et auto-rapportés	Régions du cerveau associées
Régulation attentionnelle	Maintenir son attention sur l'objet choisi ; lorsqu'une distraction se produit, chercher à recentrer son attention sur l'objet	Meilleure performance : attention exécutive, orientation de l'attention, capacité d'alerte, diminution de l'effet de clignotement attentionnel	Cortex cingulaire antérieur
Conscience du corps	Le focus est souvent un objet de l'expérience interne : expériences sensorielles de la respiration, des émotions ou d'autre sensations corporelles	Amélioration des scores sur la dimension d'observation (FFMQ) ; données qualitatives sur l'amélioration de la conscience du corps	Insula, jonction temporo-pariétale
Régulation émotionnelle : réévaluation	Aborder les réactions émotionnelles du moment d'une manière différente (non-jugement, acceptation)	Augmentation des réévaluations positives (Questionnaire de régulation cognitive des émotions)	Dorsal, préfrontal cortex

Régulation émotionnelle : Exposition, extinction, reconsolidation,	Exposition d'un individu à ce qui est présent dans le champ de la conscience ; laisser les choses être ; réfréner la réactivité interne	Augmentation de la non-réactivité à l'expérience interne sur le FFMQ	Cortex préfrontal ventro-médian, hippocampe, amygdale
Changement de perspective	Détachement de l'identification à une impression de soi statique	Changement dans les mesures auto-rapportées de concept de soi (Échelle Tennessee du concept de soi, Inventaire de tempérament et de caractère)	Cortex préfrontal médian, cortex cingulaire postérieur, insula, jonction temporo-pariétale

La PC entraîne une meilleure régulation des émotions via certaines stratégies, principalement d'ordre cognitif. Néanmoins, l'auteur met en avant l'importance de la posture des méditants dans leurs relations avec les affects et les autres stimuli. La conscience du corps et les modifications associées favorisent également l'identification des émotions qui est nécessaire pour les réguler efficacement.

Concernant les aspects cognitifs de la PC, d'autres auteurs ont proposé un modèle dédié (Holas & Jankowski, 2013). Ils décrivent la PC « *comme un état unique de méta-conscience qui est suscité et maintenu par la coopération de certaines fonctions exécutives avec les processus attentionnels, un état qui est caractérisé par une posture d'ouverture et d'acceptation au regard de l'expérience présente* » (Holas & Jankowski, 2013). Pour ces auteurs, il faut distinguer l'état de PC des différents processus psychologiques associés qui produisent des conséquences positives sur la santé humaine. Ils mettent notamment en avant le caractère essentiel de la méta-conscience. La méta-conscience se définit simplement comme une conscience du contenu de la conscience (Schooler, 2002). Son développement améliore la capacité à gérer les objets et les processus constitutifs du fonctionnement de la conscience. Elle permet de fournir une forme de feed-back rétrospectif sur le fonctionnement et le contenu de la conscience. À la différence d'une conscience de base continue, la méta-conscience se caractérise par son intermittence (*i.e.* activation périodique). La PC augmente la fréquence avec laquelle la méta-conscience est sollicitée et utilisée. Elle nécessite toutefois que l'individu s'engage volontairement dans un processus de régulation active de la conscience. La pratique

de la PC entraîne le développement progressif de la méta-conscience suscité par la modification des fonctions attentionnelles et exécutives. Le processus d'inhibition limite par exemple les éléments non pertinents dans la conscience. En PC, l'inhibition ne signifie pas supprimer, mais plutôt, changer le focus attentionnel (i.e. « *switch* ») ou la relation avec les différents stimuli (e.g. acceptation vs. évitement). Les pensées sont par exemple considérées comme des objets mentaux transitoires que l'on peut observer, accepter telles qu'elles sont et desquelles il est possible de se détacher progressivement car elles sont impermanentes par essence. De plus, les auteurs suggèrent que les processus d'auto-régulation inconscients en lien avec la réalisation d'objectifs sont inhibés (i.e. rapprochement et éloignement de la complétion d'un but) ce qui limite la comparaison entre un état à atteindre et un état actuel. Cette comparaison entre ces deux représentations est susceptible de créer de la frustration chez l'individu. L'état de PC atténue ainsi le désir d'évitement ou de prolongation d'une expérience, car il limite l'incongruence entre l'expérience réelle et la représentation idéale de celle-ci.

En PC, il ne s'agit pas de modifier l'expérience, mais plutôt la qualité de la relation que l'on entretient avec celle-ci dans une perspective de décentration. Cela permet d'acquérir une meilleure compréhension du fonctionnement de l'esprit tant du point de vue expérientiel qu'intellectuel. En état de PC, les automatismes de pensée (e.g. ruminations, analyses, jugements ...) sont toujours présents. Ils peuvent faire l'objet de méditations car les pensées sont considérées comme des objets d'observation. Néanmoins, si le pratiquant se laisse entraîner dans un « *vagabondage de l'esprit* », il est possible qu'il perde momentanément le contact avec l'expérience présente. La PC nécessite donc des capacités de désengagement des distracteurs pour revenir de l'emprise possible de certains stimuli et de leur représentation dans la conscience. Les participants exercent leur capacité de désengagement lorsqu'ils identifient les départs dans les pensées et ramènent consciemment leur attention sur la respiration ou d'autres stimuli d'ancrage. En complément du désengagement, la PC entraîne une mise à jour régulière des informations en mémoire de travail. Cette réactualisation des informations facilite le recentrage sur l'instant présent. Plus la mise à jour est fréquente, plus l'état de PC est stable et continu. Enfin, la PC sollicite notre attention soutenue sur des objets sur lesquels il n'est pas courant de porter son attention de manière continue (e.g. douleur, sensations physiques).

Dans le modèle de Holas & Jancowski (2013), ils décrivent une composante supplémentaire qui est le système métacognitif. Il ne fait pas directement partie du construit de PC mais il soutient l'état de PC. Le sujet développe et intègre un ensemble de règles, de connaissances et de croyances qui sont activées pour faciliter l'entrée dans l'état de PC. Ces

données permettent de gérer, organiser et traiter les informations qui permettent d'entrer ou de maintenir un état de PC (e.g. « *il est nécessaire de revenir aux sensations associées à la respiration pour maintenir l'état de PC* »). Ce que les auteurs évoquent comme des « *métacroyances* » se retrouve fortement dans les travaux de Kabat-Zinn lorsqu'il décrit les attitudes connexes à la PC que nous présentons dans la partie suivante.

4.6.2 Facettes attitudeles promues par la pleine conscience

Kabat-Zinn (2003) décrit un ensemble de sept attitudes interdépendantes qui accompagnent le travail attentionnel des pratiquants : le non-jugement, l'esprit du débutant, l'effort sans effort, la patience, la confiance, le lâcher-prise et l'acceptation.

Le *non-jugement* est certainement l'une des attitudes les plus importantes dans la pratique de la PC. Elle s'érige comme un prérequis d'une plus grande ouverture à l'expérience. On cherche ainsi à réduire ou suspendre la prédominance des caractéristiques discriminantes et catégorielles de l'esprit. Cela a pour but de favoriser un contact moins biaisé par les conditionnements avec la réalité de l'expérience. Cette tentative de porter l'attention sans y associer d'autres mécanismes cognitifs comme la catégorisation de l'expérience (e.g. positive/neutre/négative), s'accompagne d'une forme de curiosité vis-à-vis du déploiement de l'expérience.

Cette qualité correspond à *l'esprit du débutant*. Elle incite les participants à redécouvrir l'expérience avec un regard teinté d'un intérêt nouveau tout en se détachant de ce que l'on croit déjà savoir, autrement dit, des croyances basées sur les expériences passées et les apprentissages. Nous développons par exemple des préférences alimentaires. La PC invite à redécouvrir les aliments avec la curiosité ressentie lors d'une nouvelle expérience.

L'*effort sans effort* est paradoxal. La méditation en PC invite les participants à pratiquer sans but à atteindre, sans objectif particulier à réaliser. Une seule intention doit être tout de même maintenue, celle d'observer l'expérience et son déroulement. La PC consiste à vivre pleinement l'instant présent. Or, avoir des attentes sur les bénéfices d'une pratique peut venir déranger le contact moins biaisé avec l'expérience du moment. Nous avons également vu que l'incongruence entre un état idéal (ou attendu) et un état initial (ou présent) risque d'entraîner une frustration chez l'individu qui n'obtient pas ce qu'il s'imaginait obtenir dans la pratique.

La *patience* met en avant le temps nécessaire pour entraîner et développer les qualités attitudinales et attentionnelles centrales de la PC. Chaque personne, à la lumière de sa subjectivité, possède son propre rythme. La volonté de réussir ou d'atteindre rapidement ses objectifs est par exemple contradictoire avec le cadre de la PC. Il n'y a pas d'objectifs particuliers à atteindre si ce n'est la centration sur le présent. Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise manière de procéder car ce qui compte, c'est d'essayer de ramener son attention sur l'instant présent autant de fois que nécessaire. Lors de la pratique de PC, il est possible d'être impatient à l'idée de calmer les ruminations de l'esprit. Pourtant, ces ruminations font écho au fonctionnement typique de l'esprit. Elles font partie de l'expérience et ne sont ni bonnes, ni mauvaises. La *patience* renvoie donc à l'idée de ne pas se blâmer si les choses telles qu'elles sont actuellement ne sont pas telles que nous voudrions qu'elles soient.

La *confiance* renvoie à l'idée que chacun d'entre nous peut expérimenter la PC, du mieux qu'il peut. Celle-ci est en réalité relativement anodine. Chaque individu peut pratiquer la PC et l'a certainement déjà fait sans même s'en rendre compte. La *confiance* permet de s'assurer d'être à l'écoute de nous-mêmes plutôt que de se positionner dans une comparaison permanente avec les autres et notamment, avec ceux que l'on évalue comme plus compétents que soi. Le manque de confiance entraîne des jugements sur soi et les autres. À l'inverse, l'attitude de *confiance* permet de les limiter, ce qui renforce le non-jugement.

Le *lâcher-prise* renvoie à notre capacité à laisser passer les pensées, les émotions et les différentes sensations de l'expérience. Notre prise de conscience des stimuli est par nature transitoire. Les pensées, les sensations apparaissent et disparaissent le plus souvent d'elles-mêmes. Cependant, il n'est pas rare que les individus s'accrochent à ces événements transitoires en les entretenant (*i.e.* ré-actualisation). Le *lâcher-prise* prône le non-attachement pour éviter la persévération des ruminations mentales ou l'entretien d'états affectifs déconnectés de l'expérience du moment.

La dernière attitude est *l'acceptation* qui est particulièrement étudiée en psychologie. Elle est généralement associée à des résultats positifs sur la santé psychologique (Bond & Bunce, 2003; Chamberlain & Haaga, 2001; Kotsou, Leys, et al., 2018). L'acceptation signifie considérer le réel pour ce qu'il est tout en tolérant cet état de fait. Cela ne signifie pas se résigner face à ce qui nous révolte ou y être systématiquement favorable. L'acceptation est plutôt une forme d'accommodation au réel tel qu'il est ou d'objectivité dans son observation. L'objectif de cette attitude est d'éviter d'engager inutilement de l'énergie à combattre, nier ou résister aux faits, et plus particulièrement, lorsque ceux-ci ne peuvent être changés. Prenons l'exemple

d'une sensation physique douloureuse lors de la méditation. Dans ce cas, l'acceptation invite à surmonter notre réflexe de suppression ou d'évitement de la douleur qui peuvent entraîner, *in fine*, l'exacerbation de l'énervement et de la sensation douloureuse. La douleur ou les pensées parasites peuvent être considérées par le pratiquant débutant comme des gênes. L'acceptation favorise plutôt l'ouverture à la douleur comme une composante de l'expérience présente à cet instant. Dans cet exemple, la sensation douloureuse est temporaire, ce qui facilite son acceptation au regard de son aspect transitoire. Pour autant, l'acceptation comme mécanisme adaptatif ou stratégie de coping (*i.e.* stratégies permettant de faire face à la situation) se dirige principalement vers les événements qui ne peuvent être changés. C'est le cas dans les situations où une personne subit une perte irrécupérable comme le décès d'un proche.

4.7. Conclusion du chapitre III

Pour résumer ce chapitre, nous avons rapidement passé en revue l'origine de la PC et l'historique de sa conceptualisation. Nous avons constaté que les définitions ne sont pas consensuelles, ce qui est à la fois la force et la faiblesse du construit. Nous avons ensuite évoqué le caractère protecteur de la PC sur le fonctionnement de l'individu et ses conséquences positives sur la santé psychologique. Pour cela, nous avons présenté les études corrélationnelles sur la PC et la santé psychologique ainsi que l'impact de la pratique dans le cadre des programmes d'intervention. La PC permet notamment de diminuer le stress, l'anxiété et la dépression. À l'inverse, elle favorise la régulation émotionnelle et potentiellement l'ensemble des dimensions de l'IE. À notre connaissance, aucune étude n'a étudié précisément les liens entre les différentes dimensions de la PC avec celles de l'IE. Nous avons ensuite passé en revue les mécanismes d'action qui favorisent l'impact bénéfique des interventions basées sur la PC comme la diminution des ruminations cognitives ou l'auto-compassion. Les programmes basés sur la PC ont un spectre d'utilisation large et apportent des solutions à nombre de problématiques psychologiques. Nous avons nuancé les effets bénéfiques de la PC en soulignant les limites de telles approches tout en rappelant l'existence d'effets potentiellement délétères (*e.g.* exacerbation de la souffrance par une exposition trop importante). Nous avons complété ces données par un approfondissement des mécanismes d'action d'un point de vue plus théorique. Nous pouvons conclure que la PC agit principalement via la modification du fonctionnement attentionnel et de certaines fonctions exécutives, l'amélioration de la méta-conscience et l'utilisation de la méta-cognition pour la régulation du fonctionnement

psychologique ainsi que la promotion de différentes attitudes généralement bénéfiques pour la santé et les capacités d'adaptation.

Ce chapitre souligne l'intérêt de la PC et des pratiques associées pour répondre à l'objectif de la thèse. En effet, elles permettent d'entraîner l'individu pour développer différentes compétences psychologiques utiles pour la promotion de la santé et la prévention des risques associés à différents contextes de travail comme les études supérieures ou les soins infirmiers (*i.e.* incertitude sur l'avenir ; confrontation à la souffrance). La PC rassemble des compétences qui peuvent être exercées via la pratique d'exercices. Ces compétences participent à l'amélioration de la relation entretenue avec l'environnement, ce qui favorise les capacités individuelles d'adaptation comme la gestion du stress et des émotions. En effet, la PC agit principalement sur le fonctionnement cognitif et émotionnel en modifiant la prise de conscience des mécanismes cognitifs et affectifs qui déterminent les comportements. Nous souhaitons approfondir les travaux existants sur la question du lien entre PC, IE, stress perçu et bien-être. Au vu des résultats de la littérature, nous pensons que les effets de la PC sur la santé psychologique (*i.e.* bien-être et détresse psychologique) s'expliquent par l'amélioration des compétences d'IE. À notre connaissance, peu d'études cherchent à répondre précisément à cette question en utilisant à la fois une méthode corrélacionnelle et interventionnelle. Dans la partie suivante, nous présenterons avec plus de précisions les éléments clés qui nous amènent à questionner ces liens.

5. Chapitre IV - Problématique

5.1. Introduction

Les situations de stress entraînent des conséquences variables sur les individus qui s’y confrontent. Face à ces différences inter-individuelles, nous avons cherché à analyser l’impact des compétences psychologiques sur le niveau de stress. Nous nous sommes focalisés sur les construits d’Intelligence Émotionnelle (IE) et de Pleine Conscience (PC). Ils permettent de favoriser la gestion émotionnelle (*i.e.* promotion des émotions positives et diminution des émotions négatives), et ainsi, faciliter la régulation du stress perçu. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à des populations dont la future profession est exigeante aux niveaux relationnels et affectifs, les étudiants en psychologie, en IFSI et en IPA. En effet, les métiers de psychologue et d’infirmier sont soumis à de nombreux risques psycho-sociaux spécifiques à l’exercice de leurs professions et au travail émotionnel qu’elles impliquent comme la possibilité d’exprimer des symptômes de stress post-traumatique (McKim & Smith-Adcock, 2014; Sabin-Farrell & Turpin, 2003) ou le contact fréquent avec la mort et la dégradation du corps (Loriol, 2001). Ces deux professions se rejoignent au niveau de l’aide et des soins apportés aux patients (soins psychiques ou physiques), du contact fréquent voire quotidien avec la souffrance humaine et les difficultés physiques, psychologiques et contextuelles des patients, et *in fine*, de la charge émotionnelle et empathique qui peuvent entraîner une dégradation de leur santé et de la qualité des soins qu’ils prodiguent.

Pour rappel, les enquêtes nationales montrent une propension importante à la détresse psychologique chez les étudiants. (*e.g.* OVE, LMDE, SMEREP ...). Des enquêtes de 2016 notent par exemple que 20% des étudiants sont en situation de détresse et 15% atteignent le seuil pathologique de la dépression caractérisée²⁹. Plusieurs revues de la littérature scientifique et méta-analyses confirment ces résultats au niveau national, européen et international (Holm-Hadulla & Koutsoukou-Argyaki, 2015; Rückert, 2015; Saïas et al., 2014; Tran et al., 2017). La chronicisation du stress chez les étudiants est problématique car elle représente un facteur de risque pour la santé des étudiants. Le contexte des études en santé, et notamment des infirmiers, est exigeant. Ils sont particulièrement exposés au stress en raison des caractéristiques de leur métier (*i.e.* relation patient/soignant) et de la charge de travail conséquente (*i.e.* volume horaire, stages, quantité de compétences techniques et relationnelles à apprendre). Par exemple,

²⁹ https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/FR/EESR13_ES_17/la_sante_des_etudiants/

l'enquête menée par Lamaurt et al. (2011) montre que ces étudiants ont un niveau de stress ressenti qui s'élève au fur et à mesure de leur formation, ¼ d'entre eux se déclarent stressés en 1ère année, et ½ en 3ème année.

5.2. Le constat : les étudiants en général et en soins infirmiers, une population à risques

La formation des étudiants en santé, et notamment des infirmiers, est exigeante en matière d'investissement, de charge de travail et de ressources psychologiques nécessaires à la gestion des difficultés auxquelles sont confrontés les étudiants, à la fois au cours de la formation initiale et sur les lieux de stage (Gibbons et al., 2009; Labrague et al., 2016; Morrissette, 2004; Pulido-Martos et al., 2012; Reverté-Villarroya et al., 2021). Les stages sont l'un des premiers lieux où les étudiants sont confrontés à la réalité du métier de soignants et aux facteurs de risques associés à la profession (Gibbons et al., 2008; Sawatzky, 1998). Il en résulte un risque élevé de détresse émotionnelle consécutive au stress au travail et à la confrontation avec la souffrance des patients (Morrissette, 2004). En France, le niveau de stress et la dégradation de la santé psychologique augmentent au fur et à mesure du cursus de formation des infirmiers (Lamaurt et al., 2011).

Notre travail de thèse vise à apporter une réponse à ces problématiques en se basant sur les outils interventionnels à notre disposition en psychologie. Notre objectif primaire est d'analyser les compétences psychologiques en jeu dès la formation qui permettent à certains étudiants de développer des stratégies efficaces pour faire face à des situations sources de stress. Notre objectif secondaire est de mettre en place et de tester un dispositif d'accompagnement qui permet aux étudiants et aux professionnels de développer des facteurs protecteurs de la santé psychologique et de diminuer leur vulnérabilité face à l'exigence des situations professionnelles auxquelles ils sont confrontés. En particulier, nous visons la capacité à travailler sur ses propres émotions, désignée dans la littérature par le terme « *travail émotionnel* ». Le travail émotionnel est décrit par Hochschild (1983) comme les efforts fournis pour gérer les émotions et leur expression, pour les transformer de manière à répondre aux attentes organisationnelles et sociales (Grandey, 2000). Nous considérerons le travail émotionnel au sens large comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux visant à contrôler et modifier les émotions pour atteindre ses objectifs et répondre aux normes contextuelles. En conséquence, le travail émotionnel inhérent aux métiers aidants comme psychologue et infirmier s'inscrit plus globalement dans la régulation émotionnelle. Chez les infirmiers, « *le travail sur l'humain,*

notamment lorsqu'il s'agit de porter secours à celui qui est fragilisé par la maladie, est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle. » (Loriol, 2001). Ce travail émotionnel se décrit par un contrôle des émotions ressenties (*i.e.* moduler, réguler les émotions ...) et une modification des représentations de la situation (*i.e.* modifier son interprétation et ses évaluations).

Ces constatations ne sont pas réservées aux étudiants infirmiers. En effet, les enquêtes nationales montrent que les étudiants représentent une population à risque sur le plan de la santé mentale. Premièrement, c'est chez les adolescents et les jeunes adultes que l'on observe un risque particulièrement élevé d'émergence de pathologies psychiatriques ou de problématiques psychologiques (Auerbach et al., 2018; Newman et al., 1996; Rückert, 2015; Tran et al., 2017; Verger et al., 2010). Par exemple en France, la prévalence de la dépression chez les étudiants est élevée (Kokou-Kpolou et al., 2020). Deuxièmement, les étudiants sont confrontés au stress et à une forme de pression spécifique à leurs conditions de travail qui peuvent nuire à leur santé psychologique, à leur réussite professionnelle et académique (Abolghasemi & Varaniyab, 2010; Ansari et al., 2014; Cotton et al., 2002; Hartley, 2011; Hasson et al., 2021 ; McCleese et al., 2012 ; Park et al., 2012; Saklofske et al., 2012; Teh et al., 2015). La dégradation de la santé risque d'impacter la qualité et le suivi de la formation par les futurs professionnels (*e.g.* échecs, abandons, sentiment d'incompétence perçue ou de manque de légitimité ...). Troisièmement, les difficultés à gérer les complications et les préoccupations associées aux sollicitations de l'environnement se manifestent notamment par un niveau de stress perçu excessif ou des émotions désagréables pendant les études et sur les terrains de stage (Costescu et al., 2018 ; Gibbons, 2010; Gibbons et al., 2011; Park et al., 2012; Ríos-Risquez et al., 2016 ; Sawatzky, 1998 ; Tivolacci et al., 2013; Worku et al., 2020). Cette vulnérabilité face à l'adversité risque de perdurer lors de l'exercice professionnel. Ce constat est d'autant plus important chez les psychologues et les infirmiers, qui vont expérimenter tout au long de leur carrière le contact avec la souffrance sans pouvoir l'éviter car il est inhérent à leurs activités. Les situations vécues par les soignants ne peuvent pas forcément être modifiées ou améliorées (*e.g.* confrontation à la mort et à la souffrance humaine). Il est donc pertinent d'étudier les facteurs individuels qui protègent la santé psychologique. Nous pensons qu'il est nécessaire d'améliorer les cursus de formation des psychologues et des infirmiers pour favoriser le développement des compétences psychologiques. Elles rassemblent l'ensemble des processus qui contribuent à l'adaptation comme la résilience face au stress et aux difficultés, les capacités de coping ou le support social (Grant & Kinman, 2012; Hasson et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2020).

5.3. Pourquoi travailler sur les compétences psychologiques ?

Comment peut-on aider les étudiants et les futurs professionnels de santé à faire face à la fois aux difficultés inhérentes à leurs études tout en favorisant les ressources psychologiques disponibles ? La littérature étudie les facteurs qui sont bénéfiques ou délétères à la santé des étudiants et des professionnels (*e.g.* Abolghasemi & Varaniyab, 2010; Labrague et al., 2016; Li & Hasson, 2020; McCleese et al., 2012). L'excès de stress perçu est généralement associé à une dégradation de la santé psychologique (Folkman et al., 1986). À l'inverse, les capacités de résilience sont bénéfiques pour la santé (*e.g.* Li & Hasson, 2020; Ríos-Risquez et al., 2016). Les facteurs qui impactent la santé psychologique sont d'ordre contextuel/environnemental (*e.g.* précarité économique, nouveauté des enseignements, charge de travail) ou d'ordre psychologique/individuel (*e.g.* évaluations des situations vécues, caractéristiques personnelles, ressources internes disponibles).

Nous nous positionnons principalement sur les facteurs psychologiques qui contribuent au fonctionnement optimal des individus pour plusieurs raisons. Premièrement, l'individu n'est pas passif dans le processus de stress et dans la génération des émotions (Lazarus & Folkman, 1984 ; Folkman et al., 1986). Une part importante de l'intensité, de la fréquence des émotions et de la réponse de stress dépend de l'interprétation d'une situation (Biggs et al., 2017; Coppin & Sander, 2010; Lazarus, 1993). Deuxièmement, il n'est pas possible d'agir systématiquement sur l'environnement pour modifier les conditions de travail et les rendre plus favorables à la santé psychologique des individus. Par exemple, les soignants sont régulièrement confrontés à la souffrance humaine, la dégradation du corps, la mort ou des évènements exceptionnels (*e.g.* bouleversements entraînés par la Covid) qui favorisent l'épuisement émotionnel (Beauvais et al., 2017; Lissandre et al., 2008; Ruiz-Fernández et al., 2020; Yang & Kim, 2012).

La plupart des troubles psychologiques que peuvent éprouver les étudiants et les professionnels possèdent une facette affective non négligeable. En effet, les troubles de l'humeur sont fréquemment associés ou caractéristiques des troubles psychologiques (*cf.* DSM 5, CIM-11). On constate par exemple un déficit ou un dysfonctionnement dans les capacités à réguler les émotions dans la dépression. Les difficultés de régulation des émotions peuvent jouer un rôle déclencheur ou être les conséquences de l'émergence d'une pathologie. Dans le cadre de la dépression, les difficultés de régulation ont un impact direct sur le comportement,

l'humeur et les cognitions, ce qui entretient la pathologie. De manière générale, l'interaction dysfonctionnelle qu'un individu entretient avec ses émotions et les conséquences délétères aux niveaux cognitifs et comportementaux fragilisent l'individu dans ses capacités d'adaptation face à l'environnement.

5.4. Thèse soutenue

Nous pensons que l'IE et la PC sont des processus inter-reliés qui favorisent des réponses adaptatives face aux situations stressantes. Premièrement, la PC développe un ensemble d'attitudes bénéfiques pour la santé comme l'acceptation ou la tolérance vis-à-vis des sensations désagréables, et notamment, celles consécutives à l'émergence d'une émotion ou d'une réaction de stress. La PC limite les réactions comportementales automatiques encouragées par les émotions en favorisant la prise de recul et le contrôle sur le déroulement de l'expérience présente. Ces modifications atténuent l'impact des évaluations sur les processus émotionnels et le stress ce qui limite l'intensité des réactions émotionnelles. La PC améliore les capacités attentionnelles (*e.g.* focalisation, désengagement ...) ce qui facilite l'orientation de l'attention vers le présent et limite les ruminations cognitives qui peuvent déclencher et entretenir les émotions ou le stress. Étant donné que les émotions et le stress sont conceptuellement proches (*i.e.* activation physiologique et impact des phases évaluatives sur l'intensité de la réponse), ces deux processus s'alimentent l'un et l'autre. Les émotions négatives sont notamment susceptibles d'exacerber ou même de déclencher une réponse de stress lorsque l'individu est dans une situation menaçante ou difficile à vivre. À l'inverse, les émotions positives sont généralement associées à une atténuation de la réponse de stress. Enfin, les compétences émotionnelles favorisent les capacités d'adaptation des individus par l'intermédiaire du contrôle des émotions et de la prise en compte des informations qu'elles transmettent. Les apports des compétences émotionnelles ont pour conséquence d'augmenter la perception de ressources pour gérer les situations chargées émotionnellement ou stressantes. Nous supposons que la PC facilite directement la gestion du stress et la promotion du bien-être, et indirectement, via son effet positif sur les compétences émotionnelles.

Notre objectif est de répondre aux exigences psychologiques de la formation initiale des étudiants, du travail des infirmiers, et plus généralement des soignants, en approfondissant la compréhension des compétences bénéfiques au travail émotionnel et à la gestion du stress. Les

capacités ou compétences qui favorisent la gestion des émotions sont rassemblées sous l'appellation d'intelligence émotionnelle (Salovey & Mayer, 1990). Elle se compose de cinq compétences distinctes et complémentaires : l'identification, la compréhension, l'expression/écoute, la régulation et l'utilisation des émotions (Mikolajczak, 2010). L'IE se décompose en une dimension intra-personnelle et inter-personnelle, autrement dit, les compétences tournées vers soi ou vers les autres (Brasseur et al., 2013). La compétence de régulation des émotions est particulièrement étudiée. Elle correspond à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux visant à atténuer ou modifier l'impact des émotions sur l'individu (Gross & Thompson, 2007). Cette compétence est primordiale pour favoriser l'adaptation via la gestion efficace du vécu affectif. C'est grâce à l'utilisation de stratégies de coping que les individus régulent leurs émotions. Elles sont utilisables à la fois dans les situations stressantes et/ou chargées émotionnellement (Wang & Saudino, 2011). Même si les émotions ont une vocation adaptative, elles doivent être régulées pour contribuer au bien-être et à l'atteinte des objectifs d'un individu. En effet, elles peuvent entraîner des conséquences inadaptées tant d'un point de vue cognitif (*e.g.* perturbation de l'attention, ruminations cognitives ...) que comportemental (*e.g.* évitement systématique, consommation de substances psychotropes ...). Les différents efforts de régulation qui sont une des composantes du travail émotionnel permettent aux émotions de demeurer fonctionnelles pour un individu et une situation donnée. Nous pensons qu'il faut promouvoir l'étayage des stratégies de gestion du stress et des émotions pour les rendre plus efficaces et diversifiées. Par ce moyen, nous voulons limiter les conséquences délétères d'une mauvaise gestion des émotions et du stress. En effet, l'IE est bénéfique pour favoriser le bien-être (Akbari & Khormaiee, 2015; Austin et al., 2005; Bond & Donaldson-Feilder, 2004; Brunetto et al., 2012; Carmeli et al., 2009; Sánchez-Álvarez et al., 2016; Singh & Woods, 2008; Zeidner & Olnick-Shemesh, 2010), la santé physique et mentale en limitant notamment la détresse psychologique et le stress (Aradilla-Herrero et al., 2014; Austin et al., 2005; Baudry et al., 2018; Beierle et al., 2019; Chu, 2010; Ciarrochi et al., 2002; Davis & Humphrey, 2012; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Abascal & Martín-Díaz, 2015; Jan et al., 2017; Martins et al., 2010; Matthews et al., 2017; Mikolajczak et al., 2009; Nikolaou & Tsaousis, 2002; Ogińska-Bulik, 2005; Ruiz-Aranda et al., 2014; Salovey et al., 2002; Sarrionandia & Mikolajczak, 2019; Schutte et al., 2007; Trigueros et al., 2019, 2020). La capacité de l'IE à préserver la santé psychologique des individus est en partie expliquée par les compétences d'adaptation et de résistance face aux situations difficiles et affectivement exigeantes. L'IE est associée à l'utilisation de stratégies de coping efficaces, à la résilience et à une diminution des comportements à risque pour la santé (Espinosa & Kadić-

Maglajlić, 2018; Fernández-Abascal & Martín-Díaz, 2015; Frajo-Apor et al., 2016; Lana et al., 2015; Li et al., 2015; MacCann et al., 2011; Merino-Tejedor et al., 2018; Mikolajczak et al., 2008; Noorbakhsh et al., 2010; O'Connor et al., 2017; Saklofske et al., 2012). Enfin, elle contribue à favoriser la réussite académique et professionnelle des étudiants et des salariés (MacCann et al., 2011; Parker et al., 2004; Qualter et al., 2012; Saklofske et al., 2012; Song et al., 2010; Trigueros et al., 2019). Ces résultats sont prometteurs pour l'amélioration de la santé psychologique des étudiants, des soignants et même de la population en général. Une étude montre par exemple les retombées économiques bénéfiques de l'IE. Plus le niveau d'IE est élevé, moins les dépenses de santé sont élevées chez les individus (Mikolajczak & Van Belleghem, 2017). Ces données s'expliquent en partie par l'impact de l'IE sur la santé physique (Mikolajczak et al., 2015). Ces résultats pourraient également s'expliquer par l'impact protecteur de l'IE sur la santé psychologique. En effet, le stress et la dépression ont des conséquences importantes sur la santé et le système de santé et représentent un coût pour la société (Béjean & Sultan-Taïeb, 2005; Berto et al., 2000; Hassard et al., 2018; Hysenbegasi et al., 2005; Wang et al., 2006). La promotion de l'IE est donc une réponse partielle à cette problématique en raison de son effet limitant sur le stress et la dépression.

Dans une optique de prévention et de promotion de la santé, la simple compréhension des compétences favorables à la santé est insuffisante (*i.e.* gestion du stress et des émotions). Il faut étudier les possibilités de développement de compétences adaptatives via des interventions. Nous avons souhaité trouver des pratiques capables d'exercer les compétences émotionnelles. Dans une perspective visant à prévenir la dégradation de la santé psychologique consécutive à la relation qu'un individu entretient avec son environnement, l'interrogation se porte finalement sur les dispositifs capables de favoriser la consolidation et le développement de facteurs protecteurs comme l'IE. Les techniques possibles pour développer des compétences adaptatives sont diverses et variées, allant du travail thérapeutique individuel aux interventions groupales. L'objectif est globalement partagé : permettre aux individus de développer des compétences adaptatives ou une capacité à faire face aux problématiques qu'elles soient personnelles ou issues de l'environnement. De nombreuses études interventionnelles essaient par exemple de promouvoir le bien-être ou réduire la détresse psychologique (Martin et al., 2009; Seppälä et al., 2020). Dans notre contexte, les interventions visent à l'entraînement et au perfectionnement des compétences émotionnelles qui sont d'un niveau variable chez les individus. Plusieurs études montrent la possibilité de développer les compétences d'IE via des cours ou des

exercices pratiques chez différentes populations (Cleary et al., 2018; Dacre Pool & Qualter, 2012; Gilar-Corbi et al., 2019; Kotsou et al., 2011; Kozlowski et al., 2018; Nelis et al., 2009).

Dans ce cadre, la PC est parfaitement adaptée parce qu'elle est fortement associée aux émotions et à l'IE (Bao et al., 2015; Bondolfi et al., 2011; Carpenter et al., 2019; Foster et al., 2018; Hülshager et al., 2013; Roemer et al., 2015; Schutte & Malouff, 2011; Shahzad, 2019; Wang et al., 2016; Weinstein et al., 2009). Elle correspond au fait de porter volontairement son attention sur le déroulement de l'expérience dans l'instant présent, sans jugement (Kabat-Zinn, 2003). La PC et sa pratique permettent de développer différentes « *qualités de l'esprit* » ou compétences qui favorisent l'accroissement de l'IE et plus généralement, l'amélioration de la santé psychologique et physique (Atanes et al., 2015; Baer et al., 2012; Baer, Lykins, et al., 2012; Berghmans et al., 2010b, 2012; Brown et al., 2003; Carmody & Baer, 2008; Galante et al., 2018; Grossman et al., 2010; Gu et al., 2015; Hofmann et al., 2010; Irving et al., 2009; Jha et al., 2017; Kabat-Zinn, 1982; Lamothe et al., 2016, 2018; Lomas et al., 2017, 2019; MacKenzie & Kocovski, 2016; Petrocchi & Ottaviani, 2016; Roemer et al., 2015; Schreiner & Malcolm, 2008; Snowden et al., 2015). La PC s'appuie sur des pratiques formelles (*e.g.* méditation assise, scan corporel ...) et informelles (*i.e.* travailler l'orientation de l'attention sur le présent dans les activités quotidiennes). L'avantage de ce type d'approche est de proposer différentes tâches visant l'entraînement de l'attention et d'une posture particulière vis-à-vis de l'expérience (Brown et al., 2007). Ce regard nouveau sur le déroulement de l'expérience ainsi que les changements attentionnels, comportementaux, affectifs et cognitifs entraînés par la pratique de la PC, favorisent l'amélioration de la santé psychologique des individus. Elle a un impact direct sur la manière dont l'individu perçoit et interprète une situation potentiellement menaçante ou concrètement difficile à vivre.

La littérature montre l'utilité des outils et des techniques utilisés dans la PC pour développer l'IE et les compétences adaptatives des individus. Plusieurs méta-analyses montrent des tailles d'effet faibles à modérées pour les programmes basés sur la PC (*e.g.* MBSR, MBCT ...). En revanche, il existe peu de travaux qui traitent du lien particulier entre les dimensions du construit de PC et les compétences émotionnelles isolées du construit général d'IE. Nous souhaitons identifier les différents facteurs spécifiques de la PC qui contribuent à la santé psychologique et aux compétences émotionnelles en utilisant une approche multi-dimensionnelle (Baer et al., 2006). Autrement dit, quelles sont les dimensions du construit les plus pertinentes pour expliquer l'amélioration des compétences émotionnelles et son intérêt dans la promotion d'une gestion fonctionnelle des émotions. Nous souhaitons aller plus loin en

testant l'impact de la pratique de la PC sur le développement des compétences émotionnelles. Pour cela, nous avons conçu une formation basée à la fois sur des apports théoriques et des exercices pratiques visant l'entraînement des compétences d'IE et de PC. Les concepts ciblés sont en lien avec les thématiques de la santé psychologique (*i.e.* signification de la PC, qu'est-ce que sont les émotions, le stress, les stratégies de régulation ...). Les pratiques de PC sont tirées des programmes existants et validées dans la littérature comme le MBSR ou le MBCT.

6. Hypothèses

Les facteurs de PC et d'IE sont fortement intriqués les uns avec les autres. La PC et l'IE permettent d'atténuer le stress en améliorant les capacités de l'individu à gérer le vécu émotionnel, les cognitions sur soi et l'environnement ainsi que les comportements qui en résultent. De manière plus spécifique, la PC favorise l'émergence d'une relation particulière avec l'environnement interne (*e.g.* sensations physiques) et externe (*e.g.* activité de travail) ce qui modifie l'interaction avec les émotions au niveau personnel et inter-individuel. Les compétences d'IE et le niveau de PC peuvent être améliorés notamment en pratiquant les techniques utilisées dans la PC.

Pour confirmer ces affirmations, nous proposons trois hypothèses générales pour le premier chapitre empirique :

- H1a : Les compétences d'IE et les dimensions de la PC devraient être négativement associées à des marqueurs de dégradation de la santé et des capacités d'adaptation face à l'environnement (*i.e.* stress perçu).
- H1b : Les compétences d'IE et les dimensions de la PC devraient être positivement associées à des marqueurs de santé et d'adaptation (*i.e.* bien-être).
- H2 : L'effet des compétences de PC sur les différents marqueurs devrait être expliqué par les compétences d'IE.

Nous proposons 4 hypothèses pour le second chapitre empirique :

- H3a : Le niveau de compétences émotionnelles devrait augmenter à la suite d'une formation basée sur la PC et l'IE.
- H3b : Le niveau de PC devrait augmenter à la suite d'une intervention basée sur la PC et l'IE.
- H4a : Une intervention basée sur l'IE et la PC devrait permettre de diminuer les risques pour la santé psychologique (*i.e.* stress perçu).
- H4b : Une intervention basée sur l'IE et la PC devrait permettre de promouvoir la santé psychologique (*i.e.* bien-être).

7. Chapitre V - Étude des liens entre intelligence émotionnelle, pleine conscience, stress perçu et bien-être

L'objectif de l'étude présentée dans ce chapitre est de déterminer dans quelle mesure les compétences d'IE expliquent les effets de la PC sur le stress perçu et le bien-être. Nous avons mené une étude par questionnaire pour mieux comprendre les relations entre les compétences d'IE, le niveau de PC, le stress perçu et le bien-être. Pour ce faire, nous avons recruté deux populations qui partagent des caractéristiques communes : les étudiants en psychologie et les étudiants en IFSI. Ces deux populations exercent principalement dans le domaine de la santé physique ou mentale avec comme objectif de fournir une offre de soin complète (*i.e.* prise en charge des pathologies mentales et physiques). Elles sont et seront confrontées à l'exigence relationnelle et affective de leur métier, ce qui représente un risque pour leur santé mentale (*e.g.* prévalence élevée du burnout).

Les étudiants, toutes filières confondues, sont une population vulnérable qui est sujette à des problématiques économiques (*e.g.* difficultés financières et précarité), contextuelles (*e.g.* nouveauté du cadre des études supérieures) et individuelles (*e.g.* troubles anxio-dépressifs, sensibilité au stress, incertitude ...). Ces différents facteurs interagissent, impactent la santé psychologique, le stress, le bien-être et la réussite des étudiants dans leur parcours universitaire (Faurie et al., 2016; Lassarre et al., 2003; Neveu et al., 2011; Romo et al., 2019; Spitz et al., 2007) et risquent de créer des troubles du comportement et de l'adaptation (Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007; Stewart et al., 1997; Tran et al., 2017). Les difficultés de santé psychologique exposées dans les enquêtes nationales sont confirmées par la littérature scientifique tant au niveau national qu'international (Boujut et al., 2009; Holm-Hadulla & Koutsoukou-Argyaki, 2015; Rückert, 2015; Saïas et al., 2014; Tran et al., 2017; Villatte et al., 2015). L'enjeu de la gestion du risque en santé mentale est important et se traduit par une augmentation des efforts de prévention dans les universités et une demande grandissante d'accompagnement et de ressources du côté des étudiants. Il est capital de renforcer la compréhension de la détresse psychologique étudiante et de questionner l'efficacité des dispositifs de prévention mis en place. En effet, la seconde cause de mortalité des jeunes de 15 à 24 ans est le suicide et cette tranche d'âge est particulièrement sensible à l'apparition de pathologies psychiatriques qui s'installent durablement (Kessler et al., 2005; Lafay et al., 2003).

Les problématiques de santé psychologique sont souvent associées à un dérèglement du fonctionnement émotionnel et cognitif (*e.g.* stress, dépression, anxiété). La gestion des

émotions impacte la santé mentale et la gestion du stress (Jan et al., 2017; Lea et al., 2019; Schutte et al., 2007). Les compétences émotionnelles permettent de mieux gérer les émotions, pour éviter des dysfonctionnements aux conséquences délétères sur la santé psychologique (Baudry et al., 2018, 2019), ce qui se traduit par exemple par une diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression (Salovey et al., 2002; Singh & Sharma, 2012). Nous souhaitons mieux comprendre les facteurs qui participent au développement des compétences d'IE comme la PC qui favorise par exemple, la régulation des émotions (Roemer et al., 2015) et plus généralement, la santé psychologique (Atanes et al., 2015; Bao et al., 2015).

Dans ce chapitre, nous comparons les étudiants en IFSI et en psychologie pour déterminer s'il existe des différences entre ces deux populations concernant la santé psychologique et le niveau de compétences émotionnelles. Nous cherchons ensuite à comprendre quelles sont les dimensions d'IE et de PC les plus fortement associées à la santé psychologique (*i.e.* stress perçu et bien-être) en réalisant des modèles d'équations structurelles. Nous terminons par des analyses de médiation pour évaluer dans quelle mesure les effets de PC sur la santé psychologique sont expliqués par les compétences d'IE.

7.1. Méthode

7.1.1 Population

Notre population se compose d'étudiants en psychologie et d'étudiants en IFSI.

Cinq-cent-soixante-neuf étudiants de psychologie de l'université de Bourgogne ont été recrutés. Notre échantillon final en psychologie se compose de 532 étudiants, dont 477 femmes et 55 hommes. La moyenne d'âge est de 19,9 ans (E.T = 2,94). Les étudiants sont en licence de psychologie (262 L1, 226 L2, 44 L3). Ils ont été recrutés par : envoi de mails, affichage (QR code et URL du questionnaire à disposition).

Cent-cinquante-sept étudiants en IFSI ont été recrutés. Notre population finale est de 157 étudiants, dont 140 femmes et 17 hommes. La moyenne d'âge est de 25,9 ans (E.T = 8,60). Les étudiants sont en formation initiale de soins infirmiers (40 1^{ère} année, 42 2^{ème} année, 75 3^{ème} année). Ils ont été recrutés par mails via les IFSI de Bourgogne-Franche-Comté.

Dans les deux groupes, nous excluons les participants qui complètent le questionnaire en moins de 10 minutes, car ils risquent de ne pas avoir pris le temps pour lire les consignes et les différents items qu'ils complètent.

7.1.2 Matériel et Procédure

Nous avons créé un questionnaire en ligne afin de pouvoir évaluer les variables d'intérêt (Intelligence émotionnelle, Pleine conscience, Stress perçu, Bien-être et variables complémentaires).

Les étudiants en psychologie ont été sollicités en cours, par e-mail, via les réseaux sociaux et par voie d'affichage. Nous avons créé un lien ou un QR code permettant d'accéder au questionnaire sur la plateforme Qualtrics. Les étudiants en IFSI ont été contactés par les responsables de leur formation via des mails pour partager le lien de l'enquête. L'étude et les garanties de passation (*e.g.* anonymat) étaient présentées aux étudiants puis nous mesurons quelques variables démographiques (*cf.* annexe n°1 et n°2). Les variables indépendantes sont mesurées par les deux premiers questionnaires (Intelligence émotionnelle et Pleine Conscience). L'ordre d'apparition de ces deux questionnaires est aléatorisé. Les variables dépendantes (Stress perçu, Bien-être, Anxiété/dépression, Qualité relationnelle, Résilience) sont mesurées après les variables indépendantes. Les questionnaires sont strictement similaires pour les étudiants à l'IFSI et en Psychologie.

7.1.2.1 Intelligence Émotionnelle (IE)

L'IE est évaluée grâce au PEC-50 (*cf.* annexe n°3) – *Profil Emotional Competence* (Brasseur et al., 2013). Ce questionnaire a été créé pour mesurer l'IE en accord avec le modèle tripartite des compétences émotionnelles (Mikolajczak, 2010). Le questionnaire est validé en langue française. Il est composé de 50 items (*e.g.* « *Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent* »). Ces items sont divisés en 2 dimensions (Intra-individuelle et inter-individuelle) qui sont subdivisées en 5 sous-dimensions : *Identification* (Id), *Compréhension* (Co), *Expression/Écoute* (Ex/Ec), *Régulation* (Re) et *Utilisation* (Ut). Il y a 11

items inversés³⁰ dans la dimension intra-individuelle. Il y a 10 items inversés dans la dimension inter-individuelle³¹.

7.1.2.2 Pleine conscience (PC)

La PC est évaluée grâce au FFMQ-39 (cf. annexe n°4) – *Five Facets Mindfulness Questionnaire* développé par (Baer et al., 2006). Le questionnaire est validé en langue française (Heeren et al., 2011). Il est composé de 39 items (e.g. « *Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées* ») Ces items sont divisés en 5 dimensions : *Observation* (Ob), *Description* (De), *Agir en conscience* (Act), *Non-jugement* (Nj) et *Non-Réactivité* (Nr) et 19 items inversés³².

7.1.2.3 Stress perçu

Le stress perçu est évalué grâce à la PSS-10 (cf. annexe n°5) – *Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983). L'échelle est validée en langue française (Bellinghausen et al., 2009; Lesage et al., 2012). Elle est unidimensionnelle ou bi-dimensionnelle suivant le positionnement des auteurs. Elle se compose de 10 items (e.g. « *Avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?* ») dont 4 inversés³³.

7.1.2.4 Bien-être

Le bien-être est évalué grâce à la Who-5 (cf. annexe n°6) – Indice de bien-être de l'Organisation Mondiale de la Santé³⁴. L'échelle est validée dans différentes langues (Ghazisaeedi et al., 2021; Halliday et al., 2017; Sischka et al., 2020) et dans le domaine de la santé (Chan et al., 2022; Dadfar et al., 2018). Elle ne possède pas de validation spécifique en langue française. Néanmoins, elle dispose d'une validité suffisante avec une solution mono-

³⁰ Id – 1, 49 ; Co – 1, 2, 26, 43 ; Ex – 25, 38, 42 ; Re – 37 ; Ut – 9.

³¹ Id – 29, 40, 44 ; Co – 5, 18, 34 ; Ec – 28, 31, 46 ; Re – 27.

³² De – 12, 16, 22 ; Act – 5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38 ; Nj – 3, 10, 14, 25, 30, 35, 39.

³³ 4,5, 7 et 8.

³⁴ Institut National de Recherche et de Sécurité : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2043>

factorielle et une bonne cohérence interne vérifiée (Hochberg et al., 2012). L'échelle est unidimensionnelle et se compose de 5 items (e.g. « *Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur* »). Aucun item n'est inversé.

7.1.2.5 Anxiété/dépression

L'anxiété et la dépression sont évaluées grâce à la PHQ-4 (cf. annexe n°8) – *Patient Health Questionnaire* (Löwe et al., 2010). L'échelle est validée dans plusieurs langues (Cano-Vindel et al., 2018; Löwe et al., 2010). Il n'existe pas de validation spécifique pour la traduction française de l'échelle. L'échelle est bi-dimensionnelle et se compose de 4 items. Deux items évaluent la dépression (e.g. « *Peu d'intérêts ou de plaisir à faire les choses* »). Ils sont issus de l'échelle validée PHQ initialement en 9 items (Gilbody et al., 2007; Spitzer et al., 1999). Deux autres items évaluent l'anxiété (e.g. « *Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension* »). Ils sont issus de l'échelle validée GAD initialement en 7 items (Löwe et al., 2008; Spitzer et al., 2006). Ces différentes versions peuvent être utilisées comme un outil de détection des troubles dépressifs et anxieux. Les items sont basés sur les critères de diagnostic du DSM (Manuel Diagnostic Statistique des troubles mentaux). Aucun item n'est inversé.

7.1.2.6 Qualité des relations inter-personnelles

La qualité des relations interpersonnelles est évaluée grâce à l'EQRI-20 (cf. annexe n°9) – *Échelle de Qualité des Relations Inter-personnelles*. L'échelle classique est composée de 20 items et 5 dimensions (Senécal et al., 1992). Elle est validée en français par ses auteurs. Pour simplifier notre protocole, nous avons sélectionné uniquement la dimension générale en 4 items (e.g. « *Présentement, vos relations avec : les gens en général sont harmonieuses* »). Aucun item n'est inversé.

7.1.2.7 Résilience

La résilience est évaluée grâce à la BRS-6 (cf. annexe n°7) – *Brief Resilience Scale* (Smith et al., 2008). L'échelle est validée en français (Jacobs & Horsch, 2019). Elle est utilisée

dans notre étude comme une mesure complémentaire du stress perçu. Elle est composée de 6 items (e.g. « *Je me remets facilement d'un évènement stressant.* »). Elle est unidimensionnelle. Trois items sont inversés³⁵.

En fin de passation, les participants sont remerciés pour leur contribution. Il leur est donné la possibilité de laisser leur adresse e-mail pour obtenir un résumé des résultats de l'étude.

7.2. Résultats

Dans un premier temps, nous vérifions si les populations diffèrent en termes de scores moyens de PC (FFMQ) et d'IE intra-individuelle (PEC). Ces analyses permettent de déterminer si les contextes d'études exercent une influence sur le niveau de compétences psychologiques des étudiants. Dans un second temps, nous comparons les deux populations sur chacune des variables dépendantes : le stress perçu (PSS) et le bien-être (WHO). Cette deuxième étape évalue la différence de vulnérabilité entre les deux populations et vérifie si le contexte d'étude influe sur la santé psychologique. Pour simplifier notre présentation, nous avons négligé les résultats sur l'IE inter-individuelle et la cohérence interne des questionnaires que nous fournissons en annexe (cf. annexes n°20-21 et n°24).

7.2.1 Comparaisons inter-groupes : vérifier les différences entre les populations IFSI/Psycho

Pour confronter nos deux populations étudiantes et vérifier si elles diffèrent ou non, nous réalisons une comparaison des scores moyens via des tests de Student pour des échantillons indépendants. Nous présentons les différences pour l'IE intra, pour la PC et pour l'ensemble des VD.

³⁵ 2, 4 et 6

Tableau 6 : Différences de scores moyens (m) généraux et dimensionnés pour l'IE intra-individuelle entre les étudiants de psychologie et d'IFSI

	Intra_G	Id	Co	Ex	Re	Ut
IFSI (m et σ)	3.184 ± 0.572	3.481 ± 0.850	3.186 ± 0.825	3.061 ± 0.937	2.714 ± 0.777	3.477 ± 0.714
Psychol (m et σ)	3.101 ± 0.573	3.358 ± 0.726	3.059 ± 0.847	2.886 ± 0.840	2.664 ± 0.875	3.536 ± 0.733
Valeur t	1.585	1.772	1.640	2.222	0.633	-0.878
p -value	.113	.077	.102	.027	.527	.380

Note : **Intra_G** : IE intra-individuelle générale ; **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex** : Expression ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Les résultats (cf. Tableau 6) sont globalement similaires entre les étudiants de psychologie et d'IFSI au niveau de l'IE intra-individuelle. La plupart des différences de scores moyens ne sont pas significatives. Le score moyen d'identification (*Id*) est plus élevé chez les étudiants en IFSI de manière tendancielle ($t = 1.772$; $p = .077$). Le score moyen d'expression (*Ex*) est significativement plus élevé chez les étudiants en IFSI ($t = 2.222$; $p = .027$). Il n'y a pas de différences significatives pour : le score général d'IE intra-individuelle, les dimensions de compréhension (*Co*), régulation (*Re*) et d'utilisation (*Ut*) des émotions.

Tableau 7 : Différences de scores moyens (m) généraux et dimensionnés pour la PC entre les étudiants de psychologie et d'IFSI

	FFMQ_G	Ob	De	Act	Nj	Nr
IFSI (m et σ)	3.092 ± 0.468	3.215 ± 0.777	2.912 ± 0.814	3.440 ± 0.805	3.134 ± 0.727	2.711 ± 0.708
Psycho (m et σ)	3.002 ± 0.470	3.326 ± 0.721	2.968 ± 0.829	3.095 ± 0.788	2.859 ± 0.826	2.728 ± 0.761
Valeur t	2.082	-1.651	-0.738	4.739	3.729	-0.303
p -value	.038	.099	0.461	<.001	<.001	0.762

Note : **FFMQ_G** : Pleine conscience générale ; **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Les résultats (cf. *Tableau 7*) montrent une différence plus marquée entre les étudiants de psychologie et d'IFSI au niveau de la PC. Le score moyen de PC (*FFMQ_G*) est significativement plus élevé chez les étudiants d'IFSI ($t = 2.082$; $p < .038$). Le score d'observation (*Ob*) est plus élevé chez les étudiants en psychologie de manière tendancielle ($t = -1.651$; $p < .099$). Les scores moyens des dimensions agir en pleine conscience (*Act*) et de non-jugement (*Nj*) sont significativement plus élevés chez les étudiants en IFSI (respectivement : $t = 4.739$; $p < .001$ et $t = 3.729$; $p < .001$). Il n'y a pas de différences significatives entre les scores moyens de description (*De*) et de non-réactivité (*Nr*).

Tableau 8 : Différences de scores moyens (m) de santé psychologique entre les étudiants de psychologie et d'IFSI

	PSS_G	Who_G	Gad_G	BRS_G	EQRI_G
IFSI (<i>m et σ</i>)	3.035 ± 0.733	3.661 ± 1.056	2.279 ± 0.699	2.911 ± 0.746	3.613 ± 0.749
Psycho (<i>m et σ</i>)	3.132 ± 0.713	3.545 ± 1.025	2.371 ± 0.727	2.906 ± 0.827	3.593 ± 0.749
Valeur <i>t</i>	-1.480	1.228	-1.392	0.060	0.289
<i>p-value</i>	0.139	0.220	0.134	0.952	0.772

Note : **PSS_G** : Stress perçu ; **Who_G** : Bien-être ; **Gad_G** : Anxiété/dépression ; **BRS_G** : résilience ; **EQRI_G** : Qualité des relations interpersonnelles

Les résultats (cf. *Tableau 8*) ne montrent aucune différence significative entre les étudiants de psychologie et d'IFSI pour la santé psychologique. Autrement dit, les étudiants des deux filières ont un niveau équivalent de stress perçu, de bien-être, d'anxiété/dépression, de résilience et de qualité des relations interpersonnelles. Cela nous permet de conclure, à la différence de certains résultats de la littérature, que les spécificités du contexte d'étude n'influencent pas la santé psychologique des étudiants qui composent notre échantillon.

7.2.2 Conclusions sur les comparaisons entre populations : psychologie et soins infirmiers

Pour conclure sur la comparaison entre les deux populations (IFSI/Psychologie), les différences constatées sont peu nombreuses. Les deux échantillons sont relativement proches en termes de niveau de PC et de compétences émotionnelles. Ils ont des niveaux équivalents de santé psychologique, ce qui implique un impact restreint des conditions d'études spécifiques à chacune des filières. Il semble que le contexte d'étude reste important à prendre en compte pour spécifier les interventions et pour améliorer l'environnement de travail, mais que les compétences individuelles des étudiants sont plus importantes pour promouvoir l'adaptabilité et la santé psychologique. Il faut toutefois noter que les étudiants en psychologie sont trois fois plus nombreux par rapport à l'échantillon d'étudiants en IFSI ce qui peut influencer sur la significativité des résultats, notamment au niveau des résultats tendanciels.

7.2.3 Modèle d'équations structurelles (SEM)

Dans les parties suivantes, nous étudions les relations d'associations entre les dimensions de nos construits (*i.e.* IE et PC) et nos variables dépendantes principales (*i.e.* Stress perçu et Bien-être). Nous allons identifier les dimensions les plus prédictives de la santé psychologique et de l'adaptabilité des individus. À cet effet, les modèles SEM possèdent deux avantages par rapport aux corrélations simples. Ils prennent en compte chaque item des échelles (*i.e.* pas de calcul de scores moyens par dimension) et l'ensemble des covariances (*i.e.* liens items-dimensions). Nous proposons en annexe les analyses de corrélations simples pour ne pas surcharger ce chapitre (*cf.* annexe n°20).

Nous réalisons un ensemble de comparaisons entre des modèles « *d'origine* » et des modèles « *épurés* ». Les premiers correspondent à la prise en compte de l'ensemble des items de nos échelles pour chaque dimension (*i.e.* versions proposées par les auteurs) alors que les seconds sont modifiés (*i.e.* exclusion des items qui saturent peu sur leur dimension d'appartenance ou qui saturent sur trop de dimensions différentes). Ces exclusions d'items sont régulièrement effectuées dans les modèles SEM. Elles s'inscrivent dans une volonté d'améliorer la qualité des modèles statistiques proposés. Nous souhaitons obtenir des indicateurs d'adéquation (*fit*) satisfaisants, autrement dit, qui suivent les recommandations minimales (Schumacker & Lomax, 2010, p. 76) pour valider le modèle statistique proposé.

Nous nous sommes fixés des critères pour conserver un nombre d'items minimal pour chaque dimension de nos construits.

Après avoir statué sur le choix des méthodes de calculs pour nos modèles SEM (*i.e.* estimateurs), nous présentons l'effet des modifications des échelles sur les indicateurs d'adéquation (*fit*) puis nous observons grâce aux modèles SEM comment les dimensions de nos VI interagissent avec chacune des VD dans des modèles « *simples* » (*i.e.* une VI par modèle). Nos échantillons sont trop restreints pour proposer des modèles trop complexes (*i.e.* multiplication du nombre de variables). Ces modèles risquent de ne pas converger et ne respecteront pas les critères de taille d'échantillon par rapport au nombre de variables évoquées dans la littérature sur les SEM.

7.2.3.1 Positionnement sur la méthode d'estimation des analyses de facteurs confirmatoires et des modèles d'équations structurelles

Il nous paraît important d'évoquer une problématique à laquelle nous avons été confrontés lors des analyses de nos données. Dans les modèles d'équations structurelles, les estimateurs correspondent à des méthodes de calcul et d'appariement des données plus ou moins différentes. Ces estimateurs ont un impact sur les résultats et leurs significativités. Nous avons retenu trois estimateurs principaux : le plus utilisé ML ou « *Maximum Likelihood* » (Beauducel & Herzberg, 2006), le DWLS ou « *Diagonally Weighted Least Squares* » et l'ULS ou « *Unweighted Least Squares* » (Li, 2016). Les estimateurs DWLS/ULS permettent de pallier les problématiques associées à la normalité univariée et multivariée des données (*i.e.* distribution des items et des résidus) et fournissent des estimations (*i.e.* « *factor loading* » et calcul de l'erreur) plus fiables et précises (Li, 2016; Mindrila, 2010; Morata-Ramírez & Holgado-Tello, 2013). Ils permettent également de traiter correctement les données catégorielles issues d'une échelle de Likert même si certains auteurs montrent qu'à partir de sept modalités de réponse (ou « *catégories* »), l'absence de continuité des données n'impacte plus ou faiblement les résultats (Tarka, 2017). Nos résultats proviennent d'items en cinq modalités de réponse. Ils ne respectent pas les conditions de continuité ou de distribution normale univariée. Ces constatations remettent en cause l'utilisation de l'estimateur ML communément utilisé.

Toutefois, nous avons choisi de le conserver pour trois raisons que nous allons brièvement exposer. Premièrement, la plupart des validations d'échelles (*i.e.* analyses

factorielles confirmatoires) et des modèles SEM dans la littérature se basent sur des analyses ML (e.g. Christopher et al., 2012; Finlay-Jones et al., 2015). Il est donc pertinent de conserver l'approche classique malgré ses limites pour pouvoir comparer nos résultats aux travaux antérieurs. Deuxièmement, les indicateurs d'adéquation (*i.e.* « *fit* ») sont surestimés par les estimateurs DWLS/ULS (Savalei, 2020 ; Shi & Maydeu-Olivares, 2020 ; Xia & Yang, 2019). L'utilisation d'estimateurs qui permettent artificiellement de passer les seuils conventionnels d'adéquation est une limite majeure à leur utilisation, car ces seuils sont déterminants dans la validation des modèles statistiques proposés. Les solutions mathématiques de calcul ou la réévaluation des critères d'adéquation classiquement utilisés (Lai, 2020; Savalei, 2020) ne sont pas encore implémentées dans les logiciels de traitement statistiques. Troisièmement, nous n'avons pas constaté de différences majeures dans nos analyses lors de l'utilisation des différents indicateurs. Les principaux résultats (*i.e.* régressions les plus fortes) apparaissent systématiquement de manière significative avec quelques variations en termes de « *factor loading* ». En revanche, la significativité des résultats moins prégnants (*i.e.* régressions les moins fortes) semble plus sensible au changement d'estimateurs.

7.2.3.2 Modèle SEM : comparaison des données entre modèle d'origine et modèles simplifiés (avant - après réduction du nombre d'items)

Dans cette partie, nous présentons les résultats avec les différents indicateurs d'ajustement des modèles antérieurs et postérieurs aux analyses confirmatoires. Ces analyses permettent d'épurer les échelles pour améliorer la distinctivité des différentes dimensions les unes par rapport aux autres. Nous excluons les items qui ne saturent pas suffisamment sur leurs dimensions (*i.e.* saturation ou « *factor loading* ») et les items qui saturent sur trop de facteurs différents (*i.e.* chevauchement ou « *cross-loading* »). Ces modifications améliorent la structure factorielle de nos échelles, et *in fine*, l'ajustement de nos modèles d'équations structurelles. Nous avons par exemple exclu deux items de la PSS-10 qui ne saturaient pas correctement sur leur facteur. Nous proposons en annexes un exemple des analyses conformatoires menées sur le PEC intra-individuelle (*cf.* annexe n°25).

Tableau 9 : Ajustement (fit) des modèles d'équations structurelles pour chacune des VI avec l'échelle de stress perçu (PSS-8)

	X^2	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>
<i>FFMQ-init</i>	2474.638	0.861	0.852	0.052	0.049
<i>FFMQ-mod</i>	851.164	0.943	0.937	0.049	0.037
<i>PEC intra init</i>	1322,332	0.851	0.835	0.058	0.071
<i>PEC intra mod</i>	643.791	0.922	0.0910	0.049	0.051

Note : X^2 : Khi^2 ; *CFI* : « Bentler Comparative Fit Index » ; *TLI* : Tucker-Lewis Index ; *RMSEA* : « Root Mean Square Error of Approximation » ; *SRMR* : « Standardized Root Mean Residual » ; *FFMQ* : Questionnaire des 5 facettes de la PC ; *PEC* : Profil de compétences émotionnelles intra-individuelle

Les résultats (cf. tableau 9) permettent d'observer une amélioration de l'ensemble des indicateurs pour les modèles modifiés comparativement aux modèles initiaux lorsque l'on observe leurs relations avec le stress perçu (PSS-8). Les *CFI* et les *TLI* augmentent et passent le seuil minimal (*i.e.* > .90) pour chacune des VI. Les *RMSEA* et les *SRMR* diminuent et passent en dessous du seuil restreint (*i.e.* respectivement <.06 et <.05) sauf pour le PEC intra où le *SRMR* est légèrement supérieur et s'inscrit dans les seuils élargis (*i.e.* <.08).

Tableau 10 : Ajustement (fit) des modèles d'équations structurelles pour chacune des VI avec l'échelle de bien-être (Who-5)

	X^2	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>
<i>FFMQ-init</i>	2410.231	0.851	0.841	0.057	0.065
<i>FFMQ-mod</i>	826.123	0.932	0.924	0.049	0.054
<i>PEC intra init</i>	1245.391	0.839	0.821	0.064	0.072
<i>PEC intra mod</i>	601.086	0.910	0.894	0.058	0.052

Note : X^2 : χ^2 ; *CFI* : « Bentler Comparative Fit Index » ; *TLI* : Tucker-Lewis Index ; *RMSEA* : « Root Mean Square Error of Approximation » ; *SRMR* : « Standardized Root Mean Residual » ; *FFMQ* : Questionnaire des 5 facettes de la PC ; *PEC* : Profil de compétences émotionnelles intra-individuelle

Les résultats (cf. tableau 10) permettent d'observer une amélioration de l'ensemble des indicateurs pour les modèles modifiés comparativement aux modèles initiaux lorsque l'on observe leurs relations avec le bien-être (Who-5). Les *CFI* et les *TLI* augmentent et passent le seuil minimal (*i.e.* > .90) pour chacune des VI. Les *RMSEA* et les *SRMR* diminuent et passent en dessous du seuil restreint (*i.e.* respectivement <.06 et <.05) sauf pour le *SRMR* de la *FFMQ* et du *PEC intra* qui obtiennent des valeurs s'inscrivant dans les seuils élargis (*i.e.* <.08).

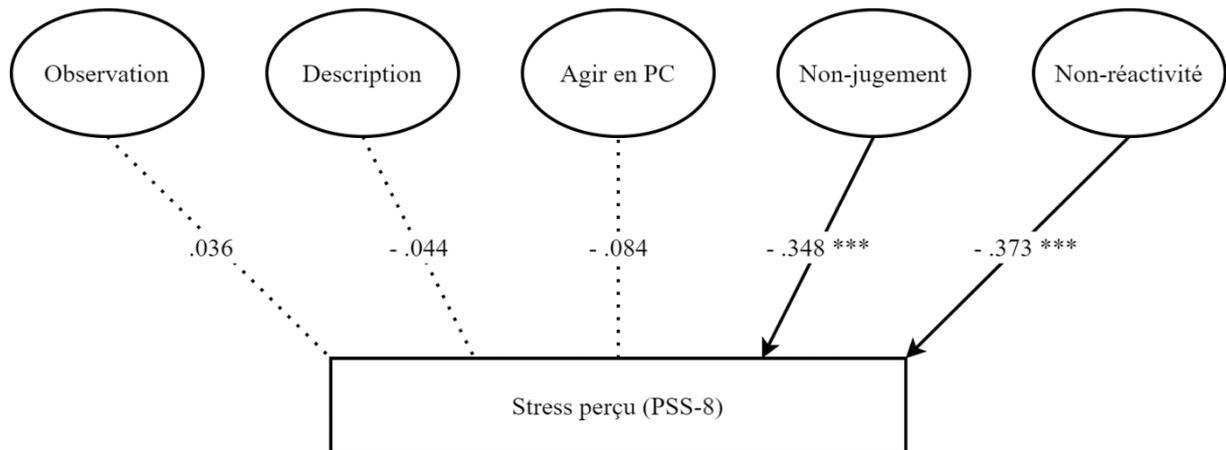
7.2.3.3 Modèle SEM : lien entre les dimensions des construits et les variables de santé pris indépendamment.

Cette partie détermine les dimensions d'IE et de PC les plus prédictives pour chacune des VD. Nous analysons par exemple les relations entre les dimensions de la PC et du stress perçu. Il est important de noter que ces analyses sont basées uniquement sur l'échantillon d'étudiants en psychologie car il est suffisamment étendu pour les analyses d'équations structurelles ($N > 200$). Nous focalisons la présentation détaillée de nos résultats sur nos

variables principales (*i.e.* PSS-8 pour le stress et Who-5 pour le bien-être) pour limiter la surcharge et la redondance des informations partagées.

7.2.3.3.1 Modèles d'équations structurelles basés sur le stress perçu (PSS-8)

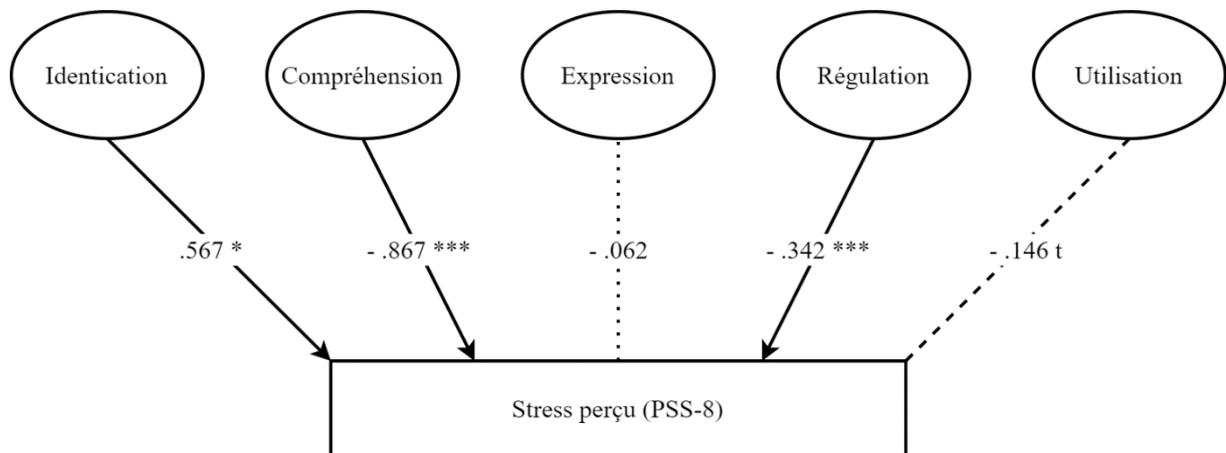
Figure 7 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions de la PC (FFMQ) et le Stress perçu (PSS)



Note : * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; *t* (tendanciel) = $p \leq .10$

La modification des dimensions de PC ne change pas les principaux résultats avec le stress perçu. Les estimations et les p-value sont légèrement différentes entre les versions modifiées et les versions initiales (*cf.* tableau 1, annexe n°21). Pour notre modèle final (*cf.* figure 7), deux dimensions de la PC prédisent significativement le stress perçu : le non-jugement ($Es = -0.348$; $p < .001$) et la non-réactivité ($Es = -0.373$; $p < .001$). Les dimensions d'observation et de description ne prédisent pas significativement le stress perçu dans le modèle initial et final. La dimension agir en pleine conscience ne prédit plus le stress perçu une fois modifiée ($Es = -0.084$; $p = 0.105$) alors qu'elle le prédisait de manière tendancielle dans sa version initiale ($Es = -0.088$; $p = 0.057$).

Figure 8 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions d'IE intra-individuelle (PEC) et le Stress perçu (PSS)

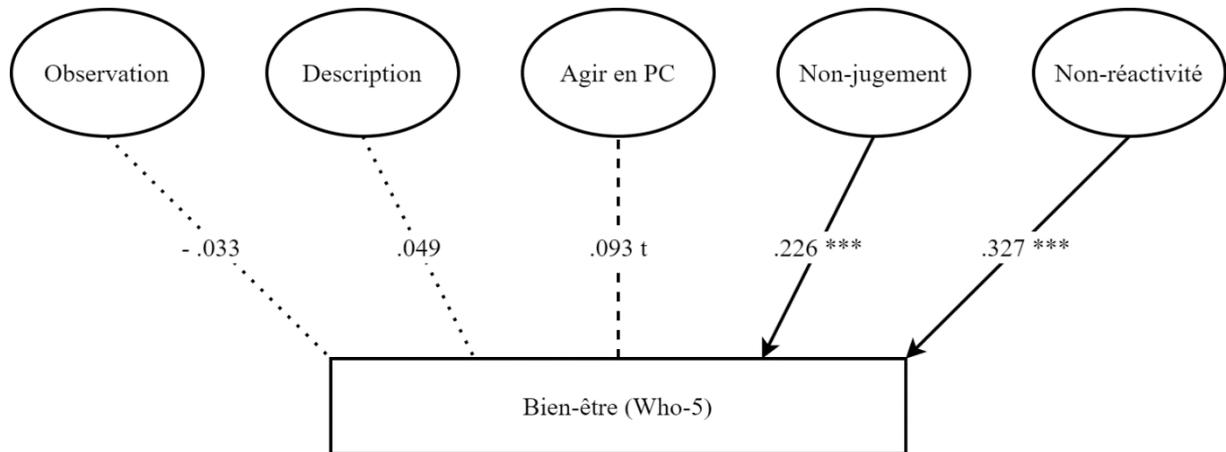


Note : * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; t (tendanciel) = $p \leq .10$

La modification des dimensions d'IE intra-individuelle change partiellement les résultats avec le stress perçu (PSS). Les estimations et les p-value sont légèrement différentes entre les versions modifiées et les versions initiales (cf. tableau 2, annexe n°21). Dans notre modèle final (cf. figure 8), trois dimensions de l'IE intra prédisent négativement le stress : la compréhension ($Es = -0.867$; $p < .001$), la régulation ($Es = -0.282$; $p < .001$) et l'utilisation des émotions mais seulement de manière tendancielle ($Es = -0.133$; $p = 0.057$). La compétence d'identification prédit positivement le stress perçu de manière significative dans sa version modifiée ($Es = 0.567$; $p = 0.042$) alors qu'elle ne le prédisait pas dans sa version initiale ($Es = 0.413$; $p = 0.101$). L'expression des émotions ne prédit pas significativement le stress perçu.

7.2.3.3.2 Modèles d'équations structurelles basés sur le bien-être (Who-5)

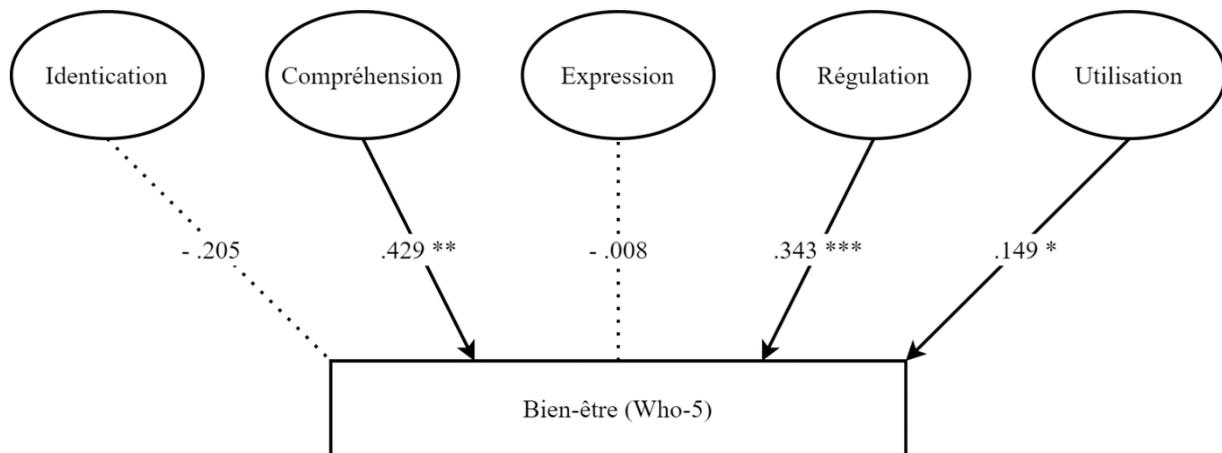
Figure 9 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions de la PC (FFMQ) et le bien-être (Who)



Note : * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; t (tendanciel) = $p \leq .10$

La modification des dimensions de PC change partiellement les résultats avec le bien-être (Who). Les estimations et les p-value sont légèrement différentes entre les versions modifiées et les versions initiales (cf. tableau 4, annexe n°21). Dans notre modèle final (cf. figure 10), la dimension d'agir en PC prédit de manière tendancielle le bien-être ($Es = 0.093$; $p = 0.068$). Deux dimensions prédisent significativement le bien-être : le non-jugement ($Es = 0.226$; $p < .001$) et la non-réactivité ($Es = 0.327$; $p < .001$). L'observation et la description ne prédisent pas significativement le bien-être.

Figure 10 : Modèle d'équations structurelles entre les dimensions d'IE intra-individuelle (PEC) et le bien-être (Who)



Note : * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; t (tendanciel) = $p \leq .10$

La modification des dimensions d'IE intra-individuelle ne change pas les principaux résultats avec le bien-être (*Who*). Les estimations et les p-value sont légèrement différentes entre les versions modifiées et les versions initiales (cf. tableau 5 annexe n°21). Dans notre modèle final (cf. figure 11), trois dimensions prédisent significativement le bien-être : la compréhension ($Es = 0.429$; $p = 0.008$), la régulation ($Es = 0.343$; $p < .001$) et l'utilisation des émotions ($Es = 0.149$; $p = 0.022$). Les dimensions d'expression et d'identification ne prédisent pas significativement le bien-être.

7.2.3.4 Conclusion générale sur les modèles d'équations structurelles

Les dimensions d'IE et de PC presque systématiquement en lien avec le stress et le bien-être sont respectivement : la compréhension et la régulation des émotions, les attitudes de non-jugement et de non-réactivité vis-à-vis des stimuli internes et externes. Nos résultats soutiennent l'idée que ces dimensions sont les plus déterminantes pour l'adaptation des individus (*i.e.* gestion du stress) et l'équilibre émotionnel (*i.e.* gestion des émotions). Nous rappelons que cette relation n'est pas univoque. En effet, les variations inter-individuelles vont jouer sur les résultats au niveau individuel. Suivant le contexte, certaines dimensions peuvent avoir un impact délétère sur la santé ou les capacités d'adaptation d'un individu. Enfin, l'identification

est positivement associée au stress perçu dans nos modèles. Cette dimension est fortement associée aux autres dimensions d'IE. Nous supposons que l'identification des émotions est généralement un prérequis à la compréhension et à la régulation des émotions qui viennent limiter l'impact positif de l'identification des émotions sur le stress.

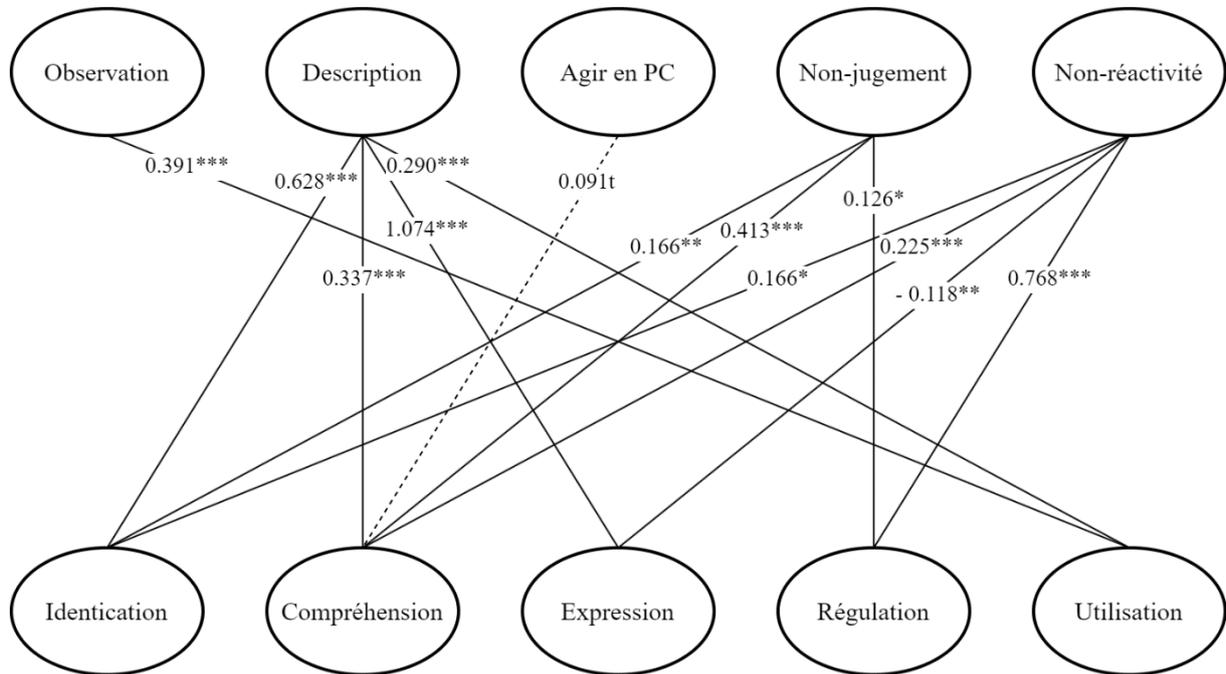
7.2.4 Modèle de médiation : comparaison entre étudiants de psychologie et d'IFSI

Nous avons approfondi nos analyses en réalisant des modèles de médiations. Nous utilisons les tests de médiations issus du module Lavaan. Cette décision se base sur deux critères. Premièrement, nous voulons comparer les médiations entre les échantillons d'étudiants en psychologie et en IFSI. Notre échantillon d'étudiants en IFSI est trop petit pour réaliser des modèles d'équations structurelles complexes. Deuxièmement, nous basons ces analyses sur les scores moyens des items conservés, issus des modèles modifiés que nous avons constitués à partir de CFA (« *Confirmatory Factor Analysis* » ou analyse factorielle confirmatoire). Cela nous permet de conserver de la cohérence avec nos analyses précédentes.

7.2.4.1 Pré-analyse de médiation : est-ce que les dimensions de PC prédisent les compétences d'IE intra et inter-individuelles ?

Dans cette partie, nous réalisons un dernier modèle SEM qui associe les dimensions de la PC et de l'IE (échantillon d'étudiants en psychologie). Pour simplifier la présentation des données, nous fournissons simplement les estimations avec leurs p-values respectives pour chacune des dimensions lorsque le résultat est significatif ou tendanciel. Ces données sont basées sur les modèles modifiés issus des analyses factorielles confirmatoires (CFA).

Figure 11 : Modèle d'équations structurelles des liens inter-dimensionnelles entre IE intra-individuelle et PC



Dans notre modèle d'équations structurelles (cf. figure 11), trois dimensions de la PC se démarquent dans la prédiction de l'IE intra-individuelle : la **description** (4/5 compétences ; Identification (**Id**) – $Es = 0.628$, $p < .001$; Compréhension (**Co**) – $Es = 0.337$, $p < .001$; Expression (**Ex**) – $Es = 1.074$, $p < .001$; Utilisation (**Ut**) – $Es = 0.290$, $p < .001$), le **non-jugement** (3/5 compétences ; Identification (**Id**) – $Es = 0.166$, $p = .003$; Compréhension (**Co**) – $Es = 0.413$, $p < .001$; Régulation (**Re**) – $Es = 0.126$, $p = .014$) et la **non-réactivité** (4/5 compétences ; Identification (**Id**) – $Es = 0.166$, $p = .012$; Compréhension (**Co**) – $Es = 0.225$, $p < .001$; Expression (**Ex**) – $Es = -0.118$, $p = .009$; Régulation (**Re**) – $Es = 0.768$, $p < .001$). Ces trois compétences sont les plus pertinentes pour observer une médiation de l'effet de la PC via l'IE intra-individuelle sur nos variables dépendantes. Un de nos résultats est contradictoire avec nos attentes, le lien entre la non-réactivité et l'expression des émotions est négatif ($Es = -0.118$; $p = .009$). Les dimensions d'observation (Régulation (**Re**) – $Es = 0.391$; $p < .001$) et d'agir en PC (Compréhension (**Co**) – $Es = 0.091$; $p = 0.054$) ne prédisent chacune qu'une seule compétence d'IE intra-individuelle.

7.2.4.2 Conclusion sur les modèles d'équations structurelles : lien entre les dimensions de la PC et les compétences d'IE

Nous avons présenté dans cette partie les liens entre les dimensions de la PC et les compétences d'IE intra en nous basant sur des modèles d'équations structurelles. Nous constatons que la dimension la plus pertinente pour prédire l'IE est la capacité à décrire son expérience (*De*). Les dimensions de non-réactivité (*Nr*) et de non-jugement (*Nj*) sont les dimensions qui suivent en termes de pertinence. Le développement de ces trois dimensions de PC pourrait être spécifiquement visé pour améliorer le développement des compétences émotionnelles dans de prochaines études. Dans la partie suivante, nous présentons des modèles de médiation basés sur le module Lavaan du logiciel d'analyse JASP.

7.2.5 Analyses de médiation : étudiants en psychologie

7.2.5.1 Modèle de médiations chez les étudiants en psychologie : en quoi les compétences d'IE médiatisent les effets de la PC sur le Stress perçu ?

Dans cette partie, nous réalisons des modèles de médiations basés sur le module Lavaan. Nous positionnons les compétences d'IE intra-individuelle comme médiateur des effets de la PC sur le stress perçu chez les étudiants en psychologie.

Tableau 11 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet direct de la PC sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation			$Es = - 0.086$	$Es = - 0.206$	$Es = - 0.198$
et p-value	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	$p = .043$	$p < .001$	$p = .001$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Trois dimensions de la PC (*cf.* tableau 11) prédisent directement le stress perçu : agir en PC ($Es = - 0.086$; $p = .043$), non-jugement ($Es = - 0.206$; $p < .001$) et non-réactivité ($Es = - 0.198$; $p = .001$). Autrement dit, une part de la variance du stress perçu est directement

expliquée par les dimensions de PC sans que cela soit expliqué par l'IE intra-individuelle. L'observation et la description ne possèdent pas de liens directs avec le stress perçu dans ce modèle de médiation.

Tableau 12 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelles sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = - 0.155	<i>Es</i> = - 0.033	<i>Es</i> = - 0.130	<i>Es</i> = - 0.191
et p-value		<i>p</i> = .002	<i>p</i> = .049	<i>p</i> < .001	<i>p</i> < .001

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Quatre dimensions de la PC (cf. tableau 12) prédisent le stress perçu via les compétences d'IE intra-individuelle : description (*Es* = - 0.155 ; *p* = .002), agir PC (*Es* = - 0.033 ; *p* = .049), non-jugement (*Es* = - 0.130 ; *p* < .001) et non-réactivité (*Es* = - 0.191 ; *p* < .001). Autrement dit, une part de la variance du stress perçu est expliquée indirectement par l'effet de la PC sur les compétences d'IE. L'observation ne possède pas de lien indirect avec le stress perçu dans notre modèle de médiation.

Tableau 13 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : total d'effet de la PC sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = - 0.072	<i>Es</i> = - 0.119	<i>Es</i> = - 0.336	<i>Es</i> = - 0.389
et p-value		<i>p</i> = .105	<i>p</i> = .008	<i>p</i> < .001	<i>p</i> < .001

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Pour conclure, nous observons des effets totaux significatifs (*cf.* tableau 13) pour les dimensions : agir en PC ($Es = - 0.119 ; p = .008$), non-jugement ($Es = - 0.336 ; p < .001$) et non-réactivité ($Es = - 0.389 ; p < .001$). Ces médiations sont partielles car les dimensions de la PC possèdent à la fois un effet direct et indirect sur le stress perçu. La description ne possède pas d'effet direct significatif ce qui signifie que la médiation est complète. Autrement dit, les effets de la description sur le stress sont complètement expliqués par les compétences d'IE.

Tableau 14 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect dimensionné de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le stress perçu

	Id	Co	Ex	Re	Ut
Ob	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	$Es = -0.020$ $p = .109$
De	<i>Ns</i>	$Es = - 0.093$ $p < .001$	<i>Ns</i>	$Es = -0.026$ $p = 0.010$	<i>Ns</i>
Act	<i>Ns</i>	$Es = - 0.032$ $p = .008$	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>
Nj	<i>Ns</i>	$Es = - 0.101$ $p < .001$	<i>Ns</i>	$Es = - 0.033$ $p = 0.003$	<i>Ns</i>
Nr	<i>Ns</i>	$Es = - 0.063$ $p < .001$	<i>Ns</i>	$Es = - 0.140$ $p < .001$	<i>Ns</i>

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité ; Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ex : Expression ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation

Lorsque nous observons les résultats dimensionnés (*cf.* tableau 14) pour comprendre quelles compétences d'IE expliquent l'effet de la PC sur le stress perçu, seule la compréhension et la régulation médiatisent les effets de la PC. La compréhension des émotions explique une partie des effets de la description ($Es = - 0.093 ; p < .001$), de l'agir en PC ($Es = - 0.032 ; p =$

.008), du non-jugement ($Es = -0.101$; $p < .001$) et de la non-réactivité ($Es = -0.063$; $p < .001$). La régulation des émotions explique une partie des effets de la description ($Es = -0.026$; $p = 0.010$), du non-jugement ($Es = -0.033$; $p = 0.003$) et de la non-réactivité ($Es = -0.140$; $p < .001$). Ce sont donc les compétences de compréhension et de régulation des émotions qui expliquent le mieux les effets de la PC sur le stress perçu.

7.2.5.2 Modèle de médiations chez les étudiants en psychologie : en quoi les compétences d'IE médiatisent les effets de la PC sur le bien-être ?

Dans cette partie, nous réalisons des modèles de médiations basés sur le module Lavaan. Nous positionnons les compétences d'IE intra-individuelle comme médiateur des effets de la PC sur le bien-être chez les étudiants en psychologie.

Tableau 15 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet direct de la PC sur le bien-être

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	$Es = 0.143$	$Es = 0.120$	$Es = 0.159$
et p-value			$p = .002$	$p = .016$	$p = .012$

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité

Trois dimensions de la PC (cf. tableau 15) prédisent directement le bien-être : agir en PC ($Es = 0.143$; $p = .002$), non-jugement ($Es = 0.120$; $p = .016$) et non-réactivité ($Es = 0.159$; $p = .012$). Autrement dit, une part de la variance du bien-être est directement expliquée par les dimensions de PC sans que cela soit expliquée par l'IE intra-individuelle. L'observation et la description n'ont pas d'effet direct sur le bien-être dans ce modèle de médiation.

Tableau 16 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation et	$Es = 0.054$	$Es = 0.171$	<i>Ns</i>	$Es = 0.086$	$Es = 0.157$
p-value	$p = .005$	$p = .002$		$p < .001$	$p < .001$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Quatre dimensions de la PC (cf. tableau 16) prédisent le bien-être via les compétences d'IE intra-individuelle : observation ($Es = 0.054$; $p = .005$), description ($Es = 0.171$; $p = .002$), non-jugement ($Es = 0.086$; $p < .001$) et non-réactivité ($Es = 0.157$; $p < .001$). La dimension agir en PC n'a pas d'effet indirect via les compétences d'IE.

Tableau 17 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : total d'effet de la PC sur le bien-être

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	$Es = 0.082$	$Es = 0.164$	$Es = 0.205$	$Es = 0.316$
et p-value		$p = 0.085$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Pour conclure, nous observons des effets totaux significatifs ou tendanciels (cf. tableau 17) pour les dimensions : description ($Es = 0.082$; $p = 0.085$), agir en PC ($Es = 0.164$; $p < .001$), non-jugement ($Es = 0.205$; $p < .001$) et non-réactivité ($Es = 0.316$; $p < .001$). Les médiations sont partielles pour le non-jugement et la non-réactivité (*i.e.* effet direct et indirect). La médiation est totale pour la dimension de description (*i.e.* effet indirect uniquement). Il n'y a pas de médiation pour la dimension d'agir en PC (*i.e.* effet direct uniquement).

Tableau 18 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect dimensionné de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être

	Id	Co	Ex	Re	Ut
Ob	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.051 <i>p</i> < .001
De	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.048 <i>p</i> = .013	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.024 <i>p</i> = .015	<i>Es</i> = 0.046 <i>p</i> = .001
Act	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.017 <i>p</i> = .050	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>
Nj	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.052 <i>p</i> = .013	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.031 <i>p</i> = .006	<i>Ns</i>
Nr	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.032 <i>p</i> = .022	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.130 <i>p</i> < .001	<i>Ns</i>

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité ; **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex** : Expression ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Lorsque nous observons les résultats dimensionnés (*cf.* tableau 18) pour comprendre quelles compétences d'IE expliquent l'effet de la PC sur le bien-être, ce sont principalement les compétences de compréhension et de régulation qui médiatisent les effets de la PC. La compréhension des émotions explique une partie des effets de la description (*Es* = 0.048 ; *p* = .013), de l'agir en PC (*Es* = 0.017 ; *p* = .050), du non-jugement (*Es* = 0.052 ; *p* = .013) et de la non-réactivité (*Es* = 0.032 ; *p* = .022). La régulation des émotions explique une partie des effets de la description (*Es* = 0.024 ; *p* = .015), du non-jugement (*Es* = 0.031 ; *p* = .006) et de la non-réactivité (*Es* = 0.130 ; *p* < .001). L'utilisation des émotions explique une partie des effets de l'observation (*Es* = 0.051 ; *p* < .001) et de la description (*Es* = 0.046 ; *p* = .001). Ce sont donc les compétences de compréhension, de régulation et, plus marginalement, d'utilisation des émotions qui expliquent le mieux les effets de la PC sur le bien-être.

7.2.6 Analyses de médiation : étudiants en soins infirmiers

La taille de l'échantillon en IFSI ($n = 157$) ne permet pas d'analyser les données avec des modèles d'équations structurelles. Il est généralement nécessaire d'avoir un minimum de 200 participants et 5 à 10 participants par paramètre estimé (Wolf et al., 2013). Voici pourquoi nous avons réalisé des modèles de médiation. Pour simplifier la présentation des modèles, nous étudions uniquement le stress et le bien-être comme pour l'échantillon en psychologie.

7.2.6.1 Modèle de médiations chez les étudiants en IFSI : en quoi les compétences d'IE médiatisent les effets de la PC sur le stress perçu ?

Dans cette partie, nous réalisons des modèles de médiations basés sur le module Lavaan. Nous positionnons les compétences d'IE intra-individuelle comme médiateur des effets de la PC sur le stress perçu chez les étudiants en IFSI.

Tableau 19 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet direct de la PC sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation			$Es = - 0.268$	$Es = - 0.177$	$Es = - 0.244$
et p-value	Ns	Ns	$p = .001$	$p = .074$	$p = .050$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Trois dimensions de la PC (cf. tableau 19) prédisent directement le stress perçu : agir en PC ($Es = - 0.268$; $p = .001$), non-jugement ($Es = - 0.177$; $p = .074$) et non-réactivité ($Es = - 0.244$; $p = .050$). Autrement dit, une part de la variance du stress perçu est directement expliquée par les dimensions de PC sans que cela soit expliqué par l'IE intra-individuelle. L'observation et la description ne possèdent pas de lien direct avec le stress perçu dans ce modèle de médiation.

Tableau 20 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation et p-value	Ns	Ns	Ns	Ns	$Es = - 0.192$ $p = 0.018$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Une seule dimension de la PC (*cf.* tableau 20) prédit le stress perçu via les compétences d'IE intra-individuelle : la non-réactivité ($Es = - 0.192$; $p = 0.018$). Autrement dit, une part de la variance du stress perçu est expliquée indirectement par l'effet de la PC sur les compétences d'IE. Les dimensions d'observation, de description, d'agir en PC et de non-jugement n'ont pas d'effet indirect significatif sur le stress perçu.

Tableau 21 : Modèle de médiation PC/IE intra/Stress perçu : total d'effet de la PC sur le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation et p-value	Ns	Ns	$Es = - 0.317$ $p < .001$	$Es = - 0.240$ $p = .015$	$Es = - 0.436$ $p < .001$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Pour conclure, nous observons des effets totaux significatifs (*cf.* tableau 20) pour les dimensions : agir en PC ($Es = - 0.317$; $p = .008$), non-jugement ($Es = - 0.240$; $p = 0.015$) et non-réactivité ($Es = - 0.436$; $p < .001$). La médiation de la dimension non-réactivité est partielle (*i.e.* effet direct et indirect). Il n'y a pas de médiation pour les dimensions d'agir en PC et de non-réactivité (*i.e.* absence d'effets indirects significatifs). Nous ne proposons pas de tableau pour les résultats dimensionnés car ils sont peu nombreux à atteindre le seuil de significativité. Seules les compétences de compréhension et de régulation médiatisent les effets de la PC. La compréhension des émotions explique une partie des effets du non-jugement ($Es = - 0.101$; $p = .098$). La régulation des émotions explique une partie des effets de la non-réactivité ($Es = -$

0.200 ; $p = .008$). Ce sont les compétences de compréhension et de régulation des émotions qui expliquent le mieux les effets de la PC sur le stress perçu.

7.2.6.2 Modèle de médiations chez les étudiants en IFSI : en quoi les compétences d'IE médiatisent les effets de la PC sur le bien-être ?

Dans cette partie, nous réalisons des modèles de médiations basés sur le module Lavaan. Nous positionnons les compétences d'IE intra-individuelle comme médiateur des effets de la PC sur le bien-être chez les étudiants en IFSI. Nous ne présentons pas de tableau pour les effets directs de la PC sur le bien-être pour cet échantillon car aucune des dimensions de PC n'a d'effet direct significatif sur le bien-être.

Tableau 22 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : effet indirect de la PC via les compétences d'IE intra-individuelle sur le bien-être

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.056	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.179
et p-value			$p = .098$		$p = .042$

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Deux dimensions de la PC (*cf.* tableau 23) prédisent le bien-être via les compétences d'IE intra-individuelle : l'agir en PC ($Es = 0.056$; $p = .098$) la non-réactivité ($Es = 0.192$; $p = 0.042$). Autrement dit, une part de la variance du bien-être est expliquée indirectement par l'effet de la PC sur les compétences d'IE. Les dimensions d'observation, de description et de non-jugement n'ont pas d'effet indirect significatif sur le bien-être.

Tableau 23 : Modèle de médiation PC/IE intra/Bien-être : total d'effet de la PC sur le bien-être

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Estimation	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>Es</i> = 0.198	<i>Es</i> = 0.175	<i>Es</i> = 0.227
et p-value			<i>p</i> = .034	<i>p</i> = .107	<i>p</i> = .054

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Pour conclure, nous observons des effets totaux significatifs (*cf.* tableau 24) pour les dimensions : agir en PC (*Es* = 0.164 ; *p* < .001) et non-réactivité (*Es* = 0.316 ; *p* < .001). Les médiations sont totales pour l'agir en PC et la non-réactivité (*i.e.* effet indirect uniquement). Concernant les effets indirects dimensionnés, nous ne présentons pas de tableau car seule la dimension d'utilisation explique une partie des effets de l'observation (*Es* = 0.041 ; *p* = .077).

7.2.7 Synthèse et conclusions sur les modèles de médiations

Pour le stress perçu, nos modèles montrent que les dimensions de la PC les plus importantes sont le non-jugement, la non-réactivité et dans une moindre mesure, la description et l'agir en PC. Ces effets s'expliquent principalement par les compétences de compréhension et de régulation des émotions. Chez les étudiants en IFSI, la dimension d'agir en PC semble plus importante alors que le non-jugement l'est moins dans la gestion du stress en comparaison aux étudiants en psychologie. L'absence de résultats significatifs est influencée par le faible nombre de participants en IFSI.

Pour le bien-être, les dimensions les plus importantes sont la non-réactivité, le non-jugement et l'agir en PC. Les effets sont principalement expliqués par les compétences de compréhension, de régulation et dans une moindre mesure par l'utilisation des émotions. Le manque de participants dans notre échantillon d'IFSI est probablement responsable du manque de significativité des résultats. Les effets totaux montrent toutefois un pattern de résultats similaire entre nos échantillons de psychologie et d'IFSI.

7.2.8 Discussion

Pour rappel, l'objectif de ce chapitre se décompose en trois points. Premièrement, nous comparons les populations d'étudiants en psychologie et en IFSI pour vérifier l'existence de différences au niveau des compétences et de la santé psychologique. Deuxièmement, nous testons sur la population d'étudiants en psychologie des modèles d'équations structurelles simples pour déterminer quelles sont les compétences d'IE et les dimensions de la PC les plus déterminantes pour prédire le stress perçu et le bien-être. En complément, nous avons analysé les liens entre les dimensions de la PC et les compétences d'IE dans un modèle d'équations structurelles dédié. Troisièmement, nous réalisons des modèles de médiations pour déterminer si une partie des effets de la PC est expliquée par des compétences d'IE chez les étudiants en psychologie et en IFSI.

Concernant notre premier objectif, les résultats montrent quelques différences sur le plan des compétences psychologiques. Les étudiants en IFSI sont plus compétents dans l'identification et l'expression des émotions au niveau intra-individuel. Ces différences sont faibles. Ils ont également un niveau plus élevé d'agir en PC et de non-jugement en comparaison aux étudiants en psychologie. Concernant les variables de santé psychologique et d'adaptation (*i.e.* Stress perçu, bien-être, anxiété/dépression, résilience, qualité des relations interpersonnelles), il n'y a aucune différence significative entre les étudiants de psychologie et d'IFSI.

Concernant notre second objectif, nous constatons que les effets des compétences d'IE et de PC sur la santé psychologique ne sont pas systématiquement significatifs dans nos modèles d'équations structurelles, à la différence des corrélations simples (*cf.* annexe n° 20-21). Les modèles d'équations structurelles prennent en compte la variabilité de chaque item et les relations entre les dimensions de nos construits. Pour la PC, ce sont principalement les dimensions attitudinales qui contribuent à l'atténuation du stress perçu et à l'augmentation du bien-être (*i.e.* Non-réactivité et Non-jugement). Nous pensons que la posture générale de l'individu vis-à-vis de l'expérience, et des mécanismes explicatifs comme la « *re-perception* » (Shapiro et al., 2006) et la décentration (Brown et al., 2015 ; Brown et al., 2007), modifient l'évaluation du degré de menace et des ressources disponibles (Toniolo-Barrios & ten Brummelhuis, 2023; Weinstein et al., 2009). La décentration permettrait par exemple de favoriser la réévaluation plus adaptative d'une situation en limitant les réactions automatiques et en favorisant la flexibilité cognitive (Garland et al., 2015). En conséquence, la modification

des phases préalables au stress module la réactivité et son intensité, et favorise la régulation des émotions positives et négatives consécutives à un événement stressant. Le non-jugement et la non-réactivité permettent également de limiter la persévérance des pensées automatiques comme les ruminations qui sont associées à la dégradation de la santé psychologique (Gu et al., 2015; Peters et al., 2015; Petrocchi & Ottaviani, 2016; van der Velden et al., 2015).

Pour l'IE intra-individuelle, nous constatons que les compétences les plus importantes pour l'atténuation du stress et la promotion du bien-être sont la compréhension et la régulation des émotions. La compétence de compréhension permet de donner du sens aux émotions, d'orienter les comportements vers la satisfaction des besoins et de favoriser leur cohérence avec les valeurs de l'individu (Benita et al., 2020; Cova et al., 2015; Emery et al., 2016; Moss & Wilson, 2015; Roth et al., 2019). La compréhension peut faciliter l'accès aux contenus informatifs des émotions et favoriser l'utilisation adaptative de ces informations. Nous pensons que la compétence de régulation module l'intensité, la fréquence et la réponse émotionnelle par la mise en place fonctionnelle de stratégies d'adaptation comme la réévaluation des situations (Gross, 2002; Peña-Sarrionandia et al., 2015). L'effet positif de la compétence d'identification sur le stress perçu est probablement entraîné par un contact plus fréquent avec les émotions (Morie et al., 2022). L'identification seule des émotions est insuffisante pour gérer correctement un vécu émotionnel, c'est plutôt une étape préalable à la compréhension et la régulation des émotions. Autrement dit, si l'identification n'est pas complétée par d'autres compétences émotionnelles, elle peut s'avérer délétère lorsque l'individu se focalise par exemple sur des vécus négatifs (Pasquier & Pedinielli, 2010). L'effet négatif de l'identification est probablement entraîné par une difficulté à réguler efficacement un vécu affectif dans le cas où il n'y a pas un effort actif de compréhension des émotions (Boden & Thompson, 2015). En effet, l'attention portée sur les émotions entraîne une augmentation de l'intensité émotionnelle (Thompson et al., 2009).

Concernant notre troisième objectif, chez les étudiants en psychologie, ce sont principalement les dimensions de description, de non-réactivité et de non-jugement qui prédisent le stress indirectement via la compréhension et la régulation des émotions. Ce sont principalement la description, la non-réactivité, et dans une moindre mesure, le non-jugement et l'observation qui prédisent indirectement le bien-être via la compréhension, la régulation et légèrement via l'utilisation des émotions. Comme nous l'avons vu précédemment, nous pensons que ces dimensions de la PC favorisent l'acquisition et le traitement des informations émotionnelles ainsi que la mise en place de stratégies adaptatives de régulation émotionnelle.

Chez les étudiants en IFSI, les résultats sont moins manifestes mais nous constatons pour le bien-être et le stress que la non-réactivité a une part d'effet expliquée par les compétences d'IE intra-individuelle, ce qui confirme l'importance des dimensions attitudinales de la PC dans la promotion de l'IE.

Au global, lorsque nous observons les différences de prédiction entre nos modèles de médiations et nos modèles SEM, la dimension agir en PC semble bien plus fortement associée au stress perçu et au bien-être. Ce résultat questionne les divergences entre les méthodes d'analyses statistiques qui engendrent des résultats plus ou moins différents. Nous pensons que cette différence s'explique principalement au niveau du calcul des variables latentes. Dans un modèle SEM, les variables latentes sont directement calculées à partir des items de nos échelles. Dans un modèle de médiation, nous calculons des scores composites (*i.e.* score moyen de l'ensemble des items d'une dimension). En conséquence, nous supposons que la prise en compte des covariances entre les dimensions n'est pas similaire et s'avère moins précise sur les modèles de médiation.

7.2.8.1 Limites

Plusieurs limites nous amènent à pondérer nos résultats. Comme dans beaucoup d'études, il y a bien plus de femmes que d'hommes dans nos échantillons (89% en psychologie et 89% en IFSI). Cette répartition inégale peut influencer les résultats, car il existe des différences sur les questionnaires auto-rapportés entre les femmes et les hommes. Ces questionnaires permettent de mieux comprendre les relations entre les construits d'IE et de PC. Ils ne permettent pas d'en déduire formellement une relation de causalité.

Comme nous l'expliquons pour les modèles SEM, nos questionnaires sont basés sur des mesures catégorielles (*i.e.* échelles de Likert en 5 points) ce qui enfreint certaines conditions pour réaliser des analyses statistiques se basant sur l'estimateur « *Maximum of Likelihood* » (*e.g.* continuité des variables, distribution normale). Nous n'avons pas pu utiliser d'autres estimateurs car ils impliquent une surestimation des indicateurs d'ajustement, ce qui entraîne une validation tronquée des modèles d'équations structurelles. Ce choix est également appuyé par le manque de travaux se basant sur d'autres estimateurs.

De plus, la faible taille de nos échantillons empêche la complexification des modèles (*i.e.* ajout de variables). Nous ne pouvons pas prendre en compte l'ensemble de nos variables dans

un seul modèle d'équations structurelles. Nous avons par exemple été confrontés lors des tests de ces modèles plus complexes à une erreur de convergence des données analysées.

Enfin sur l'échantillon d'IFSI, nous constatons qu'une grande partie des résultats des analyses de médiation ne franchissent pas le seuil de significativité, alors que la majorité des liens de corrélations sont significatifs et d'une amplitude similaire à l'échantillon en psychologie (*cf.* annexe n°20). Notre échantillon en IFSI est malheureusement trop restreint en effectif pour permettre à certains résultats de taille modérée d'être significatifs. L'augmentation du nombre de participants a un effet sur la significativité des résultats car il tend à réduire le chevauchement entre deux populations (Button et al., 2013; Wilson Van Voorhis & Morgan, 2007).

7.2.8.2 Conclusions et recommandations

Nos résultats montrent l'intérêt de la PC et des compétences d'IE dans le cadre de la promotion de la santé psychologique. Ils permettent d'identifier les sous-dimensions de la PC et de l'IE les plus susceptibles d'avoir un impact bénéfique sur la santé et sur lesquelles centrer des dispositifs visant le développement de compétences psychologiques. Dans une perspective interventionnelle, il serait par exemple intéressant de cibler le développement de compétences spécifiques comme la compréhension et la régulation des émotions pour l'IE et la non-réactivité et le non-jugement pour la PC (*i.e.* test d'exercices ou de mise en situations spécifiques). Ces résultats pourraient être confirmés et approfondis auprès d'autres populations, comme les professionnels de santé, pour identifier les différences en termes de besoins de formation comparativement aux populations étudiantes. En effet, les expériences professionnelles et l'âge sont des variables qui peuvent avoir un impact sur le niveau de compétences auto-évaluées.

L'avantage de la PC réside dans la possibilité de mettre en place des pratiques (*e.g.* méditation, bodyscan ...) qui permettent de développer les sous-dimensions du construit. Ces exercices peuvent être inclus dans un dispositif de prévention primaire pour développer les facteurs protecteurs en amont de l'émergence de troubles. Étant donné les liens de méditations entre la PC et l'IE, nous pensons qu'une partie des effets de la PC s'explique par l'amélioration des compétences d'IE. Ces liens entre la PC et l'IE permettent de justifier la mise en place d'un programme basé sur l'alliance des deux construits. Dans le prochain chapitre, nous testons l'efficacité d'un programme basé sur la PC et des apports théoriques sur les émotions pour le

développement des compétences émotionnelles et *in fine*, des compétences d'adaptation. Ces compétences permettent de faire face aux difficultés individuelles comme l'impact délétère de l'excès de stress perçu ou du faible niveau de bien-être sur la santé psychologique.

8. Chapitre VI : Développement des compétences d'intelligence émotionnelle et de pleine conscience

La dégradation de la santé psychologique est une problématique majeure qui représente un coût social et financier pour la société (Béjean & Sultan-Taïeb, 2005; Berto et al., 2000; Hassard et al., 2018; Hysenbegasi et al., 2005; Wang et al., 2006). Certaines populations comme les étudiants et les professionnels de santé sont plus vulnérables en comparaison à la population générale, car elles sont exposées à des facteurs de risques spécifiques (*e.g.* Batra et al., 2021; El-Hage et al., 2020; McCleese et al., 2012; Verger et al., 2010; Yang & Kim, 2012). Dans les chapitres précédents, nous avons exploré les construits d'IE et de PC. Ces deux ensembles de compétences sont efficaces pour favoriser l'adaptation au niveau du fonctionnement émotionnel et cognitif. Dans nos études précédentes, ils permettent par exemple d'atténuer le stress perçu et de promouvoir le bien-être. Pour compléter et approfondir nos résultats, nous testons une intervention basée sur ces notions.

La littérature montre qu'il est possible d'agir sur la santé psychologique non seulement en traitant les psychopathologies, mais aussi en favorisant l'émergence de compétences adaptatives chez les individus (*e.g.* Gilar-Corbi et al., 2019). Les capacités psychologiques peuvent être entraînées dans un objectif de prévention et de promotion de la santé. Le construit de PC possède plusieurs avantages. La PC rassemble un ensemble de pratiques et d'exercices visant à développer les capacités de l'individu à expérimenter l'état de PC et les attitudes associées. La pratique de la PC permet le développement du niveau de PC lorsque les exercices sont utilisés de manière répétée ce qui fait l'objet de programmes validés (*e.g.* Grossman et al., 2010; Hoffman et al., 2012; MacKenzie & Kocovski, 2016). Ces programmes ont une efficacité à la fois sur la santé psychologique et sur le développement de compétences adaptatives. Ils permettent par exemple de diminuer le stress perçu (Berghmans et al., 2010). Ils favorisent également le développement de certaines compétences émotionnelles comme la régulation des émotions (Lamothe et al., 2018; Roemer et al., 2015) ou de l'IE de manière générale (Snowden et al., 2015).

En lien avec ces éléments, nous avons construit un programme inspiré du MBSR et de la MBCT. Nous n'avons pas testé directement un programme MBSR et MBCT pour deux raisons. Premièrement, nous souhaitons inclure des notions supplémentaires sur les émotions et l'IE dans notre programme. Deuxièmement, il est nécessaire d'être instructeur MBSR/MBCT pour mener les programmes tels qu'édités par les auteurs, ce qui n'était pas le cas du doctorant en

charge de la formation. Notre programme est fondé sur un socle qui mêle la pratique de la PC et l'apprentissage du fonctionnement de processus psychologiques comme le stress ou les émotions. L'idée est d'allier des enseignements théoriques, une réflexivité sur les expériences personnelles et des exercices pratiques pendant la formation pour favoriser son efficacité. L'objectif de la formation est le développement des compétences émotionnelles et du niveau de PC pour promouvoir la santé psychologique des étudiants et des professionnels de santé. Nous nous attendons à observer une augmentation du niveau de bien-être et une diminution du niveau de stress. Nous souhaitons observer avec précision sur quelles dimensions de la PC et de l'IE notre intervention peut agir en utilisant les mêmes approches multi-dimensionnelles. Nous comparons les résultats entre trois populations : étudiants en psychologie, étudiants en IFSI et étudiants en IPA (professionnels de santé en cours d'exercice).

8.1. Méthode

8.1.1 Population

Notre population est constituée de trois groupes distincts. Le premier groupe se compose de 46 étudiants en troisième année d'IFSI de Quetigny (Croix-Rouge). Notre groupe final en IFSI se compose de 37 étudiants avec une moyenne d'âge de 22,3 ans. Deux étudiants n'ont pas souhaité suivre la formation et 7 étudiants n'ont pas complété la deuxième phase du questionnaire. Notre second groupe comprend 11 étudiants en troisième année de licence de psychologie de l'université de Bourgogne avec une moyenne d'âge de 21,2 ans. Notre troisième groupe se compose initialement de 21 étudiants en IPA. Le groupe final intègre 10 étudiants en IPA avec une moyenne d'âge de 43,8 ans. Nous avons une perte de participant qui est due à l'arrêt de la formation, le suivi de moins de 3 séances sur les 5 (*i.e.* exclusion) ou la non-complétion du questionnaire de phase 2. Les étudiants en IPA sont pour la plupart des professionnels de santé (*i.e.* infirmiers) qui réalisent un master en parallèle de leur activité de soignants.

8.1.2 Phase de recrutement et généralités

Les possibilités d'intervention en IFSI ont été négociées avec les responsables pédagogiques du centre de formation. Pour les IFSI, la formation s'inscrit dans leur cursus de

cours obligatoire. Toutefois, au vu du caractère optionnel des enseignements (*i.e.* pas d'évaluation pour la validation de leur diplôme), les étudiants sont encouragés à venir mais ils n'ont pas l'obligation formelle d'assister au cours. Deux étudiants d'IFSI ont par exemple préféré ne pas suivre les séances pour des raisons personnelles après la première séance introductive. La grande majorité des étudiants d'IFSI ont suivi les enseignements du début jusqu'à la fin.

Le cadre du recrutement des étudiants de psychologie était différent. Les étudiants étaient libres de candidater dans le cadre d'un TER stage (Travaux d'Étude et de Recherche) en envoyant leurs CV et leurs lettres de motivation. Ce TER leur permettait de valider une des 5 unités d'enseignement du second semestre de licence 3. Le nombre de places était restreint mais il n'y a pas eu suffisamment de candidats pour remplir complètement le groupe. Les étudiants avaient un objectif pour leur stage : suivre la formation, pratiquer la PC et rédiger un rapport de stage sur leur expérience.

Les possibilités d'intervention en IPA ont été négociées avec les responsables pédagogiques du Master. Le recrutement et l'insertion des cours étaient différents en ce qui concerne les étudiants en IPA. L'inscription à la formation était totalement libre, les étudiants n'avaient aucune obligation de suivi et ils pouvaient s'absenter ou mettre un terme à leur participation à tout moment. Plusieurs participants n'ont pas terminé l'ensemble des séances. Les créneaux de cours étaient positionnés lors de disponibilités sur leur semaine de cours ce qui empêche la régularité des séances.

8.1.3 Matériel et procédure

L'ensemble des formations a été effectué dans le cadre d'une thèse financée. Elles n'ont fait l'objet d'aucune rémunération complémentaire de la part des centres de formation ou de l'université. Ces formations étaient proposées gratuitement aux participants. La formation a d'abord été testée en IFSI. Elle a ensuite été reproduite auprès des étudiants de psychologie dans un format proche. Nous avons changé la thématique de la dernière séance pour les étudiants en psychologie car elle nous semblait moins pertinente pour cette population (*cf.* déroulé de la formation). Enfin, la formation a été raccourcie et testée auprès des étudiants en IPA. Les formations prodiguées étaient globalement similaires avec quelques adaptations suivant les spécificités de chaque groupe (*e.g.* exercices et exemples différents pour illustrer les

cours). Chaque groupe passait un ensemble de questionnaires en ligne dans le mois précédent la formation (Pré-test). Ils repassaient le même questionnaire dans le mois qui suivait la formation (Post-test). Ce questionnaire est similaire aux questionnaires de l'étude 1 et 2. Il permet de mesurer les dimensions de PC (FFMQ-39), les compétences d'IE (PEC-50), le stress perçu (PSS-10), l'anxiété/dépression (GAD-4), le bien-être (Who-5), la résilience (BRS-6) et la qualité des relations interpersonnelles (EQRI-5). Pour plus de détails sur la nature des questionnaires et de leur validation scientifique, nous renvoyons à la partie méthode du chapitre précédent.

Le suivi de la formation n'était pas obligatoire en IFSI même s'il s'inscrivait dans leur cursus. Deux étudiantes ont décidé de ne pas suivre les enseignements pour des raisons personnelles. Il n'y a pas eu d'évaluation notée, de demande de rapport de stage ou d'entretien post-formation pour éviter de surcharger les étudiants infirmiers.

En psychologie, la formation s'inscrivait dans le cadre d'un TER stage (Travaux d'Étude et de Recherche). Quatorze étudiants ont été inclus dans le TER. Les étudiants devaient rendre un rapport de stage visant à leur attribuer une note pour valider l'Unité d'Enseignement. Ce rapport visait à décrire leurs expériences associées au suivi de la formation. Ils devaient faire le lien entre les compétences développées pendant la formation et l'intérêt pour leur professionnalisation. Les étudiants terminaient par réaliser un entretien d'investigation visant à explorer la perception de changements, les difficultés et les facilités associées à la pratique de la PC. Cet entretien permet d'obtenir des verbatims (*cf.* annexe n° 23) pour compléter les données quantitatives sur l'impact de la formation et les compétences potentiellement développées. Les étudiants se faisaient passer les entretiens en binômes (*i.e.* interviewer/interviewé). Ils avaient pour mission de rendre une retranscription écrite de leurs échanges. L'analyse descriptive des retranscriptions permet d'approfondir les données quantitatives avec des données qualitatives qui apportent un éclairage plus subjectif sur la perception des individus.

En IPA, la formation était complètement libre à l'inscription. Les étudiants faisaient part de leur intérêt à suivre ou non la formation. Le suivi n'était pas obligatoire et les étudiants pouvaient arrêter à tout moment la formation selon leurs envies. Certains étudiants ont donc arrêté pendant la formation car ils manquaient de temps ou parce qu'ils n'y trouvaient pas d'intérêts ou de bénéfices après avoir suivi la première séance.

8.1.4 Déroulé de la formation

Pour les deux groupes, la formation débutait et se terminait par la passation d'un questionnaire similaire à celui de l'étude 1 et 2. Le premier questionnaire permet d'obtenir une mesure de base des variables (*i.e.* pré-test). Le second questionnaire permet de comparer les données avec le pré-test (*i.e.* post-test). La comparaison entre ces deux questionnaires évalue les variations à la suite de la formation. Face à la perte de participants lors du premier test de notre intervention (IFSI), un numéro d'anonymat a été fourni aux étudiants de psychologie et d'IPA pour apparier les données entre les phases de pré-tests et de post-tests. Le questionnaire est presque identique pour les étudiants d'IFSI, de psychologie et d'IPA. Les variables psychologiques mesurées sont les mêmes. Les consignes étaient adaptées à chacune des populations. Pour les trois groupes, le questionnaire de post-test est complété par des questions évaluant l'assiduité dans la pratique de la PC, leur intérêt et leur satisfaction à l'égard de la formation ainsi que la possibilité de fournir des propositions d'amélioration (*cf.* Annexe n°1-10).

La formation se déroule sur plus ou moins 7 semaines à raison d'une séance de deux heures par semaine. Les étudiants en IFSI et en psychologie réalisent 7 séances au total. Le volume de formation diminue à 5 séances pour les étudiants en IPA pour correspondre aux contraintes d'emploi du temps et limiter la surcharge des étudiants. Les séances étaient programmées avec une ou deux semaines d'écart entre chacune d'elles pour les étudiants en IFSI et en psychologie (en dehors des vacances universitaires). Le planning des séances pour les étudiants en IPA n'a pu observer la même cadence. La fréquence des cours était plus éparpillée. Elle a été adaptée aux impératifs de la formation (*i.e.* cours en alternance et disponibilité des étudiants sur les semaines de cours).

Chaque séance se divise en un temps d'apports théoriques et un temps de pratique. Les éléments théoriques sont présentés à l'aide d'un diaporama qui est rendu accessible aux étudiants la semaine suivant la séance. Tous les exercices pratiques ne sont pas accessibles en ligne. Seuls ceux qui faisaient l'objet d'une pratique en autonomie étaient accessibles (*e.g.* enregistrement du scan corporel, médiation courte, espace de respiration, fiches complémentaires sur les émotions et les besoins ...).

8.1.5 *Présentation des séances*

- **Séance 1** : La première séance introduit le concept de PC. Elle permet de pratiquer deux exercices visant l'initiation progressive à la PC : l'exercice du raisin et une méditation courte. Le premier exercice (*cf. annexe n° 11*) consiste à focaliser son attention sur un raisin sec de manière à explorer pleinement plusieurs modalités sensorielles en PC par l'observation de l'alimentation (*i.e.* visuelles, tactiles, gustatives et olfactives). Cet exercice a pour objectif d'expérimenter le fonctionnement automatique du corps (*e.g.* salivation) et de l'esprit (*e.g.* pensées intrusives). Le second exercice (*cf. annexe 12*) consiste à centrer son attention sur la respiration et explorer les sensations associées puis observer les sensations physiques présentes dans quelques zones du corps. Cet exercice vise à travailler la focalisation attentionnelle sur la respiration et le mouvement du focus attentionnel.
- **Séance 2** : La seconde séance approfondit le construit de PC et ses mécanismes d'actions. Elle introduit un nouvel exercice plus long (*i.e.* entre 25 et 40 minutes), le « *bodyscan* » ou scan corporel (*cf. annexe n° 13*). Cet exercice correspond à un travail attentionnel et un passage en revue de l'ensemble des sensations corporelles.
- **Séance 3** : La troisième séance traite des émotions et de leur influence sur le comportement. Elle permet de pratiquer de nouveau le scan corporel. Elle introduit également un calendrier des affects positifs/négatifs (*cf. annexe n° 18*). Ce calendrier permet de décrire les situations et les ressentis associés aux vécus émotionnels durant les semaines qui suivent la séance (variable suivant les groupes). Sa complétion n'est pas obligatoire mais encouragée.
- **Séance 4** : La quatrième séance traite de l'IE comme un ensemble de compétences favorisant la gestion des émotions. Elle approfondit la compétence de compréhension des émotions en faisant le lien avec le contexte et les besoins associés au vécu affectif. Elle permet d'introduire la pratique de la méditation assise (*cf. annexe n° 14*) et la méditation du lien bienveillant (*cf. annexe n° 15*). Les étudiants analysent également une situation chargée en émotion. Ils essayent de déceler les besoins sous-jacents aux déclencheurs des émotions (*cf. annexe n° 19*).
- **Séance 5** : La cinquième séance présente le processus de stress perçu et ses conséquences sur le fonctionnement psychologique et la santé psychologique. Elle permet d'introduire un exercice court de méditation : l'espace de respiration (*cf. annexe n° 16*). Elle permet également de réaliser une méditation centrée sur les pensées. Un

exercice visant à décrire et analyser le vécu de situations stressantes est réalisé pour la prochaine séance. C'est la dernière séance pour les étudiants en IPA qui effectuaient l'exercice en cours.

- **Séance 6 :** La sixième séance propose une ouverture sur l'empathie et son fonctionnement. Les étudiants devaient réaliser un exercice d'écoute en silence. Par groupe de 2 ou 3, chaque étudiant devait décrire à tour de rôle une des situations stressantes analysées pendant la semaine. Les autres devaient simplement écouter attentivement sans chercher à valider ou invalider les propos tenus par leur camarade.
- **Séance 7 :** La septième séance était différente pour les étudiants d'IFSI et de psychologie. EN IFSI, elle introduisait quelques éléments sur les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail chez les soignants avec un objectif de prévention. La pratique d'étirements en PC et la méditation de la montagne (*cf. annexe n° 17*) ont été réalisées à cette séance en IFSI. La séance a été modifiée pour les étudiants en psychologie car ils sont moins confrontés aux problématiques de terrain associées aux stages en comparaison aux étudiants en IFSI. La thématique abordée a donc été recentrée sur la présentation des stratégies de régulation des émotions. Les étudiants devaient réfléchir à des situations dans lesquelles ils avaient utilisé ces différentes stratégies.

Certaines adaptations ont été menées au cours de la formation en IFSI pour diminuer le nombre et le temps des pratiques. Les exercices restaient globalement similaires. Ces modifications sur le fil ont été réalisées pour éviter de perdre l'adhésion des étudiants à la formation. Les pratiques trop longues favorisaient l'endormissement des étudiants. D'autres exercices ont été prévus mais les contraintes de temps n'ont pas permis de les réaliser. Dans le cadre du TER stage, les étudiants de psychologie suivaient également une séance supplémentaire pour les former à la passation d'entretiens d'investigation et aux bases des analyses statistiques sur logiciel en psychologie.

8.2. Résultats

8.2.1 Comparaison des scores pré-interventions entre les groupes : vérifier la présence de différences entre étudiants en parcours initial et étudiants avec une pratique professionnelle en santé (ANOVA)

Dans cette partie, nous comparons les résultats entre nos différents groupes pré-intervention pour étudier les différences inter-groupes. Nous supposons notamment que les étudiants en IPA auront des scores plus élevés sur les compétences psychologiques et un meilleur niveau de santé psychologique en raison de leurs expériences professionnelles. Pour répondre à cette hypothèse, nous réalisons des ANOVA puis des comparaisons groupe par groupe grâce à des tests « *post-hoc* » (*i.e.* Student intégrés aux ANOVA). Nous commençons par présenter les résultats pour les variables générales : scores d'IE générale, inter et intra-individuelle et de PC générale. Nous traitons ensuite chaque sous-dimension de l'IE intra et de la PC. Enfin, nous procédons aux mêmes étapes pour les variables dépendantes.

Tableau 24 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux IE/PC entre les groupes IFSI/PSY/IPA

	IFSI ($m \pm \sigma$)	IPA ($m \pm \sigma$)	Psy ($m \pm \sigma$)	Valeur F	p -value
PEC_G	3.028 ± 0.457	3.652 ± 0.346	3.496 ± 0.439	11.298	<.001
PEC_intra	3.013 ± 0.504	3.688 ± 0.522	3.200 ± 0.607	6.884	.002
PEC_Inter	3.510 ± 0.427	3.600 ± 0.285	3.200 ± 0.347	1.150	.323
FFMQ_G	2.953 ± 0.425	3.485 ± 0.330	3.177 ± 0.420	7.277	.001

Note : **PEC_G** = score général d'IE ; **PEC_intra** = score général d'IE intra-individuelle ; **PEC_Inter** = score général d'IE inter-individuelle ; **FFMQ_G** = score général de PC ; **m** = score moyen ; **σ** = écart-type

Les résultats (*cf.* tableau 24) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens des différents groupes pour l'IE générale ($F = 11.298$; $p < .001$), l'IE intra-individuelle ($F = 6.884$; $p = .002$) et la PC générale ($F = 7.277$; $p = .001$). Les résultats ne sont pas significatifs pour l'IE inter-individuelle ($F = 1.150$; $p = .323$).

Dans une ANOVA, les groupes sont comparés dans leur ensemble. Nous menons donc des tests « *post-hoc* » qui sont des analyses de comparaisons groupe à groupe. Ces tests complémentaires sont menés uniquement pour les résultats significatifs ou tendanciels.

8.2.1.1 Tests « Post-hoc » : Comparaison des scores pré-interventions (IE générale, IE intra, PC générale) entre chacun des groupes

Tableau 25 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE générale entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	-0.624	0.154	-4.066	<.001
IFSI	Psy	-0.469	0.148	-3.174	.006
IPA	Psy	0.156	0.192	0.809	.699

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (*cf.* tableau 25) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens d'IE générale pour les groupes IFSI-IPA ($t = -4.066$; $p < .001$) et IFSI-Psy ($t = -3.174$; $p = .006$). Autrement dit, les IPA et les Psy ont des scores significativement plus élevés d'IE en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes IPA-Psy.

Tableau 26 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	-0.675	0.183	-3.691	.001
IFSI	Psy	-0.187	0.176	-1.063	.541
IPA	Psy	0.488	0.229	2.131	.092

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (*cf.* tableau 26) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens d'IE intra pour les groupes IFSI-IPA ($t = -3.691$; $p = .001$) et IPA-Psy ($t = 2.131$; $p = .092$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés d'IE intra-individuelle

en comparaison aux IFSI et aux Psy. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy.

Tableau 27 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC générale entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
IFSI	IPA	-0.531	0.144	-3.695	.001
IFSI	Psy	-0.224	0.138	-1.619	.245
IPA	Psy	0.307	0.180	1.707	.210

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 27) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de PC pour les groupes IFSI-IPA ($t = -3.695$; $p = .001$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés de PC en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

8.2.2 Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de l'IE intra-individuelle et inter-individuelle) entre chacun des groupes (ANOVA)

Pour le tableau de résultats suivant, nous négligeons les dimensions pour lesquelles il n'existe pas de différences significatives ou tendancielle entre les groupes. Nous présentons ensuite les comparaisons groupe à groupe pour ces dimensions.

Tableau 28 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux IE dimensionnée entre les groupes IFSI/PSY/IPA

	IFSI ($m \pm \sigma$)	IPA ($m \pm \sigma$)	Psy ($m \pm \sigma$)	Valeur <i>F</i>	<i>p</i> -value
PEC_intra_id	3.217 ± 0.746	4.160 ± 0.515	3.491 ± 0.846	6.852	.002
PEC_intra_co	4.240 ± 0.753	3.018 ± 0.430	2.596 ± 0.684	10.657	<.001
PEC_intra_re	2.596 ± 0.802	3.220 ± 0.819	2.873 ± 0.524	2.932	.060

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Re** : Régulation

Les résultats (*cf.* tableau 28) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens des différents groupes pour l'identification ($F = 6.852 ; p = .002$), la compréhension ($F = 6.884 ; p = .002$) et la régulation des émotions ($F = 2.932 ; p = .060$). Comme pour les résultats précédents, nous menons des tests « *post-hoc* » qui sont des analyses de comparaisons groupe à groupe. Ces tests complémentaires sont menés uniquement pour les résultats significatifs ou tendanciels.

8.2.2.1 Tests « *post-hoc* » : Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de l'IE intra) entre chacun des groupes

Tableau 29 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence d'identification des émotions

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	-0.943	0.256	-3.676	0.001
IFSI	Psy	-0.274	0.247	-1.109	0.512
IPA	Psy	0.669	0.321	2.084	0.101

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (*cf.* tableau 29) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens d'identification des émotions pour les groupes IFSI-IPA ($t = -3.676 ; p = .001$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés sur la compétence d'identification des émotions intra-individuelle en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

Tableau 30 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence de compréhension des émotions

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
IFSI	IPA	-1.079	0.246	-4.386	<.001
IFSI	Psy	0.143	0.237	0.603	0.819
IPA	Psy	1.222	0.308	3.965	<.001

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 30) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de compréhension des émotions pour les groupes IFSI-IPA ($t = -4.386$; $p < .001$) et IPA-Psy ($t = 3.965$; $p < .001$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés sur la compétence de compréhension des émotions intra-individuelle en comparaison aux IFSI et aux Psy. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy.

Tableau 31 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'IE intra-individuelle entre les groupes : compétence de régulation des émotions

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
IFSI	IPA	-0.624	0.268	-2.332	.059
IFSI	Psy	-0.277	0.258	-1.076	0.533
IPA	Psy	0.347	0.335	1.036	0.557

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 31) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de régulation des émotions pour les groupes IFSI-IPA ($t = -2.332$; $p = .059$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés sur la compétence de régulation des émotions intra-individuelle en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

8.2.3 Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de PC) entre chacun des groupes (ANOVA)

Pour le tableau de résultats suivant, nous négligeons les dimensions pour lesquelles il n'existe pas de différences significatives ou tendanciennes entre les groupes. Nous présentons ensuite les comparaisons groupe à groupe pour ces dimensions.

Tableau 32 : ANOVA de comparaison des scores moyens généraux PC dimensionnée entre les groupes IFSI/PSY/IPA

	IFSI ($m \pm \sigma$)	IPA ($m \pm \sigma$)	Psy ($m \pm \sigma$)	Valeur F	p -value
FFMQ_Ob	3.179 ± 0.735	4.037 ± 0.543	3.455 ± 0.611	6.444	.003
FFMQ_De	2.750 ± 0.864	3.575 ± 0.590	3.318 ± 0.902	5.150	.008
FFMQ_Act	3.130 ± 0.702	3.500 ± 0.408	3.580 ± 0.618	2.875	.064

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **m** = score moyen ; **σ** = écart-type

Les résultats (cf. tableau 32) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens des différents groupes pour la dimension d'observation ($F = 6.444$; $p = .003$), la dimension de description ($F = 5.150$; $p = .008$), la dimension d'agir en PC ($F = 2.875$; $p = .064$). Comme pour les résultats précédents, nous menons des tests « *post-hoc* » qui sont des analyses de comparaisons groupe à groupe. Ces tests complémentaires sont menés uniquement pour les résultats significatifs ou tendanciels. Dans cette partie, nous ne fournissons pas le tableau sur la dimension agir en PC car, après analyses, les résultats ne sont pas significatifs.

8.2.3.1 Tests « post-hoc » : Comparaison des scores pré-interventions (Dimensions de la PC) entre chacun des groupes

Tableau 33 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC entre les groupes : dimension d'observation

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	-0.858	0.242	-3.550	.002
IFSI	Psy	-0.275	0.233	-1.184	.467
IPA	Psy	0.583	0.303	1.926	.140

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 33) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens d'observation pour les groupes IFSI-IPA ($t = -3.550$; $p = .002$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés sur la dimension d'observation de la PC en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

Tableau 34 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de PC entre les groupes : dimension de description

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	-0.825	0.292	-2.824	.017
IFSI	Psy	-0.568	0.281	-2.022	.115
IPA	Psy	0.257	0.366	0.702	.763

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 34) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de description pour les groupes IFSI-IPA ($t = -2.824$; $p = .017$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement plus élevés sur la dimension de description de la PC en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

8.2.4 Comparaison des scores pré-interventions (Variables dépendantes) entre chacun des groupes (ANOVA)

Tableau 35 : ANOVA de comparaison des scores moyens des variables dépendantes entre les groupes IFSI/PSY/IPA

	IFSI ($m \pm \sigma$)	IPA ($m \pm \sigma$)	Psy ($m \pm \sigma$)	Valeur F	p -value
BRS_G	2.873 ± 0.772	3.400 ± 0.668	2.970 ± 0.869	1.903	.158
WHO_G	4.043 ± 0.875	4.340 ± 0.737	3.673 ± 0.706	1.712	.189
PSS_G	3.057 ± 0.624	2.560 ± 0.631	3.091 ± 0.836	2.466	.093
GAD_A	2.413 ± 0.733	2.350 ± 0.883	2.318 ± 0.874	0.080	.923
GAD_D	2.019 ± 0.537	1.663 ± 0.457	2.375 ± 0.605	4.606	.014
EQRI_G	3.750 ± 0.637	3.950 ± 0.329	3.682 ± 0.690	0.571	.568

Note : **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles m = score moyen ; σ = écart-type

La plupart des différences entre nos groupes ne sont pas significatives (cf. tableau 35). Nous obtenons toutefois une différence tendancielle sur le niveau de stress ($F = 2.466$; $p = .093$) et une autre significative sur le niveau de dépression ($F = 4.606$; $p = .014$). Il n'y a pas de différences significatives sur nos autres variables (i.e. résilience, bien-être, qualité des relations interpersonnelles et anxiété). Comme pour les résultats précédents, nous menons des tests « *post-hoc* » qui sont des analyses de comparaisons groupe à groupe. Ces tests complémentaires sont menés uniquement pour les résultats significatifs ou tendanciels.

8.2.4.1 Tests « post-hoc » : Comparaison des scores pré-interventions (variables dépendantes) entre chacun des groupes

Tableau 36 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de stress perçu entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	0.497	0.231	2.148	0.088
IFSI	Psy	-0.034	0.222	-0.155	0.987
IPA	Psy	-0.531	0.289	-1.834	0.167

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 36) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de stress perçu pour les groupes IFSI-IPA ($t = 2.148$; $p = .088$). Autrement dit, les IPA ont des scores tendancielleme nt moins élevés de stress perçu en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-Psy et IPA-Psy.

Tableau 37 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de dépression entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
IFSI	IPA	0.357	0.188	1.901	.147
IFSI	Psy	-0.356	0.180	-1.973	.127
IPA	Psy	-0.713	0.235	-3.033	.010

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les résultats (cf. tableau 37) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens de dépression pour les groupes IPA-Psy ($t = - 3.033$; $p = .010$). Autrement dit, les IPA ont des scores significativement moins élevés de dépression en comparaison aux IFSI. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes IFSI-IPA et IFSI-Psy.

8.2.5 Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en IFSI

Au vu de l'absence de résultats probants, nous ne présentons pas de tableaux dans cette partie. Les différences entre les scores moyens d'IE pré/post intervention sont faibles et en général non significatives (*cf.* annexe n° 22). Il n'y a pas de différences significatives entre les niveaux pré/post interventions pour les compétences d'IE intra-individuelle. Les différences entre les scores moyens de PC pré/post intervention sont très faibles et aucune de ces différences n'est significative. Concernant nos variables dépendantes, les différences entre les scores moyens pré-intervention et post-intervention sont très faibles et elles ne sont pas significatives.

Pour conclure, ces résultats montrent que la formation délivrée en IFSI n'a pas eu les effets escomptés. Les niveaux de compétences (IE et PC) sont restés stables dans l'ensemble. Les variables de santé mentale n'ont pas été impactées par la formation de manière significative. Nous étudions dans une partie exploratoire la satisfaction et l'investissement relatif à la formation comme explications potentielles à l'échec de la formation.

8.2.6 Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en IPA

Les différences entre les scores moyens d'IE pré-intervention et post-intervention sont faibles et en général non significatives (*cf.* annexe n° 22). Seule la compétence de régulation des émotions augmente de manière tendancielle ($t = - 1.936$; $p = .085$). Les différences entre les scores moyens de PC pré/post intervention sont très faibles et aucune de ces différences n'est significative. Concernant nos variables dépendantes, les différences entre les scores moyens pré/post intervention sont faibles et en général non significatives. On observe une augmentation du stress perçu qui est significative ($t = - 2.857$; $p = .019$). Cette augmentation est probablement due à l'approche de la validation de leur master et à la pression pour la réalisation de leur travail de recherche (*e.g.* mise en place des protocoles, rédaction du mémoire ...).

8.2.7 Impact de l'intervention : comparaison des pré-tests et post-tests chez les étudiants en psychologie

Tableau 38 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour l'IE intra chez les étudiants en psychologie

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
PEC_G	3.496	3.716	-2.338	0.041
PEC_intra	3.200	3.615	-2.753	0.020
Id_intra	3.491	3.909	-2.765	0.020
Co_intra	3.018	3.709	-2.623	0.025
Ex_intra	3.200	3.582	-1.641	0.132
Re_intra	2.873	3.164	-1.437	0.181
Ut_intra	3.855	3.964	-0.554	0.592

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex/Ec** : Expression/écoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Les différences entre les scores moyens d'IE pré-intervention et post-intervention vont globalement dans le sens attendu (cf. tableau 38). Le score moyen d'IE générale augmente ($t = -2.338$; $p = .041$). Le score moyen d'IE intra augmente ($t = -2.753$; $p = .020$). Au niveau de l'IE intra, nous observons des différences significatives pour les compétences d'identification ($t = -2.765$; $p = .020$) et de compréhension ($t = -2.623$; $p = .025$). Les autres résultats ne sont pas significatifs.

Tableau 39 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour la PC et ses dimensions chez les étudiants en psychologie

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
FFMQ_G	3.177	3.373	-1.543	.154
FFMQ_Ob	3.455	3.773	-1.321	.216
FFMQ_De	3.318	3.534	-1.102	.296
FFMQ_Act	3.580	3.330	1.389	.195
FFMQ_Nr	2.667	2.909	-1.234	.245
FFMQ_Nj	2.818	3.273	-2.049	.068

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

La plupart des différences de scores moyens de PC entre les phases de pré-test et de post-test ne sont pas significatives (cf. tableau 39). Seule la dimension de non-jugement possède une augmentation tendancielle entre les deux phases de l'intervention ($t = - 2.049$; $p = .068$).

Tableau 40 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour les variables dépendantes chez les étudiants en psychologie

	Pré-test (<i>m</i>)	Post-test (<i>m</i>)	Valeur <i>t</i>	<i>p-value</i>
PSS_G	3.091	2.764	1.350	.207
GAD_G	2.295	2.182	0.697	.501
GAD_A	2.318	2.364	-0.232	.821
GAD_D	2.735	2.000	1.929	.083
WHO_G	3.673	4.255	-2.647	.024
BRS_G	2.970	3.045	-0.512	.310
EQRI_G	3.682	4.000	-1.781	.105

Note : **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Concernant nos variables dépendantes, la plupart des différences ne sont pas significatives entre les phases de pré-test et de post-test. Les différences de scores moyens sont significatives ou tendanciennes seulement pour le niveau de bien-être ($t = - 2.647$; $p = .024$) et la dépression ($t = 1.929$; $p = .083$).

Pour conclure, l'intervention chez les étudiants en psychologie est plus efficace en comparaison aux étudiants en IFSI et en IPA. Toutefois, la formation a un impact restreint sur les compétences émotionnelles et la santé psychologique des étudiants. Ce type de formation basée sur la PC et la transmission de connaissances sur les émotions peut être bénéfique pour la prévention et la promotion de la santé étudiante. Toutefois, la plupart des résultats ne passent pas le seuil de significativité. Nous sommes donc limités dans les conclusions au vu de l'inefficacité apparente sur la plupart de nos variables. Dans une partie annexe, nous discutons de la satisfaction, de l'investissement et des facteurs qui ont potentiellement influencé les résultats de nos 3 échantillons.

8.2.8 Résultats complémentaires : analyses descriptives des entretiens semi-directifs auprès des étudiants en psychologie

Nous allons dans cette partie illustrer les résultats quantitatifs (*i.e.* basés sur des questionnaires) par des éléments qualitatifs (*i.e.* verbatims extraits à partir des entretiens). L'objectif est d'aller plus loin dans la compréhension des effets perçus par les participants, de leur vécu associé à la formation et à la pratique de la PC. Nous commençons par présenter les apports et les changements dans le quotidien. Nous enchaînons avec les difficultés relatives à la pratique de la PC. Nous terminons par les facteurs facilitateurs de la pratique et du suivi de la formation.

8.2.8.1 Apports et changements conséquents à la formation

À la suite de la formation, certains étudiants perçoivent plus de facilités à gérer les difficultés et, plus particulièrement, le stress, l'anxiété et les états affectifs négatifs. Les techniques de méditation sont généralement perçues comme un moyen palliatif pour faire face aux difficultés. Pour illustrer cette analyse, nous avons extrait quelques verbatims :

« J'arrivais un peu mieux à gérer mon stress surtout quand c'est des périodes compliquées comme là par exemple pendant les partiels ou même les révisions de partiels, j'étais stressée mais j'arrivais mieux à contrôler mes émotions par rapport aux partiels du semestre d'avant. » (P10) ; « Je les ai surtout utilisés pour plus ressentir de stress ou d'angoisse, par exemple quand on a eu les partiels de janvier j'étais hyper stressée et je n'avais pas fait de méditation et quand j'en ai fait aux partiels de mai bah j'ai vraiment senti la différence je pense que je me sentais beaucoup plus détendue ». (P2) ; « J'ai quand même remarqué malgré le contexte qui faisait que j'étais quand même plutôt stressée et je souffre quand même pas mal d'anxiété, que mon niveau avait quand même diminué quand je pratiquais la méditation. Le lendemain, j'étais quand même plus sereine, j'appréhendais les événements avec un peu plus de facilité et un peu moins d'appréhension. » (P4) ; « Je les ai utilisés pas très souvent mais les fois où je l'ai fait c'est dans les périodes de stress pour essayer de me détendre et d'évacuer le stress. Après dans une période un peu moins sympa j'ai essayé de l'utiliser pour évacuer les affects et émotions négatives et pour me reconcentrer sur moi-même, sur mes besoins. » (P8)

Les étudiants évoquent notamment la gestion du stress pendant les périodes d'examens où le stress est intense et difficile à réguler. Dans une certaine mesure, le suivi de la formation permet de diminuer la pression ressentie par les étudiants dans des contextes spécifiques. Dans ces cas, la méditation est généralement un outil pertinent pour fournir des ressources aux étudiants qui permettent de gérer les difficultés psychologiques auxquelles ils peuvent être confrontés.

Il faut toutefois nuancer ces résultats car la perception d'un effet à la suite de la formation est peu marquée et soumise aux variations inter-individuelles. En effet, les apports de la formation sont moins perceptibles ou absents pour les étudiants qui ont eu une expérience préalable de la PC ou des apports théoriques présentés :

« Je n'ai pas appris beaucoup de choses dans le sens où je pratiquais déjà la méditation depuis plusieurs années, je dirais trois quatre ans, donc ce n'était pas nouveau et concernant l'intelligence émotionnelle c'est des choses que j'ai déjà vues » (P11) ; « Je ne sais pas si j'ai beaucoup découvert, appris de choses parce que je faisais ... enfin, j'ai eu une période en fait où je faisais de la méditation régulièrement. » (P5).

Les participants qui ont une expérience préalable sont moins dans l'apprentissage de nouvelles informations et de nouvelles pratiques en raison de leurs connaissances. Il est important d'adapter les séances pour qu'elles ne soient pas trop redondantes avec les connaissances déjà intégrées par un public averti. Toutefois, cette perception est dépendante des expériences personnelles car d'autres participants apprennent de nouvelles connaissances théoriques et pratiques sur le fonctionnement émotionnel, l'IE et la PC :

« Il m'a vraiment permis de me rendre compte que la méditation en fait ça pouvait être de petits exercices simples à réaliser et que du coup que ça pouvait vraiment aider enfin comment je pourrais dire pour se détendre » (P2) ; « L'intelligence émotionnelle et le principe de mindfulness je connaissais en fait pas beaucoup de choses dessus et c'est aussi pour ça que j'ai candidaté pour en apprendre plus et du coup ça m'a permis d'en apprendre en fait beaucoup plus » (P2) ; « Bah je pense que j'ai appris en fait que mes émotions c'était quelque chose de normal, que ... j'avais beau ressentir des émotions qui parfois étaient ambivalentes ; elles avaient un but. Elles pouvaient exprimer un certain besoin, certaines choses. » (P4) ; « Les cours sur les émotions m'ont permis de mieux mettre des mots sur ce que je ressens

ou au moins à y associer des besoins et des ressentis et donc à mieux les gérer et les comprendre, et aussi avec les autres. » (P8)

La PC et la formation sur les émotions semblent efficaces pour promouvoir les attitudes de la PC comme l'acceptation, la tolérance et la curiosité qui ont augmenté chez certains participants. Ces attitudes peuvent être tournées vers soi, l'environnement ou les autres :

« J'ai appris des choses sur moi et savoir comment je fonctionne, pourquoi je ressens telle émotion à tel instant, et surtout les accepter parce que moi ; enfin, je sais que par exemple, je ne m'autorise pas forcément à être en colère ou à être triste. Et du coup ça j'essaie de, enfin via la formation, d'être plus indulgente avec moi-même et de me dire que c'est normal de ressentir ça, que c'est pour telle raison et du coup de pas me rajouter de la pression ou quoi parce que je ressens ça tu vois. » (P10) ; « Du coup je me disais tiens ce serait intéressant de vivre le moment en pleine conscience et du coup ça ne m'a pas apporté de changement fondamental parce que je n'ai pas vraiment réussi à réintégrer la méditation de manière régulière dans ma vie quotidienne mais c'était plus, tiens ce serait intéressant de découvrir cette pratique. [...] Oui, ça m'a ouvert à la découverte. » (P5) ; « J'ai appris à mieux gérer, enfin plutôt mieux comprendre mes émotions et celles des autres donc avoir un regard bienveillant sur moi et les autres. » (P7) ; « Du coup, au niveau de mes émotions, j'ai pris du recul sur celles-ci, je suis plus ouverte sur les miennes et sur celles des autres, peut-être moins dure avec moi-même sur mes émotions et mes pensées. » (P7).

Ces attitudes sont utiles et font partie des processus qui agissent sur la santé psychologique des individus en modifiant la manière dont ils interagissent au quotidien avec eux-mêmes et leur environnement.

La formation permet d'expérimenter et d'explorer l'état de PC grâce à différentes pratiques de PC et aux réflexions qui s'en suivent. Cela augmente la compréhension de sa signification :

« Et du coup la pleine conscience pour moi c'est plus être dans le moment présent. Non pas que on n'est pas de pensées mais ... Mais plus laisser les choses nous traverser et observer ce qu'il se passe soit en nous ou à l'extérieur au moment T. » (P5) ; « le but ce n'est pas de se relaxer forcément alors qu'avant j'étais plus dans un but comme ça. Que là, certes ça peut amener ... ça amène souvent de la relaxation et de la détente par la suite mais que ... le but c'est de se recentrer dans le moment

présent et de ... pas de faire le vide mais de ... Oui de se reconnecter à soi, à son environnement de là maintenant tout de suite et que la détente ça arrivait naturellement on va dire. » (P5).

La PC semble également faciliter le questionnement sur soi, le fait de tirer des informations sur son fonctionnement, sur son ressenti et son état à certains moments. Dans ce cadre, elle facilite la prise de conscience de certains automatismes cognitifs et comportementaux :

« Qu'est-ce que je ressens maintenant, qu'est-ce que je fais maintenant, qu'est-ce que mon corps et mon cerveau me disent maintenant. » (P3) ; « D'en apprendre sur soi en fait finalement, parce qu'on vit avec soi-même au quotidien, et du coup plus t'en sais sur toi, sur ton fonctionnement, et mieux c'est pour savoir comment gérer tout ce qui va t'arriver. Donc pour moi c'est ça le gros bénéfice ouais, c'est de savoir enfin, d'avoir appris des choses sur moi, de savoir comment je fonctionne, de me comprendre mieux, et aussi bah de gérer un peu mieux les frustrations, le stress, etc. » (P6) ; « j'ai pu en apprendre plus sur mes émotions, sur ... sur la façon dont je ressentais les choses, comment je les exprimais, etc. » (P4)

Dans le même ordre d'idées, la formation a permis certaines prises de conscience comme l'intérêt de faire une pause, de prendre le temps et de ne rien faire pour moins être saturé par le flux d'informations constant auquel exposent nos modes de vie :

« J'ai eu beaucoup de, beaucoup plus de distraction que ça soit des vidéos, des musiques, des jeux et en fait du coup, j'ai toujours la tête dans quelque chose. » (P3) ; « Donc, hum, je dirais que ça a mis en avant l'intérêt pour moi de parfois arrêter de faire quelque chose, et de juste prendre le temps de se poser. » (P3) ; « Oui et je pense aussi, que ce n'est pas une perte de temps de prendre du temps sur soi, il ne faut pas toujours rentabiliser son temps, car c'est comme ça que je suis d'habitude. » (P7) ; « Le point le plus important, c'est que ça ma permit de profiter de l'instant présent qu'il soit négatif ou positif sans se mettre la pression avec le fait de rentabiliser les choses ; de pas toujours avoir besoin de faire quelque chose. » (P7)

La PC modifie l'expérience de l'instant présent, que la valence soit positive ou négative, et elle permet parfois de se préparer à l'action par l'orientation de l'attention volontairement

vers le présent. Globalement, la formation permet d'augmenter la conscience de soi et de son environnement :

« Donc personnellement, je fais davantage attention à prendre le temps de faire les choses, à peut-être être plus consciente du moment présent, notamment dans les moments de bien-être, à faire attention à l'environnement, aux sentiments des autres, à nos émotions. » (P8) ; « Ce sont des petits moments en fait mais qui me permettent de me recentrer sur moi-même en fait et d'être peut-être plus détendue et plus prête en fait à la situation qui m'attend. Et finalement peut-être de plus me concentrer sur ce que je ressens et de, tu sais de faire un peu un état de comment je me sens, de ce que je ressens. » (P6)

8.2.8.2 Difficultés vécues pendant la formation et freins à la pratique

Dans la partie précédente, nous avons abordé les différents changements ou apprentissages associés à la pratique de la PC et au suivi de la formation. Dans cette partie, nous insistons sur les difficultés associées à la pratique de la PC. Celle-ci demande un effort parce qu'il est nécessaire de pratiquer régulièrement pour entraîner les capacités attentionnelles et les attitudes associées à la PC.

Cette pratique paraît exigeante et difficile à mettre en place comme l'ont mentionné la plupart des étudiants. De plus, la pratique est régulièrement associée à des sensations désagréables ou difficiles à supporter en lien avec la focalisation de l'attention et l'émergence de sensations ou d'impressions négatives :

« J'avoue que sur les techniques formelles, j'ai peu pratiqué. Parce qu'il faut prendre le temps de se poser pour le faire, chose qui m'arrive très rarement. » (P1) ; « Mes difficultés ça a été surtout par rapport au bodyscan, j'ai eu du mal par rapport à un vécu quelques semaines avant à me concentrer sur certaines parties de mon corps. » (P8) ; « Toutes les pratiques vis-à-vis du corps était peu agréable » (P7) ; « Lors des premières pratiques, en fait j'ai senti l'angoisse un petit peu monter ; j'ai eu une boule au ventre et j'ai eu du mal à calmer ma respiration. Tellement j'étais focalisée dessus ; en fait elle se dérégulait, elle n'était plus une respiration normale. Donc ça a été assez angoissant et assez compliqué les premiers temps mais avec le

temps et la pratique j'ai réussi à passer outre et ma respiration revenait à la normale.
» (P4)

Le fait de systématiser une pratique, de l'intégrer au quotidien comme une routine ou encore de se motiver à pratiquer est une difficulté supplémentaire pour les étudiants :

« La difficulté c'est clairement la planification pour les techniques formelles. Il est très difficile pour moi de planifier quelque chose. Se dire que je vais faire ça à tel moment. » (P1) ; « J'ai eu du mal à tenir un rythme d'une méditation par semaine. Alors que ça me paraissait peu. Donc, mes difficultés ça a été notamment de suivre un rythme régulier [...]. Donc euh difficultés, je dirais, j'ai eu du mal à me lancer dans mes, à me lancer en fait à chaque fois, à faire en fait. » (P3)

Les participants notent également que la pratique est régulièrement « empêchée » ou rendue plus complexe en raison de l'état psychologique et physique du moment. Lorsque les étudiants sont fatigués, plusieurs notent une plus grande difficulté à « atteindre » ce qu'il voit souvent comme un objectif, l'état méditatif :

« Mais aussi, le fait que les méditations formelles que je faisais étaient très dépendantes de mon état de somnolence, quand j'étais fatigué je n'arrivais à rien et mon esprit partait trois fois trop loin et c'était impossible car je partais, pour revenir, pour repartir. Donc ça servait plus ou moins à rien et ça m'agaçait de pas réussir. » (P1) ; « J'ai eu du mal souvent à me concentrer, je pense que c'était aussi à cause de la fatigue vu qu'on avait des séances les jeudis en fin de journée, ce qui a fait que je partais un peu dans mes pensées et du coup je n'arrivais pas toujours après à me reconcentrer, après, à me remettre vraiment dans la méditation, je n'arrivais pas à me concentrer sur ma respiration ou sur le fait de ressentir telle ou telle partie de mon corps. » (P10) ; « Parce que quand j'étais malade ou quand j'étais fatiguée, je voyais que ce n'était pas du tout la même méditation que si j'arrivais et que tout allait bien. » (P6) ; « Après j'ai eu aussi du mal dû au fait que les stages se déroulaient les jeudis, et après le stage je rejoignais des amis que je voyais un peu moins souvent et du coup j'avais des émotions plutôt de hâte de les retrouver. Donc souvent pendant les méditations, à la fin des séances, j'étais en attente de la fin des différents exercices. » (P8) ; « Au fur et à mesure des pratiques je ne le vivais pas agréablement car j'avais des somnolences donc je luttais pour ne pas m'endormir donc c'était désagréable car ce n'était pas le moment de dormir, pas le lieu » (P7)

D'autres étudiants ont expérimenté des difficultés directement en lien avec la pratique de la PC comme l'afflux important de pensées automatiques et parasites :

« J'avais du mal en fait à gérer, j'avais l'impression que mon esprit partait dans tous les sens, que j'avais du mal à gérer mes pensées, enfin et du coup à écouter les consignes, à être vraiment dans la méditation. Et puis pareil, très nerveuse, enfin en tout-cas sur la chaise, j'avais vraiment envie de bouger. » (P6) ; « Au début j'avais du mal à vraiment me concentrer sur mon corps et en fait comprendre comment enlever les pensées un peu négatives que j'avais donc ouais au début c'était assez difficile parce que je n'arrivais pas vraiment à me détendre quand on méditait et puis je pense qu'à la fin j'ai essayé de comprendre un peu pourquoi je ressentais des émotions négatives ou des douleurs sur des parties du corps surtout sur celles on se fixait pendant les méditations et au final je sais pas je pense que j'ai quand même réussi à enfin j'ai fini par apprécier les méditations et même les refaire chez moi enfin pendant les partiels ou les moments stressants que je pouvais rencontrer ». (P2)

Nous notons dans les extraits précédents que les étudiants mentionnent le fait de réussir, d'atteindre ce qu'ils jugent positivement comme étant l'état de méditation et/ou de bien-être. Cette vision est paradoxale. La PC n'a d'autres objectifs que de travailler l'orientation de son attention et de ses sens vers le présent. Avoir des attentes vis-à-vis de la pratique de PC est tout à fait normal, mais cela risque de créer de la frustration si les attentes ne sont pas satisfaites. Cela peut être un frein à la systématisation de la pratique, au déploiement des attitudes comme la curiosité ou la patience, mais aussi à l'adhésion et au travail des participants lors de la formation :

« Mes expériences sur le body scan étaient assez neutres, c'est-à-dire que quand ça se passait bien, ça me détendait, mais ce n'était pas non plus exceptionnel, l'effet n'était pas non plus exceptionnel. » (P3) ; « Mais comme, je me mettais peut-être trop de pression en mode « il faut arriver à être dans l'état méditatif ». (P6)

Le cadre est également un élément qui revient régulièrement. Certains étudiants ne sont pas à l'aise avec la pratique en groupe ou se sentent plus en sécurité dans des lieux connus comme le domicile :

« Parce qu'en classe c'est vrai que voilà, on est dans une salle de classe, on est entouré d'autres personnes donc peut-être que c'est ça aussi qui faisait que je n'arrivais pas ... » (P6) ; « Alors mes difficultés c'est tout d'abord le fait que... faire

une méditation avec plusieurs personnes dans une salle, vu que j'ai un trouble déficitaire de l'attention c'est très compliqué pour moi de me concentrer. [...] Et pour ce genre de pratique mais pour beaucoup de choses j'ai besoin de silence et de pas sentir des... des choses autour de moi, des gens, des bruits et cetera. ». (P11)

D'autres modalités comme le format des méditations (*i.e.* durée, assise ou couchée ...) ou leurs types (*i.e.* thématiques ciblées ...) rendent plus ou moins complexes les exercices de PC. Il existe une part importante de subjectivité dans l'appréciation des exercices, de leur efficacité et de leur agréabilité :

« C'est-à-dire qu'elle n'allait pas sur un thème spécial qui parfois nous va très bien, parfois nous va pas du tout. [...] Alors qu'une méditation de 10 minutes en fait dans une journée tu peux trouver le temps à un moment de 10 minutes. » (P3) ; « C'était assez compliqué pour moi sur la chaise, je n'étais pas forcément bien. J'avais du mal avec la position et puis comme ce semestre aussi c'était un semestre assez éreintant j'étais souvent fatiguée les jeudis soir pendant les cours et du coup il y a des méditations que j'ai ... enfin pas que j'ai mal vécu mais où je me sentais pas bien parce que j'avais la tête qui tournait j'avais des vertiges parce qu'en fait j'étais tellement fatiguée et stressée qu'en fait soit ça partait dans tous les sens » (P5) ; « on a fait trois méditations d'affilées avec trois consignes différentes, et j'ai éprouvé beaucoup de difficultés à changer de... de méditation, parce que ça demandait une forme de... flexibilité euh... mentale de passer d'une consigne à une autre et du coup ça m'a énormément perturbé ». (P11)

Certains participants ont par exemple des facilités avec les méditations basées sur l'imagerie mentale. Ces facilités permettent une plus grande focalisation de l'attention et une meilleure résistance face aux perturbateurs. De manière générale, l'intérêt pour un exercice semble être important pour la motivation des étudiants et dans la perception de l'efficacité de la pratique :

« La méditation de la montagne ça me permettait à la fois de me concentrer sur quelque chose, avec un visuel agréable. Ce qui me permettait aussi, de rester un peu plus justement concentrée sur cet instant présent, parce que parfois quand on devait simplement se concentrer sur l'instant, sans avoir de ligne directrice ou de thème, c'est vrai que parfois on a tendance à partir dans tous les sens. Là l'avantage, c'est qu'avec les méditations de la montagne j'étais très concentré sur le thème. » (P3) ;

« J'ai eu beaucoup de facilités pour l'exercice de la montagne qui m'a beaucoup plus. En général j'ai eu des facilités de concentration pour le cours car les thèmes m'intéressaient personnellement. » (P8)

Pour d'autres participants, la visualisation est difficile à réaliser et rend l'adhésion à l'exercice plus compliquée suivant les modalités (e.g. paysages ou personnes) :

« Et j'ai eu un peu de mal aussi à la visualisation pour la méditation de la montagne. Alors je ne sais pas pourquoi, parce que j'avais du mal à visualiser la montagne alors que par exemple en comparatif avec la méditation du lien de bienveillant, où là il fallait imaginer les personnes, là ça marchait beaucoup plus. ». (P6)

Ces types de méditation ont un intérêt car elles permettent de proposer des images qui peuvent servir d'ancres, mais également une métaphore qui peut alimenter a posteriori les réflexions sur les processus psychologiques à l'œuvre dans le quotidien. Il est important de proposer des méditations assez variées pour constituer un panel suffisant où les participants trouvent des exercices qui leur correspondent.

8.2.8.3 Facteurs facilitateurs de l'investissement dans une formation

Dans la partie précédente, nous avons passé en revue différents freins à la pratique de la PC et au suivi de la formation. À contrario dans cette partie, nous abordons les facteurs facilitateurs. Le fait d'avoir eu un contact avec la PC ou une pratique régulière semble par exemple faciliter la réalisation des exercices de méditations :

« Ensuite, les facilités sont que j'ai déjà eu des expériences de pleines consciences avant cette formation donc ça m'a facilité à comprendre ce que je pouvais aller voir sur la pleine conscience. » (P1) ; « Le fait que j'ai déjà pratiqué et que je pratique régulièrement, donc c'était assez facile de se mettre dedans, de pratiquer même chez moi » (P11).

Ces expériences préalables ont l'avantage de rassurer l'individu en le confrontant à un degré de nouveauté faible grâce à une pratique ou des notions familières. Ce résultat est paradoxal, car il est soit un frein soit un facilitateur suivant les individus (cf. partie précédente). Il faut toutefois être vigilant sur les aprioris qui peuvent exister concernant la PC car certains sont falsifiables ou risquent d'interférer avec la pratique. Par exemple, nous voyons qu'il existe

une recherche de réussite dans la pratique de la méditation alors que ce n'est pas l'objectif premier de la PC.

Les pratiques informelles sont parfois plus simples à mettre en place de manière régulière. Nous pensons qu'il est important d'insister sur leur existence, d'en faire essayer certaines et d'être clair sur les différentes possibilités d'exploration de l'expérience en PC :

« Ça m'a plus permis de me dire que c'était possible de réinstaurer ça dans mon quotidien mais comme je n'y arrivais pas vraiment avec les méditations classiques, quand il y avait des opportunités plus informelles de faire, je les saisisais en fait. » (P5) ; « Pour être honnête je n'ai que très peu pratiqué et je ne suis pas fière. Mais là où je pratique le plus c'est dans les moments de repas j'ai pris le temps de savourer mais on ne peut pas parler de pleine conscience. » (P7) ; « Quand je mangeais un plat que j'aimais vraiment, je le savourais d'autant plus, vraiment je faisais attention à toutes les saveurs qui se passaient dans ma bouche ; les sensations en général. » (P4)

Dans le même ordre d'idées, il y a une forme d'appréciation différente suivant les pratiques qui pourraient plus ou moins correspondre aux préférences et aux attentes individuelles :

« Je pense que c'est à force de pratiquer, d'essayer peut-être plusieurs méditations aussi, peut-être qu'il y a des méditations qui nous conviennent mieux que d'autres et voilà. » (P6) ; « Après les autres pratiques comme sur les pensées, et la montagne là c'était vraiment cool car j'arrivais à visualiser quelque chose. Alors que quand je ne visualisais rien, c'était désagréable car j'étais envahie par mes pensées. » (P7)

Nous avons évoqué les apports de la PC sur les prises de conscience et la compréhension de son fonctionnement. Lorsque l'inscription est motivée par une volonté de travail sur soi, cela peut être bénéfique pour l'investissement et l'intérêt porté aux pratiques :

« En fait la formation elle allait un peu dans cette continuité-là. Ce n'était pas un début de quelque chose mais ça allait dans la continuité de ce que j'essayais de mettre en place depuis plusieurs années donc du coup je pense que ça a pu m'aider parce que j'étais déjà dans cette dynamique. » (P5)

Enfin, c'est un autre élément que nous avons évoqué au préalable. La PC sert de moyen palliatif au stress et à l'anxiété des étudiants. Le fait d'être confronté à des difficultés et d'avoir parfois du mal à les gérer peut favoriser la recherche d'outils pour atténuer le mal-être :

« Et au final, c'est bête à dire, mais mes facilités c'était aussi bah quand je ne me sentais pas bien, ça me venait plus facilement à l'esprit de me dire et si là, je faisais une méditation » (P3)

8.2.8.4 Conclusion sur les interventions et les comparaisons entre les groupes

Pour les étudiants en IFSI, l'intervention n'a pas d'effets significatifs. Le niveau de compétences d'IE et de PC est similaire. Ils ont pourtant un niveau bien plus faible lorsqu'on les compare aux étudiants en IPA. Ils auraient dû profiter de manière plus conséquente de l'intervention. Nous approfondissons les résultats dans une partie complémentaire (*i.e.* satisfaction, motivation) en cherchant des explications du côté de l'investissement et de l'intérêt porté sur la formation. Pour les étudiants en psychologie, l'intervention semble avoir un impact favorable mais restreint sur le développement des compétences émotionnelles. Pour les étudiants en IPA, l'intervention ne semble pas avoir d'impact sur le niveau de PC et le développement des compétences d'IE.

En conclusion, l'absence de résultats met en avant la difficulté à produire des interventions efficaces pour améliorer le niveau de PC et d'IE. Nous pensons que la littérature scientifique est soumise à un biais de publication qui entraîne une difficulté à reproduire des résultats pourtant solidement validés dans la littérature. Dans notre cas, la principale problématique de notre intervention est le manque d'adhésion des participants aux apprentissages et leur manque de motivation à pratiquer régulièrement. Nous explorons ces effets dans la partie suivante. Enfin, nous pensons que le niveau plus élevé de compétences des étudiants en IPA est un des facteurs qui limite l'efficacité de l'intervention.

8.2.9 Résultats complémentaires post-formation : ANOVA de comparaison des scores moyens concernant l'avis des participants sur la formation

Tableau 41 : ANOVA de comparaison des scores moyens des variables complémentaires post-intervention (Investissement, intérêt et fréquence de la pratique) entre les groupes IFSI/PSY/IPA

	IFSI	Psy	IPA	Valeur <i>F</i>	<i>p</i> -value
Investissement (<i>m</i> ± <i>σ</i>)	2.541 ± 0.845	3.500 ± 0.707	3.750 ± 0.825	11.885	< .001
Intérêt/satisfaction (<i>m</i> ± <i>σ</i>)	2.847 ± 0.901	3.242 ± 0.541	2.768 ± 0.787	1.137	.328
Fréquence pratique (<i>m</i> ± <i>σ</i>)	2.189 ± 0.811	3.727 ± 1.104	3.40 ± 1.174	13.078	< .001

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie ; **m** = score moyen ; **σ** = écart-type

Les résultats (cf. tableau 41) montrent qu'il existe des différences entre les scores moyens des groupes pour l'investissement ($F = 11.885$; $p < .001$) et la fréquence des pratiques ($F = 13.078$; $p < .001$). Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes pour l'intérêt porté à la formation ($F = 1.137$; $p = .328$). Comme pour les résultats précédents, nous menons des tests « *post-hoc* » qui sont des analyses de comparaisons groupe à groupe. Ces tests complémentaires sont menés uniquement pour les résultats significatifs ou tendanciels.

8.2.9.1 Tests « post-hoc » : Comparaison des scores moyens d'investissement et de fréquence des pratiques entre chacun des groupes

Tableau 42 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens d'investissement entre les groupes

	Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
IFSI IPA	-1.209	0.292	- 4.148	< .001
IFSI Psy	-0.959	0.281	- 3.415	.003
IPA Psy	0.250	0.357	0.699	.765

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les analyses inter-groupes pour le niveau d'investissement dans les pratiques et la formation (cf. tableau 42) montrent que les IFSI ont un score significativement inférieur aux étudiants en psychologie ($t = - 3.415 ; p = .003$) et aux étudiants en IPA ($t = - 4.148 ; p = <.001$). Il n'y a pas de différences significatives entre les étudiants en IPA et en psychologie.

Tableau 43 : Tests Post-Hoc de comparaison des scores moyens de fréquence de pratiques entre les groupes

		Différences de moyennes	Erreur Standard	Valeur t	p -value
IFSI	IPA	-1.211	0.334	- 3.627	.002
IFSI	Psy	-1.538	0.322	- 4.781	< .001
IPA	Psy	-0.327	0.409	- 0.800	.705

Note : **IFSI** = étudiants en soins infirmiers ; **IPA** = étudiants infirmiers de pratique avancée ; **Psy** = étudiants de psychologie

Les analyses inter-groupes pour la fréquence des pratiques (cf. tableau 43) montrent que les IFSI ont un score significativement inférieur aux étudiants en psychologie ($t = - 4.781 ; p = <.001$) et aux étudiants en IPA ($t = - 3.627 ; p = .002$). Il n'y a pas de différences significatives entre les étudiants en IPA et en psychologie.

En conclusion, le groupe d'étudiants en psychologie est le plus investi dans les exercices pratiques et le plus satisfait par la formation dans son ensemble. Les étudiants en IPA ont un niveau de pratique et d'investissement similaire aux étudiants en psychologie mais c'est le groupe le moins satisfait par la formation. Nous supposons qu'il existe un décalage entre leurs attentes et le contenu ou les bénéfices apportés par la formation. Ce sont les étudiants en IFSI qui sont les moins investis dans la formation. Ces résultats apportent des éléments de réponse sur l'absence d'impact de la formation chez les étudiants en IFSI.

La PC nécessite un entraînement régulier pour améliorer les capacités attentionnelles et expérimenter les différentes postures dans la pratique. Le manque d'intérêt relatif aux aspects théoriques sur les émotions et la PC ainsi que pour les exercices pratiques réalisés en cours sont probablement une des causes du manque d'investissement personnel. Un autre aspect est le cadre de la formation qui est différent suivant les groupes. Pour les étudiants en IFSI, la formation s'inscrivait dans leur cursus comme une ouverture sur les émotions et sur la gestion

du stress. Le cours n'était pas obligatoire mais ils étaient vivement encouragés de le suivre. Ce cours ne faisait pas l'objet d'attentes particulières au regard de l'institution et de la validation du diplôme. Aucune évaluation, aucune note de synthèse n'était demandée en fin de formation. Pour éviter de surcharger les étudiants, nous avons également abandonné l'idée des entretiens semi-directifs pour explorer leurs vécus et les potentiels freins à l'investissement dans la pratique de la PC. En effet, les étudiants en IFSI ont un cursus chargé en nombre d'heures et exigeant en termes de ressources psychologiques et d'investissement. Nous avons constaté une fatigue importante lors des interventions (*i.e.* endormissement systématique ...). Nous supposons que le manque de temps et d'énergie les amène à privilégier de manière stratégique les enseignements essentiels à leur futur métier (*e.g.* compétences techniques du soin) et à la validation de leur diplôme (*e.g.* matières notées).

Pour les étudiants en IPA, certaines limites sont à prendre en compte dans l'absence de résultats de la formation. Tout d'abord, la plupart de ces étudiants sont des professionnels qui exercent le métier d'infirmier depuis plusieurs années et en parallèle de leur master. Notre première limite est le niveau de compétences psychologiques plus élevé de l'échantillon en IPA lorsqu'on les compare aux étudiants en IFSI et aux étudiants en psychologie, tant au niveau de la PC que de l'IE. Autrement dit, les étudiants en IPA ont probablement développé grâce à leurs expériences personnelles et professionnelles des ressources psychologiques et une capacité à faire face aux difficultés. Les formations en psychologie sont souvent plus profitables pour les personnes avec un faible niveau de compétences. Les progrès pourraient être plus faciles à atteindre mais également plus simples à conscientiser pour le bénéficiaire. Au niveau du cadre, les étudiants en IPA se sont inscrits librement à une formation plus courte (cinq séances). Il y a d'ailleurs eu un nombre important d'arrêts de la formation. Plusieurs causes peuvent être envisagées. Certains étudiants venaient simplement tester la PC. Ils ne projetaient pas particulièrement de suivre l'ensemble de la formation. D'autres n'ont pas trouvé les pratiques de PC utiles ou pertinentes pour eux ou encore, ils n'avaient pas le temps de s'investir dans la formation qui représentait une surcharge en temps. Certains retours mentionnent aussi une abondance trop importante d'éléments théoriques au regard de la pratique. Les étudiants en IPA auraient été plus intéressés par des séances plus axées sur la pratique. Nous supposons qu'ils étaient possiblement déjà saturés par les cours au format classique de leur cursus et que cette redondance n'a pas été appréciée. Ces éléments représentent un premier ensemble de limites. À notre sens, la principale limite est le décours de la formation. Il y avait moins de séances en comparaison des groupes précédents, ce qui a limité le temps et le nombre de pratiques. De

plus, le planning était ajusté à leur emploi du temps déjà chargé par des cours, et l'alternance entre des semaines avec ou sans disponibilité (respectivement, semaine de cours ou semaine de travail). Cela pose un souci pour la régularité des séances. Certaines séances étaient par exemple espacées d'une semaine, d'autres ont été espacées de plus d'un mois.

Pour les étudiants en psychologie, le cadre était un peu différent. Ils s'inscrivaient librement à la participation à la formation. En revanche, la formation s'inscrivait dans la validation de leur TER stage (Travaux d'étude et de recherche). L'objectif était de suivre et d'expérimenter les exercices de la formation pour améliorer leur gestion du stress et des émotions tout en se préparant pour la rédaction d'un court rapport de stage (entre 4 et 8 pages). Ils avaient donc une forme d'évaluation et de synthèse en fin de formation. Ils devaient également se faire passer des entretiens semi-directifs par pair pour explorer de manière qualitative le vécu et l'utilité perçue de la formation. Même si les étudiants en psychologie sont en 3^{ème} année (sélection pour les candidatures en Master), ils ont un emploi du temps moins chargé que les étudiants en IFSI/IPA. Ils disposent de plus de temps pour pratiquer. Nous pensons que le cadre différent (*e.g.* fréquence des séances, inscription volontaire après candidature ...), le cumul entre motivation intrinsèque (*e.g.* améliorer sa gestion des émotions, découvrir des techniques utiles en tant que psychologue) et extrinsèque (*e.g.* valider une unité d'enseignement, réaliser un rapport de stage basé sur l'expérience) sont des facteurs qui favorisent l'intérêt, la satisfaction et la fréquence des pratiques.

8.3. Discussion générale sur les études de la phase interventionnelle

Nous avons évalué l'efficacité d'une formation basée sur la pratique de la PC et les apports théoriques sur l'IE, les émotions et le stress. Les interventions ont été évaluées sur trois échantillons différents : étudiants en psychologie, en IFSI et en IPA. Les étudiants en IPA sont pour la plupart des professionnels de santé infirmiers qui reprennent des études en alternance. Ils ont donc une pratique professionnelle et une expérience dans le domaine de la santé. Notre second objectif est de comparer nos échantillons entre eux pour examiner les différences entre les groupes en ce qui concerne : le niveau de PC et d'IE mais aussi le niveau de stress, de bien-être, de résilience, d'anxiété/dépression et de qualité des relations interpersonnelles.

De manière générale, nous constatons que l'efficacité de la formation est inégale. Il existe de légères augmentations du niveau de certaines compétences pour les IPA et les IFSI mais elles

ne sont pas significatives. En IFSI, le stress perçu et le bien-être, et les autres variables dépendantes ne varient pas de manière significative. En IPA, seule la dimension de régulation des émotions augmente à la suite de la formation. On constate en revanche une augmentation significative du niveau de stress perçu, et une diminution non significative du bien-être. Ces résultats sont contre-intuitifs au vu des effets escomptés. Il est possible que l'approche de l'évaluation finale de leur master soit la cause de cet effet chez les étudiants en IPA. Concernant la satisfaction, l'intérêt et la pratique : les étudiants en IFSI ont moins pratiqué et sont peu intéressés par la formation, les étudiants en IPA ont un niveau faible de satisfaction et d'intérêt pour la formation en revanche, ils ont un niveau de pratique équivalent à celui des étudiants en psychologie. Ces deux constats peuvent expliquer une partie de l'absence de résultats.

La PC et l'amélioration des compétences psychologiques nécessitent un niveau suffisant d'investissement et de pratique pour entraîner les processus psychologiques en jeu comme l'attention par exemple (Dobkin & Zhao, 2011; Hawley et al., 2014). Les étudiants en IFSI n'ont pas développé leurs compétences par un manque de pratique en lien avec le faible niveau d'intérêt. Nous supposons que les étudiants d'IFSI manquaient de temps et priorisaient les matières « *obligatoires* » qui sont déterminantes dans le cadre de la validation de leur diplôme. Les étudiants en IPA ont eu des occasions supplémentaires de pratiquer malgré le nombre plus faible de séances. En raison des contraintes d'emploi du temps, l'intervalle de temps sur lequel s'étalait la formation était plus long. Le niveau de pratique reste tout de même relativement faible. De plus, les étudiants expriment peu d'intérêt pour approfondir les apports théoriques (*i.e.* diaporama et exercices). Nous supposons que les attentes des étudiants en IPA étaient plus élevées ou différentes comparativement aux étudiants en psychologie. L'écart entre leurs attentes et l'expérience concrète de la formation peut être responsable d'une frustration face au temps investi dans les séances. Certains étudiants ont par exemple mentionné une abondance trop importante d'aspects théoriques qui se cumulaient à l'intégration de connaissances conséquentes à leur formation de master. Nous pensons qu'il faut prendre en compte plus précisément les caractéristiques des populations ciblées et leurs spécificités. Nous supposons que les IPA auraient préféré des cours plus pratiques. Nous avons également constaté que le niveau de base de compétences (PC et IE) des étudiants en IPA était plus élevé en comparaison aux étudiants en psychologie et en IFSI. Leurs expériences professionnelles et personnelles sont probablement ce qui explique ce résultat (Shipley et al., 2010; van Dusseldorp et al., 2011). Les compétences psychologiques évoluent dans le sens de la protection de la santé mentale des professionnels de santé au fur et à mesure de leur carrière. Cet état de fait rend le développement

de compétences psychologiques plus complexe en comparaison aux populations avec des niveaux moins élevés qui bénéficieraient plus des bienfaits d'une intervention.

La formation est relativement efficace sur le groupe d'étudiants en psychologie. Les résultats sont toutefois nuancés. Lorsque l'on se contente de l'aspect quantitatif, les résultats sont encourageants mais mitigés en termes d'efficacité probante. Il y a seulement 3 compétences sur 10 (IE, compréhension et identification ; PC, non-jugement) qui varient significativement entre le pré-test et le post-test. L'effet sur la compétence de compréhension est pertinent car cette dimension est centrale dans nos analyses précédentes sur l'effet de l'IE sur la santé psychologique. Sur nos six variables dépendantes, il n'y a que les niveaux de bien-être et de dépression qui diminuent. Il faut prendre en compte que nos mesures du bien-être et de la dépression sont très proches dans leur formulation. La formation a permis aux étudiants en psychologie de favoriser la régulation des émotions via la génération d'émotions plus positives et une meilleure atténuation des émotions négatives.

Pour aller plus loin, il faut se pencher sur les verbatims qui fournissent des informations complémentaires intéressantes. Globalement, plusieurs étudiants notent des changements positifs au niveau : attitudinal (*e.g.* plus grande tolérance vis-à-vis de soi), de la gestion du stress (*e.g.* exercices de PC efficaces pour atténuer le stress), de la facilité à pratiquer la PC (*e.g.* baisse progressive du sentiment de difficulté des exercices), des informations sur soi et sur l'expérience (*e.g.* être plus à l'écoute de soi et de son corps). Les étudiants en psychologie perçoivent l'acquisition d'outils bénéfiques mais plutôt centrés sur la gestion des difficultés pour certains, et/ou le développement de soi via la compréhension de son fonctionnement psychologique et l'atténuation de la détresse psychologique.

La PC est une pratique particulière qui demande un investissement conséquent et régulier. Les étudiants ont été confrontés à de nombreux freins qui expliquent une partie des effets mitigés de la formation. Il existe une grande variabilité dans l'appréciation des différents exercices de PC. Cette évaluation subjective de l'efficacité et de la satisfaction relative aux exercices peut être pernicieuse ou bénéfique. Elle facilite l'engagement dans certains exercices ou à l'inverse, favorise l'évitement à s'engager dans d'autres. Les étudiants mentionnent leurs difficultés à instaurer une pratique régulière de PC (*i.e.* plusieurs fois par semaine). La pratique n'est pas systématisée à une fréquence suffisante pendant la formation, ce qui pourrait expliquer la faiblesse de nos résultats. Les étudiants notent également que leur état du moment (*e.g.* niveau

de fatigue) est un facteur important qui influence le vécu et la perception des pratiques. Ils tirent des informations pertinentes sur leur fonctionnement et leur état physique et psychologique (e.g. fatigue, stress ...). C'est une première étape pour explorer les sensations désagréables que nous avons tendance à éviter alors qu'elles font partie intégrante de la pratique de PC. En revanche, la pratique devient plus difficile car elle nécessite de rester au contact de sensations désagréables, d'émotions inconfortables et de pensées intrusives qui sont parfois insupportables. L'objectif n'est pas de se forcer à pratiquer surtout lorsque cela paraît insurmontable pour le participant. Néanmoins, il faut rappeler que la PC n'a pas pour objectif premier de faire du bien, de soigner ou même d'être efficace. La PC invite à volontairement agir sur notre perception de l'instant présent et sur l'attitude avec laquelle nous entrons en relation avec l'environnement. Beaucoup de participants espèrent tirer des bénéfices secondaires de la pratique de méditation. Ce sont des attentes normales mais cela va à l'encontre de certains principes de la pratique méditative comme « *l'effort sans effort* » ou la « *patience* ». La pratique méditative peut s'avérer régulièrement désagréable ou associée à des conséquences négatives (Britton, 2019). En conséquence, il est contre-productif de pratiquer avec un objectif préalable qui vise l'amélioration perceptible et immédiate du bien-être ainsi qu'une atténuation rapide de la souffrance.

8.3.1 Limites

Nous avons été confrontés à de nombreuses limites. Classiquement, nous utilisons des mesures auto-rapportées. Les individus sont à la fois les mieux et les moins bien placés pour s'évaluer. Ce type de questionnaire est confronté à de nombreux biais (e.g. auto-complaisance, désirabilité sociale). Il est possible qu'une formation qui développe des compétences psychologiques favorise une auto-évaluation plus précise des participants sur ces compétences. Lorsque les participants évaluent plus justement leur niveau en fin de formation, il y a un risque que cela tempère les résultats. Il est toutefois impossible de faire l'impasse sur l'utilisation des questionnaires auto-rapportés étant donné les limites ou l'absence d'autres méthodes de mesure.

La population qui suit la formation reste majoritairement composée de femmes, ce qui rend les résultats difficilement généralisables à la population masculine. Les effectifs à notre disposition ne permettent pas de réaliser une étude différenciée sur l'effet du sexe. Nous avons

testé une formation relativement similaire en termes de contenu mais dans des contextes et auprès de populations différentes. C'est à la fois une force et une faiblesse pour notre étude. Elle permet d'ériger des hypothèses intéressantes sur les différences entre les groupes expérimentaux mais la pertinence des comparaisons entre les groupes est limitée tant les contextes étaient différents.

D'un point de vue statistique, nous avons testé la formation sur des groupes relativement restreints ce qui peut expliquer en partie l'absence d'effets significatifs. Nous n'avons pas donné de numéro d'anonymat aux étudiants d'IFSI ce qui nous a empêchés de réaliser des tests appariés. Dans le contexte de l'intervention en IFSI, nous n'avons pas anticipé la perte d'une dizaine de participants (*i.e.* complétion du second questionnaire). Nous avons corrigé cette erreur avec les deux groupes suivants.

Nous ne disposons pas de mesures répétées qui auraient permis d'avoir un suivi plus précis des variations au cours de la formation. Si nous avions plus de résultats manifestes, nous aurions souhaité mettre en place une phase de suivi pour contrôler l'efficacité de l'intervention dans le temps. L'absence de résultats chez les IFSI et les IPA, et le faible impact de l'intervention chez les étudiants en psychologie questionnent la persévération des effets dans le temps.

La plus grande limite de notre intervention est le manque d'implication et d'intérêt des étudiants dans leur ensemble, et plus particulièrement des IFSI. Les IFSI sont particulièrement chargés en travail. Ils doivent s'investir pleinement dans leur cursus d'étude. Ils n'ont pas le temps, ni l'énergie, ni l'envie de s'investir outre mesure dans une formation complémentaire qui n'est pas essentielle à l'obtention de compétences techniques nécessaires à leur exercice professionnel.

Le facteur de motivation et la fréquence de pratiques des participants sont à questionner pour mieux comprendre les leviers potentiels qui peuvent être utilisés pour mobiliser davantage les participants d'une formation. Nous pensons qu'il est important de laisser l'inscription au libre choix de l'individu. Il ne faut pas qu'il se sente contraint ou obligé à participer comme ce fut en partie le cas pour les étudiants d'IFSI. Nous supposons que la motivation et l'intérêt sont plus importants lorsqu'une personne s'inscrit de son propre chef (Lyubomirsky et al., 2011). Enfin, nous pensons qu'il est important d'étudier une motivation cumulative qui intègre une part de motivation intrinsèque et extrinsèque. Nous émettons cette hypothèse car ce sont des facteurs qui sont mobilisés dans le groupe en psychologie. L'inscription est libre et éclairée

mais la formation s'intègre dans le cursus d'étude (*i.e.* validation d'une UE, rapport de stage, nécessité de s'investir un minimum ...).

8.3.2 Conclusions et recommandations

La PC et les compétences d'IE rassemblent des processus qui contribuent favorablement à la santé psychologique et l'adaptabilité des individus via l'amélioration de la gestion du fonctionnement cognitif et affectif. Ces construits sont d'autant plus pertinents qu'ils s'adressent à des populations vulnérables et exposées à des conditions de travail complexes comme les soignants et les étudiants.

Le développement du niveau de compétence d'IE et de PC est possible grâce à des interventions basées sur la pratique de la PC. Toutefois, nos résultats montrent que l'efficacité des interventions n'est pas systématique et s'avère difficile à observer. Nous recommandons de laisser l'inscription des participants complètement libre pour éviter le moindre sentiment de contrainte, de sélectionner les individus qui sont intéressés et/ou en ressentent le besoin, et de favoriser l'adhésion sur l'ensemble des séquences de la formation. Par ailleurs, nous pensons que des séances de sensibilisation sur la santé psychologique pourraient s'intégrer aux cursus des étudiants sans les alourdir. Ces sensibilisations pourraient être une première rencontre avec les possibilités en matière d'accompagnements psychologiques, d'entraînements aux compétences psychologiques et de traitements thérapeutiques. L'idée est de signaler aux étudiants l'existence de solutions qu'ils peuvent mobiliser si nécessaire. Ces séances informatives pourraient également être l'occasion d'identifier les étudiants en souffrance pour leur proposer des accompagnements ciblés.

9. Chapitre VII - Discussion générale

9.1. Rappel de l'objectif général de la thèse

Ce travail de thèse avait pour objectif général l'étude des facteurs d'adaptation qui permettent d'une part, de prévenir l'émergence de psychopathologies liées aux conditions d'études ou de travail et d'autre part, de promouvoir la santé psychologique au niveau individuel. D'un point de vue théorique, nous souhaitons étudier et mieux comprendre les facteurs qui favorisent un fonctionnement qualifié d'optimal par la psychologie positive et plus particulièrement au niveau émotionnel et cognitif.

Pour rappel, le fonctionnement « *optimal* » n'est pas clairement défini dans la littérature. Il correspond à l'ensemble des facteurs adaptatifs qui permettent aux individus de fonctionner efficacement et de promouvoir leur bien-être psychologique, physique et social. Plus spécifiquement pour nous, le fonctionnement optimal correspond à la fonctionnalité des émotions, car de nombreuses psychopathologies comme la dépression ou l'anxiété généralisée prennent leur source dans les dysrégulations émotionnelles (*e.g.* humeur dépressive ou appréhension excessive) et cognitives (*e.g.* ruminations dépressives, anticipations anxieuses).

Pour répondre à cet objectif, nous avons choisi d'étudier l'impact de la PC sur la gestion des émotions via son effet bénéfique sur les compétences d'IE comme la régulation des émotions (Bao et al., 2015; Jacobs et al., 2016; Roemer et al., 2015). D'un point de vue interventionnel, la pratique de la PC permet la mise en place d'exercices pour améliorer le niveau de PC. Cette pratique est bénéfique pour la promotion du bien-être et l'atténuation du stress sur lesquelles nous avons centré nos études.

Pour confirmer et approfondir les résultats de la littérature, nous avons dans un premier temps réalisé une enquête par questionnaire pour obtenir des résultats quantifiés quant aux liens spécifiques entre les différentes dimensions de la PC, les compétences d'IE et nos variables dépendantes (*i.e.* stress et bien-être). Nous avons déployé ce protocole auprès d'étudiants en psychologie et en IFSI. Ces deux échantillons ont été comparés pour évaluer le niveau de détresse psychologique de chacune des populations. Dans un second temps, nous avons mis en place une formation basée à la fois, sur une sensibilisation au fonctionnement émotionnel et sur des pratiques de PC (*i.e.* tirées du MBSR et MBCT). Cette formation avait pour objectif de promouvoir la santé psychologique via l'amélioration des compétences individuelles d'IE et de

PC. Nous nous attendions principalement à constater une amélioration de la santé psychologique via l'augmentation du bien-être et l'atténuation du stress perçu. Nous avons testé la formation sur des étudiants en Psychologie, en IFSI mais également sur des professionnels expérimentés qui reprennent leurs études après 10 ans d'exercice en moyenne, grâce à une formation d'IPA. Ces trois populations s'inscrivent dans le secteur de la santé. Ce secteur est caractérisé par une forte exigence émotionnelle. En effet, face à la mort ou la maladie par exemple, le professionnel a une obligation de maîtriser ses émotions, de les masquer, de les feindre ou de les supprimer afin de ne pas perturber les patients ou leurs proches qui se trouvent en situation de vulnérabilité ou de souffrance (Djediati et al., 2020).

Les infirmiers et les psychologues sont particulièrement touchés par ces problématiques. Nous voulions vérifier dans ce corpus d'études si l'effet bénéfique de la PC sur la santé humaine se manifeste via les compétences d'IE, autrement dit, est-ce que la pratique de la PC permet le développement de l'IE et facilite la gestion des émotions.

9.2. Synthèse des principaux résultats

Nous proposons dans un premier temps un résumé général des résultats au niveau dimensionnel. Nos deux premières études par questionnaire permettent de montrer des liens positifs entre les compétences d'IE³⁶ et les dimensions de PC³⁷ (cf. tableau 44).

Tableau 44 : Résumé des liens entre les dimensions de la PC et les compétences d'IE

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Id	0	++	0	+	+
Co	0	+	+	++	+
Ex	0	++	0	0	-
Re	0	0	0	+	++
Ut	+	+	0	0	0

Note : + lien positif ; ++ liens positifs les plus marqués ; - Lien négatif ; 0 absence de lien significatif ; id = identification ; co = compréhension ; ex = expression/écoute ; re = régulation ; ut = utilisation

³⁶ *Id* = identification ; *co* = compréhension ; *ex/ec* = expression/écoute ; *re* = régulation ; *ut* = utilisation

³⁷ *Ob* = Observation ; *De* = Description ; *Act* = Agir en PC ; *Nj* = Non-jugement ; *Nr* = Non-réactivité

Les modèles SEM montrent que les dimensions de PC de description, non-jugement et non-réactivité sont les plus fortement liées aux compétences d'IE. Chaque dimension n'observe pas le même pattern de résultats. La description est particulièrement associée à l'identification et l'expression des émotions. Le non-jugement est particulièrement associé à la compréhension des émotions. La non-réactivité est particulièrement associée à la régulation des émotions. Les résultats de nos modèles d'équations structurelles sont soutenus par nos analyses de médiation à la différence que la dimension d'agir en PC est plus directement associée au stress et au bien-être. Ces modèles de médiations révèlent que les compétences de PC sont principalement expliquées par la compréhension et la régulation des émotions.

Concernant la santé psychologique, les dimensions de PC associées au stress et au bien-être sont principalement le non-jugement et la non-réactivité (*cf.* tableau 45). Les compétences d'IE les plus fortement associées au stress et au bien-être sont la compréhension, la régulation et l'identification des émotions (*cf.* tableau 45). Dans la suite de cette partie, nous expliquons plus en détail les relations inter-dimensionnelles entre nos construits et leurs liens avec le stress et le bien-être. Nous cherchons par exemple à expliquer le lien positif entre l'identification des émotions et le stress perçu.

Tableau 45 : Résumé des liens entre les dimensions de PC et d'IE avec le bien-être et le stress perçu

	Ob	De	Act	Nj	Nr	Id	Co	Ex	Re	Ut
Bien-être	0	0	+	+	+	0	+	0	+	+
Stress perçu	0	0	0	-	-	+	-	0	-	-

Note : + = liens positifs ; - = Liens négatifs ; 0 = absence de lien significatif ; id = identification ; co = compréhension ; ex = expression/écoute ; re = régulation ; ut = utilisation

Les résultats de notre étude vont dans le sens de la littérature, l'IE et la PC sont des facteurs protecteurs de la santé psychologique (Dugué et al., 2021) et la pratique de PC alimente les compétences d'IE (Jiménez-Picón et al., 2021). Les dimensions de PC ne mobilisent pas les mêmes processus psychologiques dans la gestion des émotions, car elles ne prédisent pas de manière similaire les compétences d'IE intra-individuelle. Nous proposons maintenant d'expliquer plus en détail cette synthèse de résultats.

La dimension de description (PC) est par exemple particulièrement associée à l'identification, l'expression et la compréhension des émotions (IE). Cela signifie que la capacité à décrire l'expérience présente, son déroulement et le ressenti est primordiale pour être à l'aise dans le partage émotionnel, la reconnaissance de l'émergence d'une émotion ainsi que la compréhension des causes et des conséquences physiques, cognitives et comportementales d'une émotion pour leur attribuer du sens. En effet, les dérégulations émotionnelles peuvent provenir de biais de traitement de l'information comme la pensée sur-générale (Mikolajczak & Desseilles, 2012, p. 134). Le fait de décrire l'expérience présente précisément et pour ce qu'elle est, peut atténuer l'élaboration secondaire (*e.g.* pensées associatives et interprétation du sens des événements) et l'impact des « *modes de l'esprit* » (Hargus et al., 2010). Dans cette étude, le « *mode* » étudié se base sur le contrôle des divergences (*i.e.* « *discrepancy-based* ») entre un état initial et un état idéal à atteindre. Dans le MBCT, c'est le mode de résolution des problèmes ou « *mode faire* » (Segal et al., 2019, p. 100-103). Il pousse l'individu à rechercher des solutions à une situation problématique et à planifier son activité pour y répondre. Ce mode de fonctionnement risque de produire des boucles de ruminations incessantes tant que la problématique n'est pas résolue. Le « *mode faire* » et le mécanisme de contrôle des divergences sont particulièrement problématiques dans les situations où : la problématique concerne notre monde interne et personnel ; les objectifs fixés sont difficiles à abandonner ; les caractéristiques pour définir l'atteinte de l'objectif sont muables, générales et abstraites ; les moyens pour réduire l'écart sont impossibles à mettre en place ou inexistantes. Dans ce cadre, la dimension de description permet d'obtenir des informations moins tronquées et permet de se décentrer de l'expérience présente en la verbalisant. L'effet de cette dimension peut s'expliquer par une amélioration de la méta-conscience qui permet une meilleure dissociation entre le contenu de la conscience et la représentation de soi (Hargus et al., 2010). Cette dimension a un impact moindre sur la santé psychologique en comparaison aux autres dimensions. Au regard de nos résultats, les capacités de description de l'expérience ont un effet indirect sur la santé via les compétences d'IE.

La dimension de non-réactivité (PC) est particulièrement associée à la régulation des émotions. Ce résultat est cohérent car un haut niveau de réactivité cognitive et émotionnelle risque par exemple d'entraîner des symptômes de dysrégulation émotionnelle (Segal et al., 2006). Or, la pratique et les dispositions de PC changent l'expérience émotionnelle et diminuent la réactivité émotionnelle (Erisman & Roemer, 2010; Ortner et al., 2007; Way et al., 2010). La posture particulière promue par la PC vis-à-vis de l'expérience des stimuli internes et externes

atténue les conséquences de l'exacerbation émotionnelle associée à la cognition (*e.g.* pensées intrusives et parasites), et plus particulièrement, l'interprétation d'une situation. En effet, l'humain se caractérise par sa capacité à construire facilement des modèles mentaux ou des simulations d'une situation pour envisager comment y répondre (Williams, 2010). Ces simulations peuvent devenir problématiques car elles sont difficiles à réfréner. Elles peuvent générer ou entretenir un vécu émotionnel qui devrait normalement s'éteindre de lui-même car les émotions sont brèves par définition. La PC ne suppose pas l'absence de réaction, mais plutôt la modification du mode de traitement classique et majoritairement verbal/conceptuel en un mode plus expérientiel, autrement dit, sensoriel et perceptif ou paraconceptuel (Brown et al., 2007 ; Williams, 2010). Nous pensons également que la posture et la méta-conscience promues par la PC, ainsi que les métacognitions qu'elles impliquent, facilitent le retour à un état de base et la récupération qui suivent l'exposition à un événement émotionnellement chargé (Brown et al., 2007; Hargus et al., 2010; Holas & Jankowski, 2013; van der Velden et al., 2015). La non-réactivité correspond en partie aux capacités de décentration ou de prise de distance vis-à-vis du contenu de la conscience, comme les émotions et les pensées émergentes. D'après nous, la décentration permet de limiter la submersion de l'individu par le vécu affectif et lui permet de prendre des décisions plus éclairées quant à la manière de répondre à une situation.

Le non-jugement est également associé à l'IE et notamment la compréhension des émotions. Ce résultat semble a priori paradoxal. En effet, l'évaluation d'une situation et la production d'opinions ou de jugements sur soi apportent des informations sur le vécu émotionnel d'un individu (*i.e.* causes, conséquences, stratégies de coping à privilégier ...). Toutefois nous supposons, notamment dans le cas des émotions négatives, que la dimension de jugement de l'esprit peut entraîner une volonté d'évitement ou de suppression des émotions désagréables ou difficiles à supporter (Hayes et al., 2004). Au contraire, une perspective de non-jugement facilite la considération des émotions et de leurs conséquences pour ce qu'elles sont. Elle limite la catégorisation des émotions comme « *bonnes* » ou « *mauvaises* » ce qui influe sur la manière de traiter et de gérer les émotions (Chambers et al., 2009; Erisman & Roemer, 2011). La dimension de non-jugement entraîne une plus grande facilité à se décentrer des stimuli émotionnels et cognitifs et elle limite l'incorporation des stimuli comme des faits appartenant à la représentation du soi (Berghmans 2008, p. 38-39). En résumé, la dimension de non-jugement pourrait favoriser la tolérance à l'exposition vis-à-vis d'expériences désagréables ou stressantes (Brown et al., 2015). De plus, le non-jugement est bénéfique pour améliorer la compassion de soi et limiter le blâme de soi, l'autodépréciation et les ruminations cognitives

(Carpenter et al., 2019; Petrocchi & Ottaviani, 2016). Ces résultats montrent que le non-jugement est associé à plusieurs facteurs psychologiques protecteurs de la santé des individus.

La dimension d'agir en PC est positivement associée à l'IE et à la santé psychologique dans notre étude. Elle est toutefois moins fortement associée en comparaison aux autres dimensions de la PC ce qui peut s'expliquer par la différence de signification entre une population de méditants avec une pratique régulière et la population générale sans pratique de PC (Grossman, 2011). La mesure utilisée dans notre étude renvoie à la concentration, la continuité de la conscience (*i.e.* limitation de l'impact des stimuli distrayants) focalisée sur le déroulement de l'expérience dans les activités quotidiennes ou non. Toutefois, cette dimension peut renvoyer pour des non-pratiquants (*i.e.* population générale) à une limitation des processus de pensées, des rêveries diurnes ou de l'automatisation de certaines tâches lors de la réalisation des activités quotidiennes. Or, la distraction est une stratégie de régulation émotionnelle typique qui dispose d'une certaine efficacité (Mikolajczak, 2014c, p. 167-169) et l'automatisation peut faciliter la réalisation de certaines tâches. Autrement dit, la signification de la dimension agir en PC pour des non-méditants peut s'opposer à des modes d'interaction avec l'environnement classiquement utilisés et qui ne sont pas forcément délétères. Toutefois, nous pensons que chez les pratiquants de PC, cette dimension agit sur la régulation émotionnelle en favorisant la génération d'affect positif (Jimenez et al., 2010), en encourageant le fait de savourer l'expérience présente ou « *savouring* » (Quoidbach et al., 2010) et en limitant le vagabondage de l'esprit et les ruminations cognitives (Gu et al., 2015; Petrocchi & Ottaviani, 2016). En effet, nous passons plus de la moitié de notre temps d'existence à penser au futur ou au passé, ce qui implique un risque important de ruminations ou d'abstraction de l'instant présent (Killingsworth & Gilbert, 2010). Agir en PC permet d'occuper le réservoir de ressources attentionnelles limitées dont dispose l'humain, ce qui atténue ces ruminations. L'idée sous-jacente à la dimension d'agir en PC se rapproche de la conception du « *flow* » qui correspond au fait d'être absorbé par une activité à tel point que les distracteurs n'ont que peu d'impact sur la focalisation attentionnelle. L'expérience de flow est généralement positivement associée à la santé psychologique. Toutefois dans le cadre du travail, celle-ci apparaît, notamment dans des contextes de charges de travail élevées, délétères pour la santé psychologique (Ilies et al., 2017). Il est possible que la focalisation attentionnelle de la dimension agir en PC apparaisse dans des contextes motivants, exigeants ou défiant, ce qui peut limiter son impact positif sur la santé psychologique. Une étude montre par exemple une relation quadratique entre l'activation physiologique et l'expérience de flow (Peifer et al., 2014). Autrement dit, le flow apparaît à un

niveau d'activation physiologique modéré. Si cette activation augmente, l'individu risque d'expérimenter du stress alors que si elle diminue, il est possible que l'absorption ne soit plus suffisante. De manière générale, les facettes attentionnelles de la PC sont moins fortement associées à la santé psychologique en comparaison aux dimensions attitudinales ou descriptives dans notre étude. C'est ce que l'on observe pour la dimension d'agir en PC mais également pour la dimension d'observation.

Dans la littérature, l'observation est une dimension aux résultats parfois négatifs ou inexistantes, et généralement, moins puissants en comparaison des autres dimensions de la PC (Baer et al., 2006; Rudkin et al., 2018). Elle est par exemple associée positivement à l'activation anxieuse (Desrosiers et al., 2013). En effet, l'attention centrée sur soi, ou présentement, la capacité à notifier l'apparition de stimuli internes ou externes peut faciliter la détresse psychologique et les difficultés d'adaptation chez les non-pratiquants (Baer et al., 2008). L'observation risque d'entraîner l'individu au contact de stimuli désagréables et difficiles à gérer pour les non-pratiquants de méditation et les débutants. En effet, les attitudes vis-à-vis de l'expérience dans la pratique de PC sont déterminantes dans la relation entretenue avec les stimuli identifiés et observés. Dans notre étude, la dimension d'observation conduit à un pattern de résultats proche de l'identification des émotions pour l'IE. Autrement dit, la notification de stimuli cognitifs, émotionnels et sensoriels serait pertinente pour la santé psychologique uniquement dans le cas où les autres compétences sont travaillées. De plus pour la dimension d'observation, il serait utile de dissocier l'identification des stimuli externes et internes, ainsi qu'accentuer la présence d'items en lien avec les facettes affectives et cognitives qui sont sous-représentées dans les items de la FFMQ sur cette dimension (Rudkin et al., 2018). En effet, certaines conditions d'observation de l'environnement externe (*e.g.* effet « *awe* » ; Schneider, 2017) ou certains stimuli comme les paysages de nature prodiguent des résultats positifs sur la santé (*e.g.* Velarde et al., 2007). Au contraire, l'attention centrée sur soi (*e.g.* Flory et al., 2000; Gendolla et al., 2005) et l'intéroception (Britton, 2019; Paulus & Stein, 2010) peuvent entraîner des conséquences délétères et maladaptatives sur la santé psychologique notamment lorsque l'individu est dans un état négatif.

Concernant les variables dépendantes, les compétences d'IE intra-individuelles sont de meilleurs prédicteurs de la santé psychologique des étudiants en comparaison avec les dimensions de la PC. Sur nos études corrélationnelles, nous ne disposons pas d'une population de soignants en activité. Les compétences les plus fortement associées à la santé psychologique sont l'identification, la compréhension et la régulation des émotions. Ces résultats sont

cohérents avec nos attentes. En effet, les émotions sont constitutives plus ou moins directement de la santé psychologique. La propension aux émotions positives s'inclut par exemple dans les approches sur le bien-être et à l'inverse, les émotions négatives sont associées à la détresse psychologique et la dépression. L'IE renvoie à notre manière, plus ou moins adaptative, d'agir avec les émotions et les situations émotionnelles (*i.e.* tendances comportementales). En conséquence, il nous paraît cohérent de constater que l'IE est un meilleur prédicteur de la santé psychologique en comparaison à la PC.

Dans nos modèles d'équations structurelles, l'identification prédit positivement le stress perçu, l'anxiété/dépression et négativement le bien-être ainsi que la résilience. Nous pensons que la prise de conscience des émotions peut avoir comme conséquence la persévérance et l'intensification des processus émotionnels et cognitifs associés. En effet, la reconnaissance des émotions est considérée comme prérequis aux autres compétences émotionnelles (Mikolajczak et al., 2009, p. 39-41 ; Joseph & Newman, 2010). Nous supposons que lorsque l'identification n'est pas complétée par les autres compétences (*i.e.* compréhension, régulation, utilisation), elle est susceptible d'entraîner des conséquences délétères notamment lorsque les émotions sont négatives ou difficiles à contrôler. Toutefois, l'identification est positivement et fortement associée aux autres compétences d'IE comme la régulation et la compréhension, ce qui semble confirmer notre supposition. Autrement dit, l'identification est généralement un prérequis aux autres compétences qui sont essentielles pour moduler a posteriori son impact. Ainsi, la question n'est pas seulement de savoir ce qu'il se passe, mais plutôt comment répondre à une émotion ou une situation émotionnellement chargée une fois la prise de conscience effectuée.

La compréhension et la régulation des émotions sont les deux compétences qui participent le plus à la santé psychologique des individus. Cela signifie qu'être capable de donner du sens aux émotions, créer du lien entre les déclencheurs et les conséquences émotionnelles et utiliser des stratégies efficaces pour contrôler l'intensité et la fréquence des émotions sont des capacités primordiales pour développer une gestion saine des émotions, limiter les facteurs de risques pour la santé psychologique et compléter la compétence d'identification des émotions. La compétence de compréhension est particulièrement associée aux besoins et aux valeurs d'un individu (Mikolajczak, 2009, p. 117-132). Autrement dit, il existe derrière chaque déclencheur émotionnel un besoin sous-jacent. C'est généralement la valence émotionnelle qui signale la satisfaction (*i.e.* émotions positives) ou l'insatisfaction d'un besoin (*i.e.* émotions négatives). Les émotions nous poussent donc à agir pour trouver des moyens susceptibles de répondre aux besoins et, *in fine*, favoriser l'épanouissement et

l'équilibre psychologique d'un individu. La compétence de régulation est particulièrement associée à la capacité d'un individu à implémenter correctement et efficacement des stratégies de régulation des émotions en situation (Mikolajczak et al., 2014, p. 135-219). Ces stratégies vont permettre d'atténuer ou de maximiser l'intensité et la fréquence d'apparition des émotions positives et négatives. Plus un individu est compétent dans la régulation des émotions, plus son répertoire stratégique sera diversifié (*i.e.* maîtrise et utilisation de stratégies variées) et fonctionnel (*i.e.* effet bénéfique pour l'individu).

Nos résultats interventionnels sont plus mitigés. Sur trois interventions, deux ne produisent pas de résultats (*i.e.* IFSI et IPA) et seulement une fonctionne dans le sens attendu (*i.e.* psychologie).

L'intervention auprès des étudiants en IFSI n'a pas produit d'effets significatifs bénéfiques ou délétères. Nous supposons que la principale raison de cette absence de résultat est le faible investissement dans les pratiques de PC et l'intérêt modéré des étudiants pour la formation prodiguée et les supports de cours partagés (Kotsou, 2019, p. 140-141 ; Hansenne, 2021). Le cadre de la formation peut également s'avérer problématique. En effet, le cours s'inscrivait dans leur cursus mais il n'y avait pas d'attentes particulières de l'institut (*e.g.* évaluation, rapport de stage, entretien sur le déroulé de la formation). La formation, bien que pertinente pour leur santé psychologique et la gestion de la sphère émotionnelle au travail, ne fait pas partie des compétences techniques d'une importance capitale pour la validation de leur diplôme et pour leur réussite professionnelle. En conséquence, les étudiants manquaient à la fois de motivation intrinsèque (*i.e.* intérêt et volonté d'apprendre pour développer leurs compétences personnelles) et extrinsèque (*i.e.* récompense instrumentale). Il est possible qu'une partie des étudiants ait considéré la formation comme une perte de temps. En effet, nous avons abordé dans notre introduction la charge de travail importante et les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontés les étudiants en santé, et plus particulièrement, les étudiants en IFSI. Face aux demandes de l'environnement, les étudiants étaient fatigués et occupés à d'autres tâches plus importantes (*e.g.* endormissement lors des séances ; travail sur d'autres domaines). Ils étaient peu disposés à s'investir dans une pratique régulière et sérieuse de PC, y compris pendant les séances. Enfin, l'intervention auprès des étudiants en IFSI était la première session de test de la formation. Il est donc nécessaire de questionner la compétence du formateur (*i.e.* doctorant), non seulement pour transmettre des connaissances, mais également pour s'adapter à son auditoire et à leurs attentes. Certaines corrections ont été menées

à la suite des demandes des étudiants, comme une réduction de la durée des pratiques pendant les séances. Nous souhaitons garder l'attention des étudiants jusqu'à la fin de la formation pour leur apporter une sensibilisation utile sur les thématiques abordées et contribuer à leur enrichissement personnel et intellectuel. Toutefois, ces modifications n'ont pas favorisé l'investissement personnel des étudiants bien qu'ils aient fait preuve d'une assiduité exemplaire au cours des séances malgré une présence qui n'était pas formellement obligatoire. Enfin, certains étudiants ont mentionné que le format en présentiel n'était pas forcément ce qu'ils préféraient, les salles de cours n'étant pas un environnement suffisamment sécurisé pour se sentir à l'aise lors des exercices de méditation.

L'intervention auprès des étudiants en psychologie a eu un impact significatif sur certaines compétences d'IE intra-individuelle. L'identification, la compréhension et le niveau général d'IE intra-individuelle augmentent significativement. Étonnamment, l'intervention n'a pas d'effets bénéfiques sur les dimensions de la PC. Même si la fréquence de pratique était plus importante par rapport aux échantillons en IFSI et en IPA, elle était plus faible en comparaison aux exigences d'un protocole MBSR. Deux facteurs expliquent ce constat. Premièrement, nous demandions une pratique d'intensité modérée (*i.e.* 2 à 3 fois par semaine) tout en expliquant l'investissement classiquement attendu dans les protocoles de PC. Deuxièmement, les étudiants ont rencontré des difficultés à l'intégration des pratiques dans leur quotidien ou n'ont pas ressenti le besoin de pratiquer régulièrement. L'objectif de cette consigne était de limiter la charge de travail des étudiants et les laisser libres de se saisir des pratiques sans contrainte. Le contexte d'intervention était légèrement différent en comparaison aux étudiants d'IPA et d'IFSI. Les étudiants ont volontairement candidaté pour s'inscrire à une formation qui leur permettait de valider une unité d'enseignement. Il était attendu en fin de formation un rapport de stage noté et un entretien qu'ils réalisaient entre eux pour obtenir leurs impressions sur les pratiques et le déroulé de la formation. À la différence des étudiants en IFSI, nous pensons qu'une partie de l'efficacité de la formation réside dans le cumul (Cerasoli et al., 2014 ; Fischer et al., 2019 ; Wijsman et al., 2019) ou plutôt l'interaction (Amabile, 1993; Lin et al., 2003) d'une motivation intrinsèque (*i.e.* intérêt personnel sur les thématiques et la découverte de nouvelles pratiques) et extrinsèque (*i.e.* nécessité de réaliser un rapport en se basant sur son vécu, obtention d'une note et validation ECTS de l'année d'étude). Nous pensons que la motivation extrinsèque des étudiants en psychologie était à un niveau relativement internalisé ce qui favorise ses effets bénéfiques (Ryan & Deci, 2000). Nous n'avons pas mesuré les différents niveaux de motivation ce qui ouvre des perspectives d'étude dans le domaine interventionnel. Cependant, quelques

résultats nous permettent d'appuyer nos suppositions. L'échantillon d'étudiants en psychologie est le plus intéressé et investi dans la formation en présentiel, comme en distanciel. La seule variable dépendante qui augmente de manière significative est le bien-être. L'augmentation de la dimension de compréhension des émotions et son lien avec l'identification et la satisfaction des besoins en sont probablement la cause. Autrement dit, la formation a partiellement atteint son objectif de préserver la santé psychologique des individus sans toutefois parvenir à améliorer la régulation des émotions ou la gestion du stress. L'absence d'effet sur le stress peut être influencée par l'augmentation importante de la compréhension et de l'identification des émotions. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre empirique, l'identification des émotions peut être délétère pour la santé psychologique des individus. Cet effet est compensé par la compréhension et la régulation des émotions. Autrement dit, l'effet atténuateur de l'IE sur le stress est limité par la forte augmentation de l'identification des émotions qui annule l'effet bénéfique de la compréhension. Dans une perspective hédonique, c'est peut-être le lien plus direct entre le bien-être et les affects d'un individu (*i.e.* balance émotions positives/négatives et humeur au quotidien) qui explique l'impact favorable de la formation via l'amélioration des compétences d'IE.

En IPA, nous n'observons aucune amélioration de la santé psychologique ou du niveau de PC et de compétences émotionnelles. Les étudiants en IPA ont une forte charge de travail à la fois universitaire et professionnelle, car ils réalisent une forme d'alternance pour la validation de leur diplôme. Ils ont également plus de responsabilités au niveau familial (*i.e.* enfants ...) qui s'ajoutent aux facteurs classiques de stress de la population étudiante. Comme pour les autres échantillons, nous constatons un faible niveau de pratique dû au manque de motivation à s'impliquer dans les exercices de PC. Comme pour les IFSI, les étudiants ont potentiellement privilégié les matières importantes pour la validation de leur année. Les étudiants en IPA ont une carrière professionnelle plus ou moins longue. La reprise d'études et les difficultés associées (*e.g.* âge) peuvent être plus importantes en comparaison avec des étudiants en formation initiale qui baignent dans les études depuis l'enfance avec peu de discontinuité (Murman, 2015). L'agencement des séances, qui étaient fractionnées et dispersées dans le temps, est une raison possible de la perte progressive d'étudiants pendant la formation mais également du manque de cadrage des pratiques en dehors des cours. Les étudiants en IPA ont une moyenne d'âge plus élevée en comparaison à nos deux autres groupes, ce qui est positivement associé au niveau d'IE (*e.g.* Brasseur et al., 2013; Marvos & Hale, 2015). Nous pensons également que l'expérience professionnelle (Shipley et al., 2010) acquise au cours des

années et dans ce cadre, les situations relationnelles exigeantes au niveau émotionnel et empathique, renforcent particulièrement cet effet (van Dusseldorp et al., 2011). L'exercice du métier de soignant est susceptible de développer le niveau de compétences d'IE en tant que tel, du fait de la confrontation aux difficultés inhérentes au métier. Cela risque d'atténuer les effets des formations destinées à développer l'IE chez les soignants en raison de leur expertise déjà élevée. Nous avons également remarqué que les aspects théoriques ne sont peut-être pas particulièrement attendus en IPA en comparaison aux autres groupes. Ils sont considérés comme superflus au regard de la densité importante des contenus théoriques dans les autres matières de leur master.

9.3. Implications théoriques

Nous tirons plusieurs informations pertinentes de notre étude. Premièrement, les dimensions de la PC ne sont pas associées systématiquement et de la même manière avec les compétences d'IE et les différentes variables de santé psychologique. Ces résultats soutiennent l'idée que les mécanismes sous-jacents aux facettes de la PC sont distincts et interagissent entre eux (Bednar et al., 2020). Nous considérons qu'il est important de prendre en compte les aspects dimensionnels du construit de PC et d'IE. L'identification de ces processus spécifiques permettrait de mieux comprendre le fonctionnement de la PC et de l'IE ainsi que leur impact positif sur la santé psychologique mais également les limites de ces approches. Par exemple, la décentration et la re-perception (Shapiro et al., 2006) agiraient comme un méta-mécanisme qui entraîne le fonctionnement d'autres mécanismes comme le contrôle de soi, la clarification des valeurs, la flexibilité cognitive ou encore l'exposition (Brown et al., 2015). Ce sont ces mécanismes qui expliqueraient en partie l'impact favorable de la PC sur la santé psychologique. Il serait intéressant d'observer les liens entre les compétences émotionnelles et ces mécanismes pour déterminer quels sont les processus de la PC qui supportent l'IE.

Deuxièmement, les dimensions attitudinales de la PC semblent plus fortement associées à la santé psychologique et à l'IE en comparaison aux dimensions attentionnelles dans notre étude (Emerson et al., 2018). Nous pensons que ces résultats sont pertinents dans une perspective cognitiviste et émotionnelle du fonctionnement psychologique. En effet, l'interprétation d'une situation et l'évaluation de l'environnement sont déterminantes pour la régulation émotionnelle, cognitive et comportementale. Notre étude supporte cette idée. En

effet, elle montre que les dimensions attitudinales qui retranscrivent la manière d’entrer en relation avec l’environnement sont les plus impactantes pour la santé psychologique (*i.e.* stress et bien-être). Ces résultats sont en partie cohérents avec la littérature qui montre que les facettes attentionnelles de la PC sont moins prédictives de la santé humaine comparativement aux dimensions attitudinales (Emerson et al., 2018) mais cela dépend des dimensions, des variables dépendantes mesurées ainsi que des populations étudiées (Desrosiers et al., 2013). Par exemple, la dimension d’agir en PC semble particulièrement importante pour les comportements de santé (Sala et al., 2020) et elle prédit aussi bien les symptômes affectifs que le non-jugement (Carpenter et al., 2019). Toutefois, dans le cadre de la dépression, ce serait l’attitude de non-jugement qui prédirait le mieux l’occurrence de ruminations sur le long terme (Petrocchi & Ottaviani, 2016). Les études montrent que l’observation est la facette la moins associée à la santé psychologique (Carpenter et al., 2019; Sala et al., 2020) ce qui suggère un besoin de réévaluer la formulation des items (Petrocchi & Ottaviani, 2016).

Troisièmement, nous constatons que la capacité à décrire l’expérience est fortement associée à la compréhension des émotions. Cette capacité pourrait permettre d’obtenir plus facilement les informations nécessaires pour donner du sens aux émotions et aux conséquences qu’elles engendrent sur le fonctionnement individuel (Iani et al., 2019; Jacobs et al., 2016). Nous pensons que ce facteur est particulièrement associé aux capacités méta-cognitives (*i.e.* réflexions et connaissances associées aux processus psychologiques) ou de méta-conscience (*i.e.* conscience du contenu de la conscience). En ce sens, le monitoring continu du contenu de la conscience et les informations qui en découlent (Dunne et al., 2019) peuvent se retranscrire par la récupération et la verbalisation de l’expérience interne. La dimension de description serait alors une manière de reporter les traces de l’activité de méta-conscience (Bernstein et al., 2019). Ce lien appuie la pertinence des exercices visant à décrire une ou plusieurs expériences émotionnelles pour favoriser la conscientisation et la compréhension des émotions en modalité individuelle ou groupale.

Quatrièmement, la motivation, l’engagement dans les pratiques ainsi que l’intérêt porté à la formation et aux pratiques de PC semblent faire partie des principaux facteurs explicatifs du manque d’effets bénéfiques de la PC. Nous pensons que ces facteurs sont déterminants dans l’efficacité du développement de la PC (Dobkin & Zhao, 2011; Hawley et al., 2014; Parsons et al., 2017) et de l’IE (Munir & Azam, 2019 ; Kotsou, 2009, p. 140-141). Plusieurs pistes peuvent être explorées d’après nos résultats. À l’inverse de nos convictions initiales, la généralisation et l’intégration d’une approche de promotion de la santé psychologique basée sur la PC dans le

curus des étudiants semblent compromises. Il existe trop de variabilité inter-individuelle sur l'intérêt porté aux pratiques de la PC et la motivation à s'investir dans un programme pour développer des compétences psychologiques. Nous pensons qu'il est plus pertinent d'adapter un programme en fonction des besoins et des aspirations des différentes populations ciblées tout en laissant l'inscription optionnelle.

Cinquièmement, les professionnels de santé semblent développer leurs compétences d'IE au fur et à mesure du temps (Marvos & Hale, 2015) en raison de la nécessité d'adaptation aux situations de travail, quelle que soit la formation reçue au préalable. Autrement dit, une part importante des compétences émotionnelles se développe dans un contexte réel en réponse aux situations vécues par l'individu et grâce au gain d'expérience (Nightingale et al., 2018). Ce résultat est similaire chez la population générale où l'âge est associé avec l'augmentation des compétences d'IE (Brasseur et al., 2013). Toutefois dans notre étude, nous ne pouvons pas déterminer précisément l'origine de cet effet. Est-ce la conséquence d'un biais de complétion des questionnaires, d'un effet de développement lié aux apprentissages et à la confrontation à différentes expériences professionnelles ou extra-professionnelles ou d'une modification de la représentation de soi ? Il serait intéressant de statuer sur cette question pour mieux comprendre les facteurs qui enrichissent les compétences individuelles dans le cadre de l'exercice des professions soignantes. Cela pourrait permettre la conception de situations types et de programmes spécifiques pour exercer les futurs soignants grâce à une mise en situation ou à la réalité virtuelle (Dugué et al., 2021; Jiménez-Picón et al., 2021). Nous pouvons également émettre l'hypothèse d'une plus grande difficulté à obtenir des bénéfices à la suite d'une formation de promotion de la santé psychologique basée sur l'IE chez les professionnels de santé aguerris. Nous pensons que les besoins et les attrait des salariés ainsi que ceux de l'organisation devraient idéalement être analysés en amont pour mieux cibler les possibilités d'interventions et leur efficacité prévisionnelle.

Sixièmement, nous pensons qu'il faut apporter une attention spécifique aux effets potentiellement négatifs de la PC (Britton, 2019; Schindler et al., 2019) et de l'IE (Davis & Nichols, 2016; Kilduff et al., 2010). Nous avons plus facilement observé ces effets pour la PC dans les éléments discursifs tirés des entretiens semi-directifs. Il est important d'inclure systématiquement dans les études interventionnelles sur la PC une méthodologie mixte (*i.e.* quantitative et qualitative) pour obtenir un éventail d'informations plus large et plus précis sur le vécu de la formation et les difficultés traversées par les participants.

9.4. Implications pratiques

Notre étude permet d'envisager plusieurs pistes concrètes concernant la mise en place d'interventions auprès des étudiants et des professionnels de santé. Nous supportons l'idée que les compétences psychosociales sont importantes pour préserver la santé mentale des personnels, notamment dans les métiers avec une forte composante émotionnelle et relationnelle. Toutefois, les interventions de ce type sont confrontées à plusieurs problématiques dont l'efficacité et le retour sur investissement ne sont pas systématiques.

Tout d'abord, nous pensons que ces dispositifs sont plus efficaces lorsque l'inscription est libre (Lyubomirsky et al., 2011). En effet, nous supposons que cette première démarche dénote l'intérêt des candidats et une forme d'engagement dans un contexte de libre choix. Ce contexte est susceptible de favoriser l'adhésion et la rétention des participants. Au début de ce travail de recherche, nous défendions l'idée d'inclure directement ce type de formation psychologique dans le cursus obligatoire des étudiants. Nous doutons que ce cadre soit le plus efficace pour promouvoir la santé psychologique, à l'image des « *obligations de soins ou injonctions thérapeutiques* ». Bien que nécessaires, elles peuvent être délétères ou bénéfiques dans le travail thérapeutique et les processus de guérison psychique en fonction des individus (Facy et al., 2005; Scroccaro, 2012). Pour les étudiants, la création d'options dans lesquelles ils s'inscriraient de leur propre initiative, tout en étant utiles à la validation de leur année, serait un juste milieu. Pour les professionnels, l'enrichissement des catalogues de formation par des modules sur la santé mentale pourrait être proposé aux personnels en demande ou en situation de souffrance.

Il serait possible d'initier les réflexions sur la santé via des sensibilisations courtes et implicatives pour fournir un socle commun de connaissances sur les problématiques psychologiques et les possibilités offertes pour y faire face. Ces séances permettraient le développement de l'intérêt des individus pour ces problématiques, tout en permettant l'identification et l'orientation des étudiants et des professionnels en fonction de leurs besoins, de leur niveau de vulnérabilité face aux facteurs de dégradation de la santé psychologique et des possibilités d'intervention variables suivant les contextes. En parallèle de ces sessions, il faut fournir des ressources en ligne suffisantes pour compléter et approfondir les sensibilisations tout en étoffant les catalogues de formation basés sur la prévention des risques et la promotion de la santé dans le milieu professionnel et étudiant.

Notre étude questionne la motivation et l'engagement des participants, notamment lorsque le développement de compétences psychologiques nécessite un investissement en temps et en ressources en dehors des heures de formation (Dobkin & Zhao, 2011; Hawley et al., 2014; Lyubomirsky et al., 2011; Parsons et al., 2017). Cet investissement n'est pas forcément subjectivement souhaité ou objectivement possible du côté des salariés et des étudiants. Nous pensons que cela complique la tâche, car le faible niveau de motivation est un obstacle majeur à la prise en main de la santé par l'individu (Doyle et al., 2019; Hardcastle et al., 2015; Moran et al., 2023). Il faut déterminer les principaux facteurs d'influence qui, dans un contexte de formation, permettent d'obtenir des leviers opérationnels efficaces pour mieux guider le travail des formateurs en amont, en cours et à la suite d'une formation. Nous suggérons l'exploration du cumul de différents niveaux motivationnels (*i.e.* extrinsèque et intrinsèque) pour maximiser la rétention, la satisfaction et l'engagement à l'égard des pratiques de santé promues. Enfin, même si cela semble difficilement réalisable d'un point de vue opérationnel, le travail en amont sur les besoins individuels, les attentes en termes de développement des compétences et d'amélioration de la santé, ainsi que les caractéristiques individuelles des participants sont des pistes pour améliorer l'efficacité des interventions (Proyer et al., 2015; Tamagawa et al., 2012). Ces éléments faciliteraient l'orientation des individus et l'adéquation des formations avec leurs attentes, leurs intérêts et leurs aspirations.

Le ciblage de compétences spécifiques (*e.g.* compréhension des émotions ; acceptation) peut apporter des améliorations aux interventions. D'une part, ce ciblage permettrait de concevoir des formations courtes pour un déploiement plus rapide, plus simple et moins exigeant en matière d'investissement individuel et organisationnel et, d'autre part, ces interventions pourraient favoriser l'efficacité du développement de compétences en concentrant les efforts sur un nombre réduit de facteurs psychologiques, d'exercices et de mises en situation. Toutefois, le ciblage d'un aspect spécifique du bien-être est moins efficace par rapport aux interventions plus générales (Koydemir et al., 2021). Chercher si ces résultats sont similaires dans les interventions visant le développement de l'IE est une piste de recherche manifeste.

Le cadre et le contexte de l'intervention sont importants (Durlak & DuPre, 2008; Kotsou et al., 2011). Nous pensons que la régularité du déroulé d'une formation permet d'impulser et de maintenir une dynamique d'engagement chez l'individu. Nous avons été confrontés à des difficultés opérationnelles dans la planification de certaines séances, notamment auprès des professionnels qui disposent de moins de temps au quotidien. Ces difficultés demandent une certaine flexibilité, toutefois le manque de régularité des séances est un frein possible aux

apprentissages et à l'investissement. L'environnement dans lequel se déroulent les séances est également important notamment chez les étudiants. En effet, quelques étudiants ont fait part de leurs difficultés à s'impliquer pleinement dans les pratiques en cours. Ils préféreraient s'exercer seuls, dans un cadre plus sécurisé et intime comme le domicile.

Il est possible qu'un public déjà « *expert* » ou a minima, compétent dans la gestion des émotions et du stress, profite dans une moindre mesure des bénéfices d'une formation sur les compétences adaptatives (Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Gawrysiak et al., 2018; Kotsou et al., 2011; Tamagawa et al., 2012). Il serait intéressant d'étudier les expériences professionnelles et privées qui influent sur le développement de compétences psychologiques. Ces informations pourraient être pertinentes pour concevoir et adapter les formations auprès de cette population (e.g. mise en situation, étude de cas ...).

Les effets du formateur et du contexte doivent être étudiés avec plus de précision pour déterminer la part des facteurs dépendants du formateur et comment agir sur ces facteurs. Tout d'abord, nous pensons aux facteurs typiques comme le degré d'expertise dans le domaine, l'expérience professionnelle, le format et le type de formation suivie (Deal et al., 2011), ainsi que les compétences pédagogiques. Toutefois, le degré d'expérience ne semble pas systématiquement bénéfique aux interventions basées sur la PC ce qui suggère que d'autres facteurs sont possiblement à l'œuvre (Burnett-Zeigler et al., 2019). Des variables supplémentaires qui dépendent du formateur, du contexte et de l'environnement, des participants, mais aussi des interactions entre les participants et le formateur, peuvent jouer dans l'efficacité d'une formation telles que : auto-efficacité et compétences perçues, évaluation des caractéristiques du formateur (e.g. attractivité, traits de personnalités, sexe ...), qualités relationnelles, qualité des feedbacks informatifs, support perçu, cadrage de la formation et connaissances préalables des participants (Bailey et al., 2000; Cayır & Ulupınar, 2021; Levy et al., 2009; Tai, 2006; Thomas et al., 2019; Westfall et al., 2016). Nous supposons également que les intentions des participants et la cohérence de la formation dans le cadre de leurs objectifs professionnels peuvent jouer un rôle dans l'efficacité d'une formation. En effet, les étudiants en psychologie suivent la formation à la fois pour leur intérêt personnel mais également pour apprendre des techniques utiles dans leur futur exercice professionnel auprès des patients. Au contraire, les étudiants en IFSI profitaient moins de ce facteur qui a pu jouer sur la motivation des participants.

Enfin, nous nous questionnons sur la validité des outils quantitatifs utilisés comme seul moyen de mesure du changement pré-post intervention. Sans même évoquer les nombreux biais

associés à ces méthodes d'évaluation (Bauhoff, 2011; Caputo, 2017) et plus généralement aux études scientifiques (Althubaiti, 2016), nous pouvons être confrontés à la problématique suivante : lorsque nous formons des individus à des compétences psychologiques, ils sont susceptibles d'auto-évaluer leur niveau de compétence avec plus de précision en comparaison à des sujets « *naïfs* » (Bergomi et al., 2013). De plus, même si les outils quantitatifs ne permettent pas d'identifier une variation sur les domaines mesurés, cela ne signifie pas nécessairement que les individus n'ont pas bénéficié d'un effet salubre de la formation. Nous pensons qu'il est intéressant, lorsque le contexte le permet, d'utiliser une procédure mixte (*i.e.* quantitative et qualitative) de recueil des données.

9.5. Limites

Nos différentes études sont confrontées à plusieurs limites spécifiques aux protocoles. Nous allons aborder plus généralement les limites associées à la PC et au développement de compétences psychologiques au niveau individuel.

Nos premières études sont basées sur des questionnaires et des tests d'associations. La justification des liens fait sens du point de vue théorique, mais aucun lien de causalité ne peut être formellement démontré par cette méthode. Pour répondre en partie à cette problématique, nous avons testé l'efficacité d'une formation basée sur l'IE et la PC. Le bénéfice attendu en termes d'amélioration des compétences et de promotion de la santé est plus difficile à observer dans une étude interventionnelle comparativement aux études corrélationnelles. Les expérimentations basées sur le développement de compétences psychologiques, et notamment celles qui s'appuient sur la pratique de PC, sont confrontées à de nombreuses limites dont certaines sont insolubles. Par exemple, il n'est pas possible de tester une formation dans un véritable protocole en double aveugle car les participants auront connaissance de leur assignation à une condition incluant ou non la PC (Davidson & Kaszniak, 2015). De plus, les participants et le formateur sont généralement conscients de l'objectif de l'intervention (*i.e.* développement de la PC et des compétences psychologiques associées). À cela s'ajoute le manque d'une condition contrôle dans les phases interventionnelles de nos études. Il faudrait que l'intervention contrôle s'appuie sur d'autres techniques, demande un investissement similaire (*i.e.* quantité d'exercice ...) et soit conduite avec un objectif général similaire (*i.e.* dans notre cas, promotion de la santé psychologique et des compétences d'adaptation). Il existe

par exemple un protocole de ce type (Programme d'amélioration de la santé ; MacCoon et al., 2012) qui partage les caractéristiques clés d'un programme MBSR sans s'appuyer sur la PC.

Les questionnaires utilisés dans nos études sont des instruments de mesure nécessaires mais ils sont soumis à de nombreux biais. Plus particulièrement dans notre domaine d'études, les capacités d'adaptation et la gestion efficace des émotions sont valorisées au niveau social et individuel. Les études de psychologie positive évaluent des tendances comportementales positives et sont particulièrement sujettes aux biais d'autocomplaisance, d'auto-dévalorisation ou de désirabilité sociale. Nos études reposent sur les présupposés suivants : l'honnêteté des participants et leur capacité à auto-évaluer avec justesse leurs compétences. Les questionnaires auto-rapportés mesurent la représentation que l'individu a de lui-même et donc, une compétence perçue plutôt qu'objective. Est-ce que l'individu est capable de s'évaluer correctement, et dans le cadre de l'IE et de la PC, est-ce que les processus captés par les mesures auto-rapportées sont les mêmes entre différents niveaux d'entraînement et de compétences ? Cela représente une limite majeure pour les études dans le domaine de la psychologie. Concernant la PC, il est possible d'imaginer d'autres méthodes d'évaluation comme l'EMA (*i.e.* évaluation momentanée écologique ; Dockray et al., 2010; Killingsworth & Gilbert, 2010) qui limite les biais de rappel, mais qui augmente la charge de travail des participants. L'évaluation de la PC peut également reposer sur des mesures indirectes du vagabondage de l'esprit lors de la réalisation de tâches attentionnelles ou de PC (Davidson & Kaszniak, 2015). Nous pourrions par exemple mesurer avant et après une intervention la réactivité physiologique et cognitive à des stimuli émotionnels, ce qui permettrait d'évaluer la dimension de non-réactivité. Nous pourrions également proposer des situations qui incitent à émettre un jugement sur soi, sur autrui et son environnement pour quantifier les jugements et la capacité à prendre du recul vis-à-vis de ceux-ci.

Nous avons été confrontés à des limites en termes de population. Nos échantillons sont relativement restreints, plus particulièrement pour les phases interventionnelles, ce qui limite la puissance statistique, la généralisation des résultats ainsi que la possibilité de mener des analyses complémentaires (*e.g.* création de sous-groupes pour observer l'effet de la motivation et de la satisfaction). Nos populations appartiennent au domaine de la santé mais diffèrent sur leur niveau d'expertise (*i.e.* étudiants en formation initiale *vs.* étudiants en formation continue avec expérience professionnelle) et la finalité de leur pratique (*i.e.* soins physiques *vs.* soins psychiques). Ces paramètres peuvent jouer sur les attentes des participants en matière de pratiques et d'enseignements lors des phases interventionnelles. Dans notre cas, des correctifs

ont été apportés pour réduire le temps des pratiques, considéré comme trop long chez les étudiants en IFSI, ce qui risquait de fragiliser l'adhésion des participants. Au contraire, certains étudiants en IFSI, IPA et psychologie considéraient que le nombre de pratiques était insuffisant ou que les cours auraient bénéficié d'une partie théorique moins dense, plus particulièrement chez les étudiants en IPA. Le format groupal impose donc une difficulté supplémentaire qui est la satisfaction générale des participants qui n'ont pas les mêmes attentes. De plus, les contraintes associées au contexte interventionnel nous ont forcés à adapter notre protocole à plusieurs reprises. Nous devons par exemple éviter de demander un rapport de stage ou une évaluation notée pour les étudiants d'IFSI. Nous avons également légèrement modifié le contenu de la formation entre IFSI et psychologie, et nous avons dû fortement condenser la formation pour les étudiants en IPA pour parvenir à l'insérer dans leur emploi du temps très chargé. Ces différences inter-groupes et contextuelles créent des difficultés supplémentaires dans la standardisation des approches et la comparaison inter-groupe.

Nous avons perdu des participants pendant le suivi de la formation. Chez les étudiants en IFSI, deux étudiants ont refusé de suivre la formation, d'autres ont progressivement diminué la qualité de leur suivi malgré leur présence en cours et une dizaine d'étudiants n'ont pas rempli la deuxième phase du questionnaire. Chez les étudiants en psychologie, plusieurs étudiants ont raté des séances. Chez les étudiants en IPA, plusieurs étudiants ont arrêté en cours de formation ou raté quelques séances, soit car ils manquaient de temps, soit parce que les techniques utilisées ou plus généralement la PC ne les intéressaient pas suffisamment et ne comblaient pas leurs attentes en ce qui concerne l'efficacité. La motivation et l'intérêt ont probablement été déterminants pour la satisfaction relative aux apprentissages et l'efficacité des interventions. Nos études sont limitées sur les conclusions qu'elles tirent de l'efficacité des pratiques de PC pour le développement de l'IE car le taux de pratique était faible et diffus en comparaison à un protocole MBSR ou MBCT. La PC nécessite une pratique régulière entre chaque séance, et la plupart des participants n'ont pas ou peu pratiqué. L'engagement des participants dans une pratique de santé est donc une difficulté majeure à l'efficacité interventionnelle. Nous conseillons de renforcer les mesures de la fréquence des pratiques de PC et de la réalisation des exercices d'une formation pour déterminer avec précision l'impact de ces variables sur l'efficacité d'une intervention. Notre étude dispose d'une mesure indicative et non répétée. En réponse, une méthode consisterait à construire un instrument de mesure valide scientifiquement pour réaliser des mesures à chaque séance sur les pratiques réalisées depuis la séance précédente pour limiter les biais de récupération/évaluation. L'idéal serait de produire un recueil quotidien

du temps et des types de pratiques réalisées. Cette solution n'est pas idéale car la lourdeur d'un tel protocole, le contrôle quotidien et l'impact sur la culpabilisation peuvent être néfastes pour les participants.

Le faible niveau d'expérience du formateur peut être une limite. En effet, le doctorant chargé de la formation était débutant dans la pratique de la PC. Même s'il disposait d'un diplôme universitaire sur la PC, il n'était pas un instructeur MBSR reconnu. Ce type de diplôme demande un investissement conséquent sur plusieurs années à la manière des spécialisations dans un courant thérapeutique. Il aurait été intéressant d'observer les effets de la formation prodiguée par un formateur expérimenté en comparaison à celle réalisée par le doctorant. À noter, la différence d'effet s'explique peut-être par le gain d'expérience et de confiance du doctorant entre la première session d'intervention avec les étudiants en IFSI et la seconde avec les étudiants en Psychologie. Nous conseillons de suivre les recommandations issues de la littérature et de mesurer avec plus de précisions les attentes, la satisfaction et l'évaluation de l'enseignant par les participants en utilisant des questionnaires construits à cet effet (Davidson & Kaszniak, 2015).

Une autre limite propre à la PC et aux techniques associées est la contradiction entre l'aspiration des pratiquants à la recherche de l'amélioration du bien-être alors que les bénéfices de la pratique sont considérés par les auteurs comme « *secondaires* ». Autrement dit, la PC se pratique sans avoir d'attentes particulières, car la pratique risque d'être parfois ou souvent désagréable et difficilement supportable pour des pratiquants débutants (*e.g.* douleurs physiques, absence d'effets de relaxation, sensations et émotions insoutenables, flots de pensées incessantes ...). En IPA, une partie des étudiants qui arrêtaient les séances avançaient le manque de bénéfices observés ou d'aspects relaxants des pratiques. Nous avons identifié que les participants en psychologie utilisaient particulièrement la PC comme un outil avec un objectif bien spécifique, comme la diminution du stress ou de leurs angoisses. Il n'est pas étonnant que la PC soit utilisée avec des attentes plus ou moins importantes de diminution de la souffrance mais c'est contradictoire avec l'essence de la pratique (*i.e.* porter son attention sur l'instant présent et sans jugement). L'insatisfaction de ces attentes risque de créer de la frustration dans le cas où la technique n'est pas efficace telle qu'imaginée. Les effets bénéfiques mettent généralement un certain temps à se mettre en place, ils ne sont pas systématiques et les techniques utilisées peuvent ne pas correspondre à tous les participants. Il faudrait peut-être travailler sur les représentations et les attentes associées vis-à-vis de la PC en insistant sur les effets à moyen-long terme et non uniquement à court terme, immédiatement après la pratique

méditative. Ce travail pourrait mettre une distance entre l'exercice et les bénéfices escomptés. Il faut également prendre en compte les effets potentiellement délétères de la méditation dans certains cadres, auprès de certaines personnes ou populations spécifiques. Il faut prendre des précautions dans la mise en œuvre de la PC et suivre attentivement les retours des participants pendant les séances. Une autre problématique est la diversité et la variété des conceptualisations et des entraînements de PC que ce soit dans la littérature scientifique ou dans les enseignements traditionnels (Davidson & Kaszniak, 2015; Grossman, 2011). Il faut décrire précisément l'orientation théorique, les pratiques utilisées et leur déroulement. Nous fournissons en annexes les scripts des principaux exercices utilisés (*cf. annexe n° 11-19*).

9.6. Conclusion et ouverture

Ce travail de thèse supporte l'intérêt des techniques de développement des compétences psychologiques comme levier opérationnel pour la promotion de la santé et la prévention des risques associés à l'exposition répétée à un environnement complexe. En effet, les pressions issues de l'environnement impactent la santé psychologique et physique des individus. La psychologie dispose d'outils pour armer les individus en renforçant leurs compétences adaptatives comme l'IE dans le domaine de la gestion des émotions et la PC dans le domaine attitudinal, cognitif et attentionnel. Toutefois, ces méthodes ne sont pas un remède miracle face à la souffrance psychologique et à la vulnérabilité des étudiants et des professionnels de santé. Nos travaux montrent que les interventions ne sont pas systématiquement efficaces ou attendues par les différentes populations. Elles se positionnent comme une solution parcellaire à une problématique globale de santé mentale. Pour atténuer l'émergence de troubles psychopathologiques et les difficultés de santé, il est nécessaire d'agir sur plusieurs fronts : les ressources individuelles (*e.g.* compétences psychologiques), les ressources environnementales (*e.g.* possibilité d'accéder à un soutien psychologique), les facteurs de risques (*e.g.* limiter l'isolement social et la précarité des étudiants) et les facteurs protecteurs (*e.g.* pratiques sportives, épanouissement au travail). Notre étude se contente des aspects individuels et propose quelques pistes sur les possibilités d'implémentation de ressources environnementales comme des programmes de formation. Il est important d'agir dans une perspective holistique qui considère la santé de l'individu dans sa globalité en rassemblant une intrication de facteurs psychologiques, physiques, environnementaux et sociaux.

Nos travaux pondèrent les résultats de la littérature car nous avons été confrontés à des difficultés interventionnelles. Les limites et les réflexions théoriques issues de nos résultats nous permettent d'envisager plusieurs domaines de recherche à investiguer. Il faut étudier avec plus de précision les ingrédients de réussite d'une formation basée sur les outils en psychologie. Nous pensons notamment à l'effet du formateur, l'effet de l'alliance entre le formateur et le groupe et les effets associés aux liens qui se tissent au sein d'un groupe interventionnel. Une part de l'efficacité des interventions MBSR/MBCT repose probablement sur le soutien social et les relations positives qui peuvent se mettre en place entre les participants. Nous pensons que la motivation et l'investissement des participants jouent un rôle capital pour l'efficacité des formations. Ce constat questionne : les caractéristiques des individus/populations motivés à développer leurs compétences psychologiques et à améliorer leur bien-être ; la possibilité de motiver les individus en général ; les outils pour faciliter la motivation des participants. Nos réflexions théoriques nous poussent à envisager des processus explicatifs de la PC et de l'IE comme la méta-conscience et les capacités méta-cognitives. Il serait intéressant de mieux comprendre leur implication dans la promotion de la santé des individus, et plus particulièrement, leur rôle dans la gestion du stress et des émotions. Notre étude s'est centrée sur l'IE intra-individuelle car la PC représente un travail principalement tourné vers soi. Nous pensons qu'il serait pertinent d'explorer les possibilités d'adaptation des programmes de PC pour le développement de compétences sociales, tournées vers les autres, comme l'IE inter-individuelle. Il serait par exemple possible d'insister sur les exercices d'échanges et d'écoute active entre les participants, et la réflexivité sur leur expérience en PC de l'écoute d'autrui.

L'approche individuelle que nous proposons dans nos travaux n'est pas suffisante pour couvrir les problématiques de santé dans leur globalité. Il n'est pas simple d'influer sur les tendances comportementales, la gestion du stress et le bien-être des individus. Une approche individuelle risque de laisser reposer la responsabilité des difficultés uniquement sur l'individu. La littérature nous montre que nous ne sommes pas impuissants face à la souffrance psychologique. Cependant, il ne faut pas négliger les facteurs environnementaux comme les risques psycho-sociaux. L'intervention au niveau individuel et groupal fait office de prévention secondaire et tertiaire. Elle permet d'armer les individus en développant les ressources (*i.e.* prévention secondaire) et le cas échéant, traiter les conséquences d'une situation délétère en établissant des solutions aux problématiques déjà existantes et subies par les individus (*i.e.* prévention tertiaire). Ces solutions sont partielles et temporaires car elles doivent être complétées par des modifications de l'environnement de travail. Comme nous l'avons

mentionné, certains facteurs environnementaux sont inhérents aux professions soignantes et ne peuvent être changés. Il est toutefois possible d'agir à de nombreux niveaux comme l'organisation du temps et de la charge de travail, la culture de l'entreprise, le respect des valeurs, l'environnement de travail ou encore le matériel à disposition. Pour cela, il faut anticiper les facteurs de risques, déterminer la marge de manœuvre pour limiter leur émergence dans le contexte du travail et mobiliser les organisations dans une optique de promotion de la santé (*i.e.* prévention primaire). La santé d'un individu ne dépend pas uniquement de facteurs personnels et environnementaux, mais plutôt de l'interaction entre un individu et son environnement. À partir de ce constat, le développement des compétences individuelles s'avère complémentaire de la modification des facteurs de risques environnementaux.

10. Bibliographie

- Abolghasemi, A., & Varaniyab, S. T. (2010). Resilience and perceived stress : Predictors of life satisfaction in the students of success and failure. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 748-752. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.178>
- Akbari, A., & Khormaiee, F. (2015). The Prediction of Mediating Role of Resilience Between Psychological Well-Being and Emotional Intelligence in Students. *International Journal of School Health*, 2(3), 1-5. <https://doi.org/10.17795/intjsh-26238>
- Akgun, S., & Ciarrochi, J. (2003). Learned Resourcefulness Moderates the Relationship Between Academic Stress and Academic Performance. *Educational Psychology*, 23(3), 287-294. <https://doi.org/10.1080/0144341032000060129>
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research : Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 211. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- Amabile, T. M. (1993). Motivational synergy : Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace. *Human Resource Management Review*, 3(3), 185-201. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(93\)90012-S](https://doi.org/10.1016/1053-4822(93)90012-S)
- Ansari, W. E., Oskrochi, R., & Haghgoo, G. (2014). Are Students' Symptoms and Health Complaints Associated with Perceived Stress at University? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), Article 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph111009981>
- Anwer, S., Manzar, M. D., Alghadir, A. H., Salahuddin, M., & Abdul Hameed, U. (2020). Psychometric Analysis of the Perceived Stress Scale Among Healthy University Students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2389-2396. <https://doi.org/10.2147/NDT.S268582>
- Apter, G., Mellier, D., & Saint-Cast, A. (2010). Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? *Enfances Psy*, 49(4), 9-13.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001>
- Armenta, C. N., Fritz, M. M., & Lyubomirsky, S. (2017). Functions of Positive Emotions : Gratitude as a Motivator of Self-Improvement and Positive Change. *Emotion Review*, 9(3), 183-190. <https://doi.org/10.1177/1754073916669596>

- Armstrong, A. R., Galligan, R. F., & Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences, 51*(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.03.025>
- Arnetz, B. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care, 11*(4), 345-351. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.345>
- Arsandaux, J., Montagni, I., Macalli, M., Texier, N., Pouriél, M., Germain, R., Mebarki, A., Kinouani, S., Tournier, M., Schuck, S., & Tzourio, C. (2021). Mental health condition of college students compared to non-students during COVID-19 lockdown: The CONFINS study. *BMJ Open, 11*(8), e053231. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053231>
- Ashkanasy, N. M., & Daus, C. S. (2005). Rumors of the Death of Emotional Intelligence in Organizational Behavior Are Vastly Exaggerated. *Journal of Organizational Behavior, 26*(4), 441-452.
- Ashkanasy, N. M., & Dorris, A. D. (2017). *Emotions in the Workplace*. 26.
- Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Kozasa, E. H., Soler, J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being : A correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 15*(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project : Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Berrios Martos, M. P., & Aguilar-Luzón, M. del C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 45*(6), 888-901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005>
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 38*(3), 547-558. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009>

- Baer, R. (2015). Ethics, Values, Virtues, and Character Strengths in Mindfulness-Based Interventions: A Psychological Science Perspective. *Mindfulness*, 6(4), 956-969. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0419-2>
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 755-765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>
- Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 71, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Bailey, C. D., Gupta, S., & Schrader, R. W. (2000). Do students' judgment models of instructor effectiveness differ by course level, course content, or individual instructor? *Journal of Accounting Education*, 18(1), 15-34. [https://doi.org/10.1016/S0748-5751\(00\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S0748-5751(00)00006-3)
- Ballas, D., & Tranmer, M. (2012). Happy People or Happy Places? A Multilevel Modeling Approach to the Analysis of Happiness and Well-Being. *International Regional Science Review*, 35, 70-102. <https://doi.org/10.1177/0160017611403737>
- Bao, X., Xue, S., & Kong, F. (2015). Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 78, 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.007>
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress.

- Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x>
- Barrows, K. A., & Jacobs, B. P. (2002). Mind-body medicine : An introduction and review of the literature. *Medical Clinics of North America*, 86(1), 11-31. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(03\)00069-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(03)00069-5)
- Batra, K., Sharma, M., Batra, R., Singh, T. P., & Schvaneveldt, N. (2021). Assessing the Psychological Impact of COVID-19 among College Students : An Evidence of 15 Countries. *Healthcare*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020222>
- Baudry, A.-S., Anot, A., Mariette, C., Bonnetain, F., Renaud, F., Piessen, G., & Christophe, V. (2019). The role of trait emotional intelligence in quality of life, anxiety and depression symptoms after surgery for esophageal or gastric cancer : A French national database FREGAT. *Psycho-Oncology*, 28(4), Article 4. <https://doi.org/10.1002/pon.5023>
- Baudry, A.-S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health : A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 206-222. <https://doi.org/10.1111/sjop.12424>
- Bauhoff, S. (2011). Systematic self-report bias in health data : Impact on estimating cross-sectional and treatment effects. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 11(1), 44-53. <https://doi.org/10.1007/s10742-011-0069-3>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. <https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518>
- Beauducel, A., & Herzberg, P. Y. (2006). On the Performance of Maximum Likelihood Versus Means and Variance Adjusted Weighted Least Squares Estimation in CFA. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13(2), 186-203. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1302_2

- Beauvais, A., Andreychik, M., & Henkel, L. A. (2017). The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.09.001>
- Beauvais, A., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. Q. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.013>
- Bednar, K., Voracek, M., & Tran, U. S. (2020). Common Factors Underlying the Five Facets of Mindfulness and Proposed Mechanisms : A Psychometric Study Among Meditators and Non-meditators. *Mindfulness*, 11(12), 2804-2817. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01492-6>
- Beierle, S. P., Kirkpatrick, B. A., Heidel, R. E., Russ, A., Ramshaw, B., McCallum, R. S., & Lewis, J. M. (2019). Evaluating and Exploring Variations in Surgical Resident Emotional Intelligence and Burnout. *Journal of Surgical Education*, 76(3), 628-636. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.11.004>
- Béjean, S., & Sultan-Taïeb, H. (2005). Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *The European Journal of Health Economics*, 6(1), 16-23. <https://doi.org/10.1007/s10198-004-0251-4>
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L., & Albert, É. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365-373. <https://doi.org/10.3917/spub.094.0365>
- Benita, M., Benish-Weisman, M., Matos, L., & Torres, C. (2020). Integrative and suppressive emotion regulation differentially predict well-being through basic need satisfaction and frustration : A test of three countries. *Motivation and Emotion*, 44(1), 67-81. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09781-x>
- Berghmans, C., Godard, R., Joly, J., Tarquinio, C., & Cuny, P. (2012). Effets de l'approche de réduction du stress Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et le mode de coping chez des patients diabétiques : Une étude pilote contrôlée et randomisée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(5), 312-317. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.08.010>
- Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : État des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(2), 62-71. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.04.006>

- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Kretsch, M. (2010). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) chez des étudiants : Une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.03.001>
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2013). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures : Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3), Article 3. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0110-9>
- Berjot, S., Altintas, E., Grebot, E., & Lesage, F.-X. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout Research*, 7, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.10.001>
- Berjot, S., Altintas, E., Lesage, F.-X., & Grebot, E. (2013). The Impact of Work Stressors on Identity Threats and Perceived Stress : An Exploration of Sources of Difficulty at Work Among French Psychologists. *SAGE Open*, 3(3), 2158244013505292. <https://doi.org/10.1177/2158244013505292>
- Bernstein, A., Hadash, Y., & Fresco, D. M. (2019). Metacognitive processes model of decentering : Emerging methods and insights. *Current Opinion in Psychology*, 28, 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.019>
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Virgilio, R. D., & Rizzo, F. (2000). Depression : Cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(1), 3-10. [https://doi.org/10.1002/1099-176X\(200003\)3:1<3::AID-MHP68>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1099-176X(200003)3:1<3::AID-MHP68>3.0.CO;2-H)
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In *The Handbook of Stress and Health* (p. 349-364). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness : A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15(3), 399-410. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions : A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Bond, F. W., & Donaldson-Feilder, E. J. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187-203. <https://doi.org/10.1080/08069880410001692210>
- Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness), Summary. *Psychothérapies*, 31(3), 167-174. <https://doi.org/10.3917/psys.113.0167>
- Boniwell, I., & Chabanne, J. (2017). La psychologie positive appliquée au travail. *Le Journal des psychologues*, n° 346(4), Article 4.
- Boujut, É., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 36/2, Article 36/2. <https://doi.org/10.4000/osp.1367>
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. (2009). La santé mentale chez les étudiants : Suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Medico-psychologiques - ANN MEDICO-PSYCHOL*, 167, 662-668. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161-170. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relation between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive behaviors*, 32(10), 2324-2328. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.01.025>
- Boyer, L., Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Testart, J., Serres, M., Arquillière, P., Auquier, P., Leroy, T., & Zendjidjian, X. (2017). Emotional intelligence and coping strategies as determinants of quality of life in depressed patient-caregiver dyads : An actor-partner interdependence analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.003>

- Bradshaw, W., & Brekke, J. S. (1999). SUBJECTIVE EXPERIENCE IN SCHIZOPHRENIA : Factors Influencing Self-Esteem, Satisfaction With Life, and Subjective Distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(2), 254-260. <https://doi.org/10.1037/h0080427>
- Brajša-Žganec, A., Kaliterna, L., & Hanzec Marković, I. (2018). The Relationship between Social Support and Subjective Well-Being across the Lifespan. *Drustvena istrazivanja*, 27, 47-65. <https://doi.org/10.5559/di.27.1.03>
- Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The Profile of Emotional Competence (PEC) : Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLOS ONE*, 8(5), e62635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062635>
- Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia : A general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10), 150664. <https://doi.org/10.1098/rsos.150664>
- Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current Opinion in Psychology*, 28, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.011>
- Brohawn, K. H., Offringa, R., Pfaff, D. L., Hughes, K. C., & Shin, L. M. (2010). The Neural Correlates of Emotional Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68(11), 1023-1030. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.07.018>
- Brosch, T., Scherer, K. R., Grandjean, D. M., & Sander, D. (2013). The impact of emotion on perception, attention, memory, and decision-making. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 143, w13786. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13786>
- Brown, D. B., Bravo, A. J., Roos, C. R., & Pearson, M. R. (2015). Five Facets of Mindfulness and Psychological Health : Evaluating a Psychological Model of the Mechanisms of Mindfulness. *Mindfulness*, 6(5), 1021-1032. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0349-4>
- Brown, K. W., Kasser, T., Ryan, R. M., Alex Linley, P., & Orzech, K. (2009). When what one has is enough : Mindfulness, financial desire discrepancy, and subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 727-736. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.002>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness : Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, Nesse, R., Vinokur, A., & Smith, D. (2003). Providing Social Support May Be More Beneficial Than Receiving It: Results From a Prospective Study of Mortality. *Psychological science*, 14, 320-327. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress: *Recherche en soins infirmiers*, N° 67(4), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 28-32. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0028>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Hermsillo De la Torre, A. E., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Stein, D. J., Ennis, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1764. <https://doi.org/10.1002/mpr.1764>
- Brunetto, Y., Teo, S. T. T., Shacklock, K., & Farr-Wharton, R. (2012). Emotional intelligence, job satisfaction, well-being and engagement : Explaining organisational commitment and turnover intentions in policing: Emotional intelligence, well-being and engagement. *Human Resource Management Journal*, 22(4), 428-441. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2012.00198.x>
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring Mindfulness in Insight Meditation (Vipassana) and Meditation-Based Psychotherapy : The Development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Burnett-Zeigler, I., Hong, S., Waldron, E. M., Maletich, C., Yang, A., & Moskowitz, J. (2019). A Mindfulness-Based Intervention for Low-Income African American Women with Depressive Symptoms Delivered by an Experienced Instructor Versus a Novice Instructor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(7), 699-708. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0393>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>

- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013). Power failure : Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*(5), 365-376. <https://doi.org/10.1038/nrn3475>
- Cam, O. (2015). The Results of Nurses' Increasing Emotional Intelligence and Resilience. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.96729>
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body* (p. 312). W W Norton & Co.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Gómez-Castillo, M. D., Capafons, A., Chacón, F., & Santolaya, F. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *234*, 247-255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.030>
- Caputo, A. (2017). Social Desirability Bias in self-reported well-being Measures : Evidence from an online survey. *Universitas Psychologica*, *16*(2), 245-255. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.sds>
- 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*, 204-223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Carmeli, A., & Josman, Z. E. (2006). The Relationship Among Emotional Intelligence, Task Performance, and Organizational Citizenship Behaviors. *Human Performance*, *19*(4), 403-419. https://doi.org/10.1207/s15327043hup1904_5
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M., & Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, *24*(1), 66-78. <https://doi.org/10.1108/02683940910922546>
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(1), 23-33. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Carmody, J., Baer, R. A., L. B. Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(6), 613-626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>
- Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019). The relationship between trait mindfulness and affective symptoms : A meta-analysis of the

- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical Psychology Review*, 74, 101785. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101785>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 267-283.
- Cayır, A., & Ulupınar, S. (2021). The relationship among educational skills, general self-efficacy perceptions and performance in nursing instructors. *Nurse Education Today*, 107, 105129. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105129>
- Cejudo, J., López-Delgado, M. L., & Losada, L. (2019). Effectiveness of the videogame “Spock” for the improvement of the emotional intelligence on psychosocial adjustment in adolescents. *Computers in Human Behavior*, 101, 380-386. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.09.028>
- Celik, P., & Storme, M. (2018). Trait Emotional Intelligence Predicts Academic Satisfaction Through Career Adaptability. *Journal of Career Assessment*, 26(4), 666-677. <https://doi.org/10.1177/1069072717723290>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E., Dalexis, R. D., Goulet, M.-A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., & Ford, M. T. (2014). Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: A 40-year meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(4), 980-1008. <https://doi.org/10.1037/a0035661>
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29, 560-572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chan, L., Liu, R. K. W., Lam, T. P., Chen, J. Y., Tipoe, G. L., & Ganotice, F. A. (2022). Validation of the World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) among medical educators in Hong Kong: A confirmatory factor analysis. *Medical Education Online*, 27(1), 2044635. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2044635>

- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults : An analysis of the Health and Retirement Study*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. <https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Chervonsky, E., & Hunt, C. (2017). Suppression and expression of emotion in social and interpersonal outcomes : A meta-analysis. *Emotion (Washington, D.C.)*, 17(4), 669-683. <https://doi.org/10.1037/emo0000270>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Choenarom, C., Williams, R. A., & Hagerty, B. M. (2005). The Role of Sense of Belonging and Social Support on Stress and Depression in Individuals With Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(1), 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2004.11.003>
- Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3(2), 124-131. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0086-x>
- Chu, L.-C. (2010). The benefits of meditation vis-à-vis emotional intelligence, perceived stress and negative mental health. *Stress and Health*, 26(2), 169-180. <https://doi.org/10.1002/smi.1289>
- Chu, Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students : An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.018>
- Coetzee, M., & Harry, N. (2014). Emotional intelligence as a predictor of employees' career adaptability. *Journal of Vocational Behavior*, 84(1), 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.09.001>
- Cofer, K. D., Hollis, R. H., Goss, L., Morris, M. S., Porterfield, J. R., & Chu, D. I. (2018). Burnout is Associated With Emotional Intelligence but not Traditional Job Performance

- Measurements in Surgical Residents. *Journal of Surgical Education*, 75(5), 1171-1179. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.01.021>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298, 1685-1687. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 298, 1685-1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 649-656. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.008>
- Coppin, G., & Sander, D. (2010). Théories et concepts contemporains en psychologie de l'émotion. In *Systèmes d'interaction émotionnelle* (p. 25). Hermès Science publications-Lavoisier. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:34368>
- Cornu, P. (2016). Bouddhisme et pleine conscience. *Études*, Septembre(9), 67-78.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). Evolutionary Psychology and the Emotions. *Handbook of Emotions*, 2(2), 91-115.
- Costescu, C., Oprea, A., Herta, D., & Nemes, B. (2018). Perceived stress and well-being among international first year medical students in Romania. *Psihiatru.ro*, 1, 23. <https://doi.org/10.26416/Psih.52.1.2018.1634>
- Cotton, & Hart, P. M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organisational health research. *Australian Psychologist*, 38(2), 118-127. <https://doi.org/10.1080/00050060310001707117>
- Cotton, S., Dollard, M., & Jonge, J. (2002). Stress and Student Job Design: Satisfaction, Well-Being, and Performance in University Students. *International Journal of Stress Management*, 9, 147-162. <https://doi.org/10.1023/A:1015515714410>
- Cova, F., Deonna, J., & Sander, D. (2015). Introduction: Moral Emotions. *Topoi*, 34(2), 397-400. <https://doi.org/10.1007/s11245-015-9345-0>
- Cranford, J. A., Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 34(2), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.09.004>
- Cropanzano, R., & Wright, T. (1999). A 5-Year Study of Change in the Relationship Between Well-Being and Job Performance. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51, 252-265. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.4.252>

- Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques, 18*(2), 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.006>
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-Based Interventions : An Emerging Phenomenon. *Mindfulness, 2*(3), 186-193. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0058-1>
- Dacre Pool, L., & Qualter, P. (2012). Improving emotional intelligence and emotional self-efficacy through a teaching intervention for university students. *Learning and Individual Differences, 22*(3), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.01.010>
- Dadfar, M., Momeni Safarabad, N., Asgharnejad Farid, A. A., Nemati Shirzy, M., & Ghazie pour Abarghouie, F. (2018). Reliability, validity, and factorial structure of the World Health Organization-5 Well-Being Index (WHO-5) in Iranian psychiatric outpatients. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 40*, 79-84. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0044>
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research. Brain Research Reviews, 26*(2-3), 83-86. [https://doi.org/10.1016/s0165-0173\(97\)00064-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0173(97)00064-7)
- Darvishmotevali, M., & Ali, F. (2020). Job insecurity, subjective well-being and job performance : The moderating role of psychological capital. *International Journal of Hospitality Management, 87*, 102462. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102462>
- Davidson, R. J., & Kaszniak, A. W. (2015). Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. *American Psychologist, 70*(7), 581-592. <https://doi.org/10.1037/a0039512>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198-208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences, 52*(2), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.09.016>
- Davis, S. K., & Nichols, R. (2016). Does Emotional Intelligence have a “Dark” Side? A Review of the Literature. *Frontiers in Psychology, 7*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01316>
- Davydov, D. M., Zech, E., & Luminet, O. (2011). Affective Context of Sadness and Physiological Response Patterns. *Journal of Psychophysiology, 25*(2), 67-80. <https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000031>

- Deal, K., Bennett, S., Mohr, J., & Hwang, J. (2011). Effects of Field Instructor Training on Student Competencies and the Supervisory Alliance. *Research on Social Work Practice, 21*, 712-726. <https://doi.org/10.1177/1049731511410577>
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : Quels liens ? *Bulletin de psychologie, Numéro 515(5)*, 471-479. <https://doi.org/10.3917/bupsy.515.0471>
- Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2020). Can We Improve Emotional Skills in Older Adults? Emotional Intelligence, Life Satisfaction, and Resilience. *Psychosocial Intervention, 29(3)*, 133-139. <https://doi.org/10.5093/pi2020a8>
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood : Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54(3)*, 486-495. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.3.486>
- Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping Mindfulness Facets onto Dimensions of Anxiety and Depression. *Behavior therapy, 44(3)*, 373-384. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.001>
- Dhani, P., & Sharma, T. (2016). EMOTIONAL INTELLIGENCE; HISTORY, MODELS AND MEASURES. *International Journal of Science Technology & Management, 5*, 189-201.
- Di Fabio, A., & Saklofske, D. H. (2014). Comparing ability and self-report trait emotional intelligence, fluid intelligence, and personality traits in career decision. *Personality and Individual Differences, 64*, 174-178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.024>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science, 13(1)*, 81-84. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money : Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest, 5(1)*, 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being : Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125(2)*, 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Djediati, A., Battistelli, A., & Pohl, S. (2020). Dissonance émotionnelle et bien-être dans la profession infirmière : Le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle. *Psychologie du Travail et des Organisations, 26(2)*, 158-170. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2020.01.003>

- Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness – The active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *17*(1), 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.03.002>
- Dockray, S., Grant, N., Stone, A. A., Kahneman, D., Wardle, J., & Steptoe, A. (2010). A Comparison of Affect Ratings Obtained with Ecological Momentary Assessment and the Day Reconstruction Method. *Social Indicators Research*, *99*(2), 269-283. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9578-7>
- dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *EXPLORE*, *12*(2), 90-99. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Doyle, S. L., Jennings, P. A., Brown, J. L., Rasheed, D., DeWeese, A., Frank, J. L., Turksma, C., & Greenberg, M. T. (2019). Exploring Relationships Between CARE Program Fidelity, Quality, Participant Responsiveness, and Uptake of Mindful Practices. *Mindfulness*, *10*(5), 841-853. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1034-9>
- Dugué, M., Garnarczyk, C., & Dosseville, F. (2018). Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *66*(6), 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.09.004>
- Dugué, M., Sirost, O., & Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, *54*, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103124>
- Dunn, L. B., Iglewicz, A., & Moutier, C. (2008). A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Academic Psychiatry*, *32*(1), 44-53. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.1.44>
- Dunne, J. D., Thompson, E., & Schooler, J. (2019). Mindful meta-awareness : Sustained and non-propositional. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 307-311. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.003>
- Durán, A., Extremera, N., & Rey, L. (2004). Self-Reported Emotional Intelligence, Burnout and Engagement among Staff in Services for People with Intellectual Disabilities. *Psychological Reports*, *95*(2), 386-390. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.2.386-390>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters : A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting

- Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 327-350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation : A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Ekman, P. (1992a). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169-200.
<https://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Ekman, P. (1992b). Facial Expressions of Emotion : New Findings, New Questions. *Psychological Science*, 3(1), 34-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00253.x>
- Ekman, P. (2009). Darwin's contributions to our understanding of emotional expressions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1535), 3449-3451. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0189>
- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(2), 122-134. <https://doi.org/10.1037/a0028768>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3, Supplement), S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Elphinstone, B., Whitehead, R., Tinker, S. P., & Bates, G. (2019). The academic benefits of 'letting go' : The contribution of mindfulness and nonattachment to adaptability, engagement, and grades. *Educational Psychology*, 39(6), 784-796.
<https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1588228>
- Emerson, L.-M., Heapy, C., & Garcia-Soriano, G. (2018). Which Facets of Mindfulness Protect Individuals from the Negative Experiences of Obsessive Intrusive Thoughts? *Mindfulness*, 9(4), 1170-1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0854-3>
- Emery, A. A., Heath, N. L., & Mills, D. J. (2016). Basic Psychological Need Satisfaction, Emotion Dysregulation, and Non-suicidal Self-Injury Engagement in Young Adults : An Application of Self-Determination Theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 612-623. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0405-y>

- Erisman, S. M., & Roemer, L. (2010). A Preliminary Investigation of the Effects of Experimentally-Induced Mindfulness on Emotional Responding to Film Clips. *Emotion (Washington, D.C.)*, *10*(1), 72-82. <https://doi.org/10.1037/a0017162>
- Erisman, S., & Roemer, L. (2011). A Preliminary Investigation of the Process of Mindfulness. *Mindfulness*, *3*. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0078-x>
- Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression : A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(5), 427-435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Espinosa, A., & Kadić-Maglajlić, S. (2018). The Mediating Role of Health Consciousness in the Relation Between Emotional Intelligence and Health Behaviors. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02161>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 45-51. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005965>
- Extremera, N., & Rey, L. (2015). The moderator role of emotion regulation ability in the link between stress and well-being. *Frontiers in Psychology*, *6*. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.01632>
- Facy, F., Brochu, S., & Simon, F. (2005). L'injonction thérapeutique à l'égard des toxicomanes : Comparaison des systèmes français et québécois. *Criminologie*, *29*(2), 115-140. <https://doi.org/10.7202/017392ar>
- Faurie, I., Thouin, C., & Sauvezon, C. (2016). Étude longitudinale du stress perçu chez les étudiant.e.s : Effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, *45*/1, Article 45/1. <https://doi.org/10.4000/osp.4700>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation : The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(3), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Feldman, P. J., Cohen, S., Hamrick, N., & Lepore, S. J. (2004). Psychological stress, appraisal, emotion and Cardiovascular response in a public speaking task. *Psychology & Health*, *19*(3), 353-368. <https://doi.org/10.1080/0887044042000193497>
- Feo, R., Rasmussen, P., Wiechula, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2017). Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nursing Standard*, *31*(28), 54-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10735>

- Fernández-Abascal, E. G., & Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00317>
- Fink, G. (2010). Stress : Definition and history. *Stress Sci*, 3-9. <https://doi.org/10.1016/B978-008045046-9.00076-0>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists : Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLOS ONE*, 10(7), e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Fischer, C., Malycha, C. P., & Schafmann, E. (2019). The Influence of Intrinsic Motivation and Synergistic Extrinsic Motivators on Creativity and Innovation. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00137>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience : A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Flory, J. D., Rääkkönen, K., Matthews, K. A., & Owens, J. F. (2000). Self-Focused Attention and Mood During Everyday Social Interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(7), 875-883. <https://doi.org/10.1177/0146167200269012>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Forgas, J. P. (1994). Sad and guilty? Affective influences on the explanation of conflict in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 56-68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.56>
- Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frias-Navarro, D., & Pascual-Soler, M. (2019). Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses : The role of neuroticism and emotional coping. *Personality and Individual Differences*, 138, 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.014>
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians : A Pilot Study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis : Consensus and variation in the

- contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 157-174. <https://doi.org/10.1348/014466502163949>
- Foster, B., Lomas, J., Downey, L., & Stough, C. (2018). Does Emotional Intelligence Mediate the Relation Between Mindfulness and Anxiety and Depression in Adolescents? *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.02463>
- Frajo-Apor, B., Pardeller, S., Kemmler, G., & Hofer, A. (2016). Emotional Intelligence and resilience in mental health professionals caring for patients with serious mental illness. *Psychology, health & medicine*, 21(6), 755-761. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1120325>
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of general psychology : journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2(3), 300-319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1378. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Furuya, M., Hayashino, Y., Tsujii, S., Ishii, H., & Fukuhara, S. (2013). Comparative validity of the WHO-5 Well-Being Index and two-question instrument for screening depressive symptoms in patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetologica*, 50(2), 117-121. <https://doi.org/10.1007/s00592-010-0219-z>
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., Stochl, J., Benton, A., Lathia, N., Howarth, E., & Jones, P. B. (2018). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 3(2), e72-e81. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1)
- Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Positive Psychology Interventions Addressing Pleasure, Engagement, Meaning, Positive Relationships, and Accomplishment Increase Well-Being and Ameliorate Depressive Symptoms: A Randomized, Placebo-

- Controlled Online Study. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00686>
- Gardner, K. J., & Qualter, P. (2018). Concurrent and incremental validity of three trait emotional intelligence measures. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 5-13.
- Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning : A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293-314. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>
- Gawrysiak, M. J., Grassetti, S. N., Greeson, J. M., Shorey, R. C., Pohlig, R., & Baime, M. J. (2018). The many facets of mindfulness and the prediction of change following mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 523-535. <https://doi.org/10.1002/jclp.22521>
- Gendolla, G. H. E., Abele, A. E., Andrei, A., Spurk, D., & Richter, M. (2005). Negative Mood, Self-Focused Attention, and the Experience of Physical Symptoms : The Joint Impact Hypothesis. *Emotion*, 5(2), 131-144. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.131>
- Ghazisaeedi, M., Mahmoodi, H., Arpaci, I., Mehrdar, S., & Barzegari, S. (2021). Validity, Reliability, and Optimal Cut-off Scores of the WHO-5, PHQ-9, and PHQ-2 to Screen Depression Among University Students in Iran. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00483-5>
- Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International journal of nursing studies*, 47, 1299-1309. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.015>
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2008). Stress and eustress in nursing students : Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04497.x>
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2009). Index of sources of stress in nursing students : A confirmatory factor analysis. *Journal of advanced nursing*, 65, 1095-1102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04972.x>
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 621-632. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x>
- Gilar-Corbi, R., Pozo-Rico, T., Sánchez, B., & Castejón, J.-L. (2019). Can emotional intelligence be improved? A randomized experimental study of a business-oriented EI training program for senior managers. *PLOS ONE*, 14(10), Article 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224254>

- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ) : A Diagnostic Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1596-1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>
- Girard, J.-F. (2020). Une histoire de la santé. *Après-demain*, N ° 55, NF(3), 20-22. <https://doi.org/10.3917/apdem.055.0020>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction : Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), Article 3. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 32(2), Article 2. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Goel, V., & Vartanian, O. (2011). Negative emotions can attenuate the influence of beliefs on logical reasoning. *Cognition and Emotion*, 25(1), 121-131. <https://doi.org/10.1080/02699931003593942>
- Goldhagen, B. E., Kingsolver, K., Stinnett, S. S., & Rosdahl, J. A. (2015). Stress and burnout in residents : Impact of mindfulness-based resilience training. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 525-532. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S88580>
- Goldman, N., Gleib, D. A., Seplaki, C., Liu, I.-W., & Weinstein, M. (2005). Perceived stress and physiological dysregulation in older adults. *Stress*, 8(2), 95-105. <https://doi.org/10.1080/10253890500141905>
- Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of Mindfulness : A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*, 2(3), 154-166. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0054-5>
- Gracia-Gracia, P., & Oliván-Blázquez, B. (2017a). Burnout and Mindfulness Self-Compassion in Nurses of Intensive Care Units : Cross-Sectional Study. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 225-233. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000215>
- Gracia-Gracia, P., & Oliván-Blázquez, B. (2017b). Burnout and Mindfulness Self-Compassion in Nurses of Intensive Care Units : Cross-Sectional Study. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 225-233. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000215>
- Grandey, A. (2000). Emotion regulation in the workplace : A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5, 95-110. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.5.1.95>

- Grant, L., & Kinman, G. (2012). Enhancing Wellbeing in Social Work Students : Building Resilience in the Next Generation. *Social Work Education, 31*(5), 605-621. <https://doi.org/10.1080/02615479.2011.590931>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J., John, O. P., & Richards, J. M. (2000). The Dissociation of Emotion Expression from Emotion Experience : A Personality Perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(6), 712-726. <https://doi.org/10.1177/0146167200268006>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings : The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 95*-103.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation : Conceptual Foundations. In *Handbook of emotion regulation* (p. 3-24). The Guilford Press.
- Grossman, P. (2011). Defining Mindfulness by How Poorly I Think I Pay Attention During Everyday Awareness and Other Intractable Problems for Psychology's (Re) Invention of Mindfulness : Comment on Brown et al. (2011). *Psychological assessment, 23*, 1034-1040; discussion 1041. <https://doi.org/10.1037/a0022713>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2010). Mindfulness-based stress reduction and health benefits : A meta-analysis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies, 8*(4), 500-500. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2003.tb04008.x>
- Grover, S., & Furnham, A. (2020). Does emotional intelligence and resilience moderate the relationship between the Dark Triad and personal and work burnout? *Personality and Individual Differences, 109979*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109979>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain : A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences, 49*(8), 845-850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Gunkel, M., Schlaegel, C., & Taras, V. (2016). Cultural values, emotional intelligence, and conflict handling styles : A global study. *Journal of World Business, 51*(4), 568-585. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2016.02.001>

- Gustavson, K., Røysamb, E., Borren, I., Torvik, F. A., & Karevold, E. (2016). Life Satisfaction in Close Relationships : Findings from a Longitudinal Study. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 1293-1311. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9643-7>
- Halliday, J. A., Hendrieckx, C., Busija, L., Browne, J. L., Nefs, G., Pouwer, F., & Speight, J. (2017). Validation of the WHO-5 as a first-step screening instrument for depression in adults with diabetes : Results from Diabetes MILES – Australia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 132, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.07.005>
- Hamzah, S. R., Kai Le, K., & Musa, S. N. S. (2021). The mediating role of career decision self-efficacy on the relationship of career emotional intelligence and self-esteem with career adaptability among university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 83-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1886952>
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology : Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>
- Hansenne, M. (2021). Chapitre 2. Améliorer le bonheur. In *La face cachée de la psychologie positive* (p. 105-220). Mardaga. <https://www.cairn.info/face-cachee-de-la-psychologie-positive--9782804720087-p-105.htm>
- Hardcastle, S. J., Hancox, J., Hattar, A., Maxwell-Smith, C., Thøgersen-Ntoumani, C., & Hagger, M. S. (2015). Motivating the unmotivated : How can health behavior be changed in those unwilling to change? *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00835>
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10(1), 34-42. <https://doi.org/10.1037/a0016825>
- Hartley, M. T. (2011). Examining the Relationships Between Resilience, Mental Health, and Academic Persistence in Undergraduate College Students. *Journal of American College Health*, 59(7), 596-604. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515632>
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society : A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
- Hasson, F., Li, Z.-S., Slater, P., & Guo, X.-J. (2021). Resilience, Stress and Well-Being in Undergraduate Nursing Students in China and the UK. *International Journal of Research in Nursing*, 12(1), 11-20. <https://doi.org/10.3844/ijrnsp.2021.11.20>

- Hawley, L. L., Schwartz, D., Bieling, P. J., Irving, J., Corcoran, K., Farb, N. A. S., Anderson, A. K., & Segal, Z. V. (2014). Mindfulness Practice, Rumination and Clinical Outcome in Mindfulness-Based Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 38(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9586-4>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A. K., Berry, K., & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821-835. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80022-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80022-4)
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2011). Burnout et soignants : Un risque inépuisable ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(65), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.02.005>
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire : Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>
- Hess, U., & Thibault, P. (2009). Darwin and emotion expression. *American Psychologist*, 64(2), 120-128. <https://doi.org/10.1037/a0013386>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mosher, S. W. (1992). The Perceived Stress Scale : Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(3), 247-257. <https://doi.org/10.1007/BF00962631>
- Hjortskov, N., Rissén, D., Blangsted, A. K., Fallentin, N., Lundberg, U., & Sjøgaard, K. (2004). The effect of mental stress on heart rate variability and blood pressure during computer work. *European Journal of Applied Physiology*, 92(1), 84-89. <https://doi.org/10.1007/s00421-004-1055-z>
- Hochberg, G., Pucheu, S., Kleinebreil, L., Halimi, S., & Fructuoso-Voisin, C. (2012). WHO-5, a tool focusing on psychological needs in patients with diabetes : The French contribution to the DAWN study. *Diabetes & Metabolism*, 38(6), 515-522. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2012.06.002>
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart : Commercialization of human feeling*. (University of California Press.).

- Hodzic, S., Ripoll, P., Bernal, C., & Zenasni, F. (2015). The Effects of Emotional Competences Training among Unemployed Adults : A Longitudinal Study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 275-292. <https://doi.org/10.1111/aphw.12048>
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer : A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1335-1342. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.34.0331>
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy : New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Holas, P., & Jankowski, T. (2013). A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology*, 48(3), 232-243. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.658056>
- Holm-Hadulla, R. M., & Koutsoukou-Argyragi, A. (2015). Mental health of students in a globalized world : Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students. *Mental Health & Prevention*, 3(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.04.003>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health : Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055102917729542. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits : Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Hui, Y. M. (2019). *The Impact Of Emotional Intelligence On Problem Behaviour Among Adolescents In Malaysia*. 55-63. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.09.6>
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work : The role of mindfulness in emotion regulation, emotional

- exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310-325. <https://doi.org/10.1037/a0031313>
- Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The Impact of Depression on the Academic Productivity of University Students. *J Ment Health Policy Econ.*
- Iani, L., Lauriola, M., Chiesa, A., & Cafaro, V. (2019). Associations Between Mindfulness and Emotion Regulation : The Key Role of Describing and Nonreactivity. *Mindfulness*, 10(2), 366-375. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0981-5>
- Ilies, R., Wagner, D., Wilson, K., Ceja, L., Johnson, M., DeRue, S., & Ilgen, D. (2017). Flow at Work and Basic Psychological Needs : Effects on Well-Being: FLOW AT WORK AND WELL-BEING. *Applied Psychology*, 66(1), 3-24. <https://doi.org/10.1111/apps.12075>
- Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care : The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2), 86-94. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00156.x>
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals : A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002>
- Isen, A. M., Daubman, K. A., & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1122-1131. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.6.1122>
- Jacobs, I., & Horsch, A. (2019). Psychometric Properties of the French Brief Resilience Scale. *European Journal of Health Psychology*, 26(1), Article 1. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000022>
- Jacobs, I., Wollny, A., Sim, C.-W., & Horsch, A. (2016). Mindfulness facets, trait emotional intelligence, emotional distress, and multiple health behaviors : A serial two-mediator model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(3), 207-214. <https://doi.org/10.1111/sjop.12285>
- Jalali, Z., & Heidari, A. (2016). The Relationship between Happiness, Subjective Well-Being, Creativity and Job Performance of Primary School Teachers in Ramhormoz City. *International Education Studies*, 9(6), 45. <https://doi.org/10.5539/ies.v9n6p45>
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules : A study of Canadian workers. *Stress and Health*, 20(3), 113-119. <https://doi.org/10.1002/smi.1012>

- Jan, S. U., Anwar, M. A., & Warraich, N. F. (2017). Emotional Intelligence and Academic Anxieties : A Literature Review. *New Review of Academic Librarianship*, 23(1), 6-17. <https://doi.org/10.1080/13614533.2016.1270839>
- Jha, A. P., Morrison, A. B., Parker, S. C., & Stanley, E. A. (2017). Practice Is Protective : Mindfulness Training Promotes Cognitive Resilience in High-Stress Cohorts. *Mindfulness*, 8(1), 46-58. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0465-9>
- Jimenez, S., Niles, B., & Park, C. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms : Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49, 645-650. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals : Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Joseph, D., & Newman, D. (2010). Emotional Intelligence : An Integrative Meta-Analysis and Cascading Model. *The Journal of applied psychology*, 95, 54-78. <https://doi.org/10.1037/a0017286>
- Judge, D. S., Opsahl, A., & Robinson, D. (2018). Collaboration Between Two Schools of Nursing : Emotional Intelligence Education for Prelicensure Students. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(4), 244-246. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.06.007>
- Jung, Y.-H., Ha, T. M., Oh, C. Y., Lee, U. S., Jang, J. H., Kim, J., Park, J.-O., & Kang, D.-H. (2016). The Effects of an Online Mind-Body Training Program on Stress, Coping Strategies, Emotional Intelligence, Resilience and Psychological State. *PLOS ONE*, 11(8), e0159841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159841>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context : Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kang, S.-M., Shaver, P. R., Sue, S., Min, K.-H., & Jing, H. (2003). Culture-Specific Patterns in the Prediction of Life Satisfaction : Roles of Emotion, Relationship Quality, and Self-

- Esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1596-1608.
<https://doi.org/10.1177/0146167203255986>
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284-289. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90020-O](https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90020-O)
- Karyadi, K. A., VanderVeen, J. D., & Cyders, M. A. (2014). A Meta-Analysis of the Relationship between Trait Mindfulness and Substance Use Behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 143, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.014>
- Kensinger, E. A. (2009). Remembering the Details : Effects of Emotion. *Emotion Review*, 1(2), 99-113. <https://doi.org/10.1177/1754073908100432>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. (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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kilduff, M., Chiaburu, D. S., & Menges, J. I. (2010). Strategic use of emotional intelligence in organizational settings : Exploring the dark side. *Research in Organizational Behavior*, 30, 129-152. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.10.002>
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330(6006), 932-932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>
- Kircaburun, K., Griffiths, M. D., & Billieux, J. (2019). Trait emotional intelligence and problematic online behaviors among adolescents : The mediating role of mindfulness, rumination, and depression. *Personality and Individual Differences*, 139, 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.024>
- Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.009>

- Kokou-Kpolou, C. K., Jumageldinov, A., Park, S., Nieuviarts, N., Noorishad, P.-G., & Cénat, J. M. (2020). Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Psychosocial Risk Factors among French University Students : The Moderating and Mediating Effects of Resilience. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09812-8>
- Kong, L., Liu, Y., Li, G., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2016). Resilience moderates the relationship between emotional intelligence and clinical communication ability among Chinese practice nursing students : A structural equation model analysis. *Nurse Education Today*, *46*, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.028>
- Kotsou, I. (2014). Chapitre 6. La compréhension des émotions. In *Les compétences émotionnelles* (p. 115-132). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0115>
- Kotsou, I. (2019). Chapitre 5. Les compétences de l'intelligence émotionnelle. In *Intelligence émotionnelle et management: Vol. 4e éd.* (p. 51-70). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/intelligence-emotionnelle-et-management--9782807321144-p-51.htm>
- Kotsou, I., Leys, C., & Fossion, P. (2018). Acceptance alone is a better predictor of psychopathology and well-being than emotional competence, emotion regulation and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, *226*, 142-145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.047>
- Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J., & Leys, C. (2018). Improving Emotional Intelligence : A Systematic Review of Existing Work and Future Challenges. *Emotion Review*, 1754073917735902. <https://doi.org/10.1177/1754073917735902>
- Kotsou, I., Nelis, D., Grégoire, J., & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity : Conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of Applied Psychology*, *96*(4), 827-839. <https://doi.org/10.1037/a0023047>
- Koydemir, S., Sökmez, A. B., & Schütz, A. (2021). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Randomized Controlled Positive Psychological Interventions on Subjective and Psychological Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, *16*(3), 1145-1185. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, *41*, 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>
- Kraiss, J. T., ten Klooster, P. M., Moskowitz, J. T., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders : A meta-

- analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152189.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152189>
- Krieger, T., Zimmermann, J., Huffziger, S., Ubl, B., Diener, C., Kuehner, C., & Grosse Holtforth, M. (2014). Measuring depression with a well-being index : Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *Journal of Affective Disorders*, 156, 240-244.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.015>
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors : Nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Services Research*, 14(1), 466. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-466>
- Kwag, K. H., Martin, P., Russell, D., Franke, W., & Kohut, M. (2011). The Impact of Perceived Stress, Social Support, and Home-Based Physical Activity on Mental Health among Older Adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(2), 137-154. <https://doi.org/10.2190/AG.72.2.c>
- L. Fredrickson, B., & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220. <https://doi.org/10.1080/026999398379718>
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. / Well-being and psychological stress: Toward a hierarchical, cognitive–affective model in mental health. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22, 71-87.
- Labrague, L., McEnroe-Petitte, D., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, I., & Tsaras, K. (2016). A Literature Review on Stress and Coping Strategies in Nursing Students. *Journal of Mental Health*, 25. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244721>
- Lafay, N., Manzanera, C., Papet, N., Marcelli, D., & Senon, J. L. (2003). Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(2), 147-151. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00021-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00021-0)
- Lahaye, M., Broeck, N., Bodart, E., & Luminet, O. (2012). Predicting quality of life in pediatric asthma : The role of emotional competence and personality. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0194-7>

- Lai, K. (2020). Correct Point Estimator and Confidence Interval for RMSEA Given Categorical Data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 27(5), 678-695. <https://doi.org/10.1080/10705511.2019.1687302>
- Lakey, C. E., Campbell, W. K., Brown, K. W., & Goodie, A. S. (2007). Dispositional Mindfulness as a Predictor of the Severity of Gambling Outcomes. *Personality and individual differences*, 43(7), 1698-1710. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.05.007>
- Lamart, F., Estryn-Béhar, M., Le Moël, R., Chrétien, T., & Mathieu, B. (2011). Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 44-59. <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0044>
- Lamothe, M., McDuff, P., Pastore, Y. D., Duval, M., & Sultan, S. (2018). Developing professional caregivers' empathy and emotional competencies through mindfulness-based stress reduction (MBSR) : Results of two proof-of-concept studies. *BMJ Open*, 8(1), e018421. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018421>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers : A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Lana, A., Baizán, E. M., Faya-Ornia, G., & López, M. L. (2015). Emotional Intelligence and Health Risk Behaviors in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 54(8), 464-467. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150717-08>
- Lansford, J. E., Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2005). A Quantitative and Qualitative Approach to Social Relationships and Well-Being in the United States and Japan. *Journal of Comparative Family Studies*, 36(1), 1-22. <https://doi.org/10.3138/jcfs.36.1.1>
- Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C. A., Rodríguez Novo, N., & De las Cuevas, C. (2021). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Perceived Stress and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), Article 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189762>
- Lassarre, D., Giron, C., & Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire : Les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, Article 32/4. <https://doi.org/10.4000/osp.2642>
- Lasselin, J., Alvarez-Salas, E., & Grigoleit, J.-S. (2016). Well-being and immune response : A multi-system perspective. *Current Opinion in Pharmacology*, 29, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2016.05.003>

- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale : Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(12), 1445-1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., & Wadsworth, T. (2015). Happiness and Longevity in the United States. *Social science & medicine (1982)*, *145*, 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.020>
- Lazarus, & Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress to the Emotions : A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.1>
- Lea, R. G., Davis, S. K., Mahoney, B., & Qualter, P. (2019). Does Emotional Intelligence Buffer the Effects of Acute Stress? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00810>
- LeBlanc, V. R., McConnell, M. M., & Monteiro, S. D. (2015). Predictable chaos : A review of the effects of emotions on attention, memory and decision making. *Advances in Health Sciences Education*, *20*(1), 265-282. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9516-6>
- Lee, G. R., & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social Interaction, Loneliness, and Emotional Well-Being among the Elderly. *Research on Aging*, *9*(4), 459-482. <https://doi.org/10.1177/0164027587094001>
- Lee, J. (Jay), & Ok, C. (2012). Reducing burnout and enhancing job satisfaction : Critical role of hotel employees' emotional intelligence and emotional labor. *International Journal of Hospitality Management*, *31*(4), 1101-1112. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2012.01.007>
- Lelorain, S., Bachelet, A., Goncalves, V., Wortel, E., Billes, M., Seillier, M., Bertin, N., & Bourgoin, M. (2019). Nurses' and nursing assistants' emotional skills: A major determinant of motivation for patient education. *Journal of Advanced Nursing*, *0*(0). <https://doi.org/10.1111/jan.14033>
- Lench, H. C., Tibbett, T. P., & Bench, S. W. (2016). Exploring the Toolkit of Emotion : What Do Sadness and Anger Do for Us? *Social and Personality Psychology Compass*, *10*(1), 11-25. <https://doi.org/10.1111/spc3.12229>
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2015). Emotion and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, *66*(1), 799-823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>

- Lesage, F.-X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 178-184. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8>
- Levy, L. S., Sexton, P., Willeford, K. S., Barnum, M. G., Guyer, M. S., Gardner, G., & Fincher, A. L. (2009). Clinical Instructor Characteristics, Behaviors and Skills in Allied Health Care Settings : A Literature Review. *Athletic Training Education Journal*, 4(1), 8-13. <https://doi.org/10.4085/1947-380X-4.1.8>
- Li, C.-H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369-387. <https://doi.org/10.1037/met0000093>
- Li, Y., Cao, F., Cao, D., & Liu, J. (2015). Nursing students' post-traumatic growth, emotional intelligence and psychological resilience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), Article 5. <https://doi.org/10.1111/jpm.12192>
- Li, Z.-S., & Hasson, F. (2020). Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students : A systematic review. *Nurse Education Today*, 90, 104440. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104440>
- Lin, Y.-C., Yu, C., & Yi, C.-C. (2014). The Effects of Positive Affect, Person-Job Fit, and Well-being on Job Performance. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 42(9), 1537-1547. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.9.1537>
- Lin, Y.-G., McKeachie, W. J., & Kim, Y. C. (2003). College student intrinsic and/or extrinsic motivation and learning. *Learning and Individual Differences*, 13(3), 251-258. [https://doi.org/10.1016/S1041-6080\(02\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S1041-6080(02)00092-4)
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience : A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PLOS ONE*, 12(5), e0176239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Lindert, J., Bain, P. A., Kubzansky, L. D., & Stein, C. (2015). Well-being measurement and the WHO health policy Health 2010 : Systematic review of measurement scales. *European Journal of Public Health*, 25(4), 731-740. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku193>
- Lissandre, S., Abbey-Huguenin, H., Bonnin-Scaon, S., Arsene, O., & Colombat, P. (2008). Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie*, 10(2), 116-124. <https://doi.org/10.1007/s10269-007-0774-2>

- Littlejohn, P. (2012). The Missing Link : Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health Care Professions. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 28, 360-368. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.006>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivztan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2017). The impact of mindfulness on the wellbeing and performance of educators : A systematic review of the empirical literature. *Teaching and Teacher Education*, 61, 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2016.10.008>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivztan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions on the Well-Being of Healthcare Professionals. *Mindfulness*, 10(7), 1193-1216. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1062-5>
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir*, 40, 183.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety : Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Luna, P., Guerrero, J., & Cejudo, J. (2019). Improving Adolescents' Subjective Well-Being, Trait Emotional Intelligence and Social Anxiety through a Programme Based on the Sport Education Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), Article 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101821>
- Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jäncke, L., Rufer, M., Grosse Holtforth, M., & Brühl, A. B. (2014). Mindfulness and emotion regulation—An fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 776-785. <https://doi.org/10.1093/scan/nst043>
- 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(2), 391-402. <https://doi.org/10.1037/a0022575>

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect : Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Macalli, M., Texier, N., Schüick, S., Côté, S. M., & Tzourio, C. (2021). A repeated cross-sectional analysis assessing mental health conditions of adults as per student status during key periods of the COVID-19 epidemic in France. *Scientific Reports*, *11*(1), 21455. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00471-8>
- MacCann, C., Fogarty, G. J., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2011). Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic achievement. *Contemporary Educational Psychology*, *36*(1), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2010.11.002>
- MacCoon, D. G., Imel, Z. E., Rosenkranz, M. A., Sheftel, J. G., Weng, H. Y., Sullivan, J. C., Bonus, K. A., Stoney, C. M., Salomons, T. V., Davidson, R. J., & Lutz, A. (2012). The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behaviour Research and Therapy*, *50*(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.011>
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments. *Psychology Research and Behavior Management*, *9*, 125-132. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S63949>
- Magnano, P., Craparo, G., & Paolillo, A. (2016). Resilience and Emotional Intelligence : Which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research*, *9*(1), Article 1.
- Malinowski, P., & Lim, H. J. (2015). Mindfulness at Work : Positive Affect, Hope, and Optimism Mediate the Relationship Between Dispositional Mindfulness, Work Engagement, and Well-Being. *Mindfulness*, *6*(6), 1250-1262. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0388-5>
- Mallet, J., Massini, C., Dubreucq, J., Padovani, R., Fond, G., & Guessoum, S. B. (2022). Santé mentale et Covid : Toutes et tous concernés. Une revue narrative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *180*(7), 707-712. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.019>
- Maria, A.-S., Bourdier, L., Duclos, J., Ringuenet, D., & Berthoz, S. (2016). Psychometric properties of the French version of a scale measuring perceived emotional intelligence : The Trait Meta-Mood Scale (TMMS). *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(10), 652-662. <https://doi.org/10.1177/0706743716639936>

- Marshall, L. L., Allison, A., Nykamp, D., & Lanke, S. (2008). Perceived Stress and Quality of Life Among Doctor of Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(6), 137.
- Marsland, A. L., Pressman, S., & Cohen, S. (2007). Positive affect and immune function. *Psychoneuroimmunology*, 2, 761-779.
- Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 7-18.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Martín-María, N., Miret, M., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Steptoe, A., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The Impact of Subjective Well-being on Mortality : A Meta-Analysis of Longitudinal Studies in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 565-575. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000444>
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Marvos, C., & Hale, F. B. (2015). Emotional intelligence and clinical performance/retention of nursing students. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(2), 63-71. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.157569>
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2017). Emotional Intelligence, Health, and Stress. In *The Handbook of Stress and Health* (p. 312-326). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch18>
- Mattingly, V., & Kraiger, K. (2019). Can emotional intelligence be trained? A meta-analytical investigation. *Human Resource Management Review*, 29(2), 140-155. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.03.002>
- Maurer, M. M., & Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the Organismic Valuing Process Theory of Personal Growth : A Theoretical Review of Rogers and Its Connection to Positive Psychology. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01706>
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British*

- Journal of Developmental Psychology*, 25(2), 263-275.
<https://doi.org/10.1348/026151006X118577>
- Mayer, J. (2004). What is Emotional Intelligence? *UNH Personality Lab*.
https://scholars.unh.edu/personality_lab/8
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300.
<https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Mazé, C., & Verliac, J.-F. (2013). Stress et Stratégies de Coping d'étudiants En Première Année Universitaire : Rôles Distinctifs de Facteurs Transactionnels et Dispositionnels. *Psychologie Française*, 58, 89-105. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.11.001>
- McCleese, C., Baranik, L., & Daniel, F. (2012). College Student Stressors : A Review of the Qualitative Research. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29. <https://doi.org/10.1002/smi.2465>
- Mcdaid, D., & Park, A.-L. (2011). Investing in mental health and well-being : Findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl_1), i108-i139.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar059>
- McKim, L. L., & Smith-Adcock, S. (2014). Trauma Counsellors' Quality of Life. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 58-69.
<https://doi.org/10.1007/s10447-013-9190-z>
- Merino-Tejedor, E., Hontangas, P. M., & Petrides, K. V. (2018). Career Adaptability Mediates the Effect of Trait Emotional Intelligence on Academic Engagement. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 23(2), 77-85.
<https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2017.10.002>
- Miao, C., Humphrey, R. H., & Qian, S. (2018). A cross-cultural meta-analysis of how leader emotional intelligence influences subordinate task performance and organizational citizenship behavior. *Journal of World Business*, 53(4), 463-474.
<https://doi.org/10.1016/j.jwb.2018.01.003>
- Mikolajczak, M. (2010). Going Beyond The Ability-Trait Debate : The Three-Level Model of Emotional Intelligence. *E-Journal of Applied Psychology*, 5(2), 25-31.
<https://doi.org/10.7790/ejap.v5i2.175>
- Mikolajczak, M. (2014a). Chapitre 1. Les compétences émotionnelles : Historique et conceptualisation. In *Les compétences émotionnelles* (p. 1-9). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0004>

- Mikolajczak, M. (2014b). Chapitre 2. Les émotions. In *Les compétences émotionnelles* (p. 11-35). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0011>
- Mikolajczak, M. (2014c). Chapitre 8. La régulation des émotions négatives. In *Les compétences émotionnelles* (p. 153-191). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0153>
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C., & Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion, 15*(5), 653-667. <https://doi.org/10.1037/emo0000034>
- Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2012). *Traité de régulation des émotions*. De Boeck Supérieur. <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804169183-traite-de-regulation-des-emotions>
- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame : Associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences, 44*(6), 1356-1368. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.004>
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., Coumans, N., & Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(3). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=33712038007>
- Mikolajczak, M., & Van Belleghem, S. (2017). Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures : How profitable would it be? *Personality and Individual Differences, 116*, 343-347. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.014>
- Mindrila, D. (2010). Maximum Likelihood (ML) and Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) Estimation Procedures : A Comparison of Estimation Bias with Ordinal and Multivariate Non-Normal Data. *International Journal of Digital Society, 1*. <https://doi.org/10.20533/ijds.2040.2570.2010.0010>
- Moeini, B., Barati, M., Farhadian, M., & Ara, M. H. (2018). The Association between Social Support and Happiness among Elderly in Iran. *Korean Journal of Family Medicine, 39*(4), 260-265. <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0121>
- Mohzan, M. A. M., Hassan, N., & Halil, N. A. (2013). The Influence of Emotional Intelligence on Academic Achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 90*, 303-312. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.095>
- Moore, R. C., Eyler, L. T., Mausbach, B. T., Zlatar, Z. Z., Thompson, W. K., Peavy, G., Fazeli, P. L., & Jeste, D. V. (2015). Complex Interplay Between Health and Successful Aging :

- Role of Perceived Stress, Resilience, and Social Support. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 622-632. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.004>
- Moran, M., Miller, R., Rzonca, A., Krause, J., Adams, M., Rigsby, B., Prince, M., & Lucas-Thompson, R. (2023). Does motivation for practising mindfulness moderate the effects of mindfulness training on stressed adults? *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12724>
- Morata-Ramírez, M., & Holgado-Tello, F. (2013). Construct Validity of Likert Scales through Confirmatory Factor Analysis : A Simulation Study Comparing Different Methods of Estimation Based on Pearson and Polychoric Correlations. *International Journal of Social Science Studies*, 1. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v1i1.27>
- Morie, K. P., Crowley, M. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2022). The process of emotion identification: Considerations for psychiatric disorders. *Journal of psychiatric research*, 148, 264-274. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.053>
- Morrisette, P. J. (2004). Promoting psychiatric student nurse well-being. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 534-540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00753.x>
- Moss, S. A., & Wilson, S. G. (2015). The Positive Emotions that Facilitate the Fulfillment of Needs May Not Be Positive Emotions At All : The Role of Ambivalence. *EXPLORE*, 11(1), 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.10.006>
- Munir, M., & Azam, R. (2019). *Emotional Intelligence and Employee Performance : An Intervention Based Experimental Study [Journal of Business & Economics (2075-6909)]*. 09, 1-19.
- Murman, D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111-121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Naseer, Z., Chishti, S.-H., Rahman, F., & Jumani, N. B. (2011). Impact of Emotional Intelligence on Team Performance. *International Online Journal of Educational Sciences*, 17.
- Nélis, D. (2014). Chapitre 3. L'identification des émotions. In *Les compétences émotionnelles* (p. 37-58). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0037>

- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence : (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, *47*(1), 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.046>
- Nelson, N. G., Dell'Oliver, C., Koch, C., & Buckler, R. (2001). Stress, Coping, and Success among Graduate Students in Clinical Psychology. *Psychological Reports*, *88*(3), 759-767. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3.759>
- Neveu, D., Doron, J., Visier, L., Boiché, J., Trouillet, R., & Ninot, G. (2011). Filière académique et stress perçu : Quelles implications pour le cursus des étudiants ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *59*, S27. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.02.037>
- Newman, D., Moffitt, T., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults : Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11-21. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*, 552-562. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.3.552>
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings : Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *80*, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Niiya, Y., Ellsworth, P., & Yamaguchi, S. (2006). Amae in Japan and the United States : An exploration of a « culturally unique » emotion. *Emotion (Washington, D.C.)*, *6*, 279-295. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.279>
- Nikolaou, I., & Tsaousis, I. (2002). EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE WORKPLACE : EXPLORING ITS EFFECTS ON OCCUPATIONAL STRESS AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT. *The International Journal of Organizational Analysis*, *10*(4), 327-342. <https://doi.org/10.1108/eb028956>
- Noorbakhsh, S. N., Besharat, M. A., & Zarei, J. (2010). Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *5*, 818-822. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.191>
- Nozaki, Y. (2018). Cross-cultural comparison of the association between trait emotional intelligence and emotion regulation in European-American and Japanese populations. *Personality and Individual Differences*, *130*, 150-155. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.013>
- O'Connor, P., Nguyen, J., & Anglim, J. (2017). Effectively Coping With Task Stress : A Study of the Validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Short Form (TEIQue–

- SF). *Journal of Personality Assessment*, 99(3), 304-314.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1226175>
- Ogden, J. (2005). *Health psychology : A textbook* (3. ed., reprinted). Open Univ. Press.
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*. De Boeck Supérieur.
- Ogińska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace : Exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167-175.
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, 31(4), 271-283.
<https://doi.org/10.1007/s11031-007-9076-7>
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S., & Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22(4), 231-234.
- Park, J., Chung, S., An, H., Park, S., Lee, C., Kim, S. Y., Lee, J.-D., & Kim, K.-S. (2012). A Structural Model of Stress, Motivation, and Academic Performance in Medical Students. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 143-149.
<https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.143>
- Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J., Hogan, M. J., & Majeski, S. A. (2004). Emotional intelligence and academic success : Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 163-172.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00076-X)
- Parmentier, M., Pirsoul, T., & Nils, F. (2019). Examining the impact of emotional intelligence on career adaptability : A two-wave cross-lagged study. *Personality and Individual Differences*, 151, 109446. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.052>
- Parrott, W. G. (2014). *The positive side of negative emotions* (p. xvi, 304). The Guilford Press.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction : A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Pasquier, A., & Pedinielli, J.-L. (2010). Étude exploratoire des relations entre conscience émotionnelle, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs. *L'Encéphale*, 36, D97-D104. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.01.007>

- Pau, A., & Croucher, R. (2003). Emotional Intelligence and Perceived Stress in Dental Undergraduates. *Journal of dental education*, 67, 1023-1028. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2003.67.9.tb03685.x>
- Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure and Function*, 214(5), 451-463. <https://doi.org/10.1007/s00429-010-0258-9>
- Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(12), 1299-1306. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90157-M](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90157-M)
- Peifer, C., Schulz, A., Schächinger, H., Baumann, N., & Antoni, C. H. (2014). The relation of flow-experience and physiological arousal under stress—Can u shape it? *Journal of Experimental Social Psychology*, 53, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.01.009>
- Pekaar, K. A., Linden, D. van der, Bakker, A. B., & Born, M. P. (2017). Emotional intelligence and job performance : The role of enactment and focus on others' emotions. *Human Performance*, 30(2-3), 135-153. <https://doi.org/10.1080/08959285.2017.1332630>
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions : A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>
- Perera, H. N., & DiGiacomo, M. (2013). The relationship of trait emotional intelligence with academic performance : A meta-analytic review. *Learning and Individual Differences*, 28, 20-33. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.002>
- Perera, H. N., & DiGiacomo, M. (2015). The role of trait emotional intelligence in academic performance during the university transition : An integrative model of mediation via social support, coping, and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 83, 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.001>
- Pérez-Fuentes, M. del C., Molero-Jurado, M. del M., Gázquez-Linares, J. J., & Simón-Márquez, M. del M. (2018). Analysis of Burnout Predictors in Nursing : Risk and Protective Psychological Factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 33-40. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
- Perneger, T. V., Hudelson, P. M., & Bovier, P. A. (2004). Health and happiness in young Swiss adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 171-178. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015314.97546.60>
- Peters, J. R., Smart, L. M., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., Smith, G. T., & Baer, R. A. (2015). Anger Rumination as a Mediator of the Relationship Between Mindfulness and

- Aggression : The Utility of a Multidimensional Mindfulness Model. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 871-884. <https://doi.org/10.1002/jclp.22189>
- Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 93, 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.017>
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.10.005>
- Poinsot, R., & Illy, J. (2015). La méditation de pleine conscience (mindfulness) en oncologie. *Cancer(s) et psy(s)*, 2, 74-83.
- Pressman, S., & Cohen, S. (2005). Does Positive Affect Influence Health? *Psychological bulletin*, 131, 925-971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Proctor, C. (2014). Subjective well-being. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (p. 6437-6441). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2905
- 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. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00456>
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. m., & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students : A systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59(1), 15-25. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>
- Qualter, P., Gardner, Kathryn. J., Pope, Debbie. J., Hutchinson, Jane. M., & Whiteley, H. E. (2012). Ability emotional intelligence, trait emotional intelligence, and academic success in British secondary schools: A 5year longitudinal study. *Learning and Individual Differences*, 22(1), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.11.007>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., 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(5), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Rahimi, B., Baetz, M., Bowen, R., & Balbuena, L. (2014). Resilience, stress, and coping among Canadian medical students. *Canadian Medical Education Journal*, 5(1), Article 1.
- Raibley, J. R. (2012). Happiness is not Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 13(6), 1105-1129. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9309-z>

- Ramachandran, Y., Jordan, P. J., Troth, A. C., & Lawrence, S. A. (2011). Emotional Intelligence, Emotional Labour and Organisational Citizenship Behaviour in service environments. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 4(2), 136. <https://doi.org/10.1504/IJWOE.2011.044594>
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students : A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>
- Reverté-Villarroya, S., Ortega, L., Raigal-Aran, L., Sauras-Colón, E., Ricomà-Muntané, R., Ballester-Ferrando, D., Rascón-Hernán, C., Botigué, T., Lavedán, A., González-Osorio, L., Osorio-Spuler, X., & Burjalés-Martí, M. D. (2021). Psychological Well-Being in Nursing Students : A Multicentric, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063020>
- Riegert, M. (2023). Les étudiants de BAPU au cours de la pandémie COVID-19 et ses effets : Quelles analyses des cliniciens ? Spécificités des besoins de soins des étudiants en contexte de crise(s). *Annales Medico-Psychologiques*, 181(4), 348-351. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.02.001>
- Rimé, B. (2016). L'émergence des émotions dans les sciences psychologiques. *L'Atelier du Centre de recherches historiques. Revue électronique du CRH*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/acrh.7293>
- Ríos-Risquez, M. I., García-Izquierdo, M., Sabuco-Tebar, E. de los A., Carrillo-Garcia, C., & Martinez-Roche, M. E. (2016). An exploratory study of the relationship between resilience, academic burnout and psychological health in nursing students. *Contemporary Nurse*, 52(4), 430-439. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1213648>
- Rizvi, S., Steffel, L., & Carson-Wong, A. (2013). An Overview of Dialectical Behavior Therapy for Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 73. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.006>
- Romo, L., Nann, S., Scanferla, E., Esteban, J., Riazuelo, H., & Kern, L. (2019). LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS À L'UNIVERSITÉ COMME DÉTERMINANT DE LA RÉUSSITE ACADÉMIQUE. *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 187-202. <https://doi.org/10.7202/1065909ar>

- Rosete, D., & Ciarrochi, J. (2005). Emotional intelligence and its relationship to workplace performance outcomes of leadership effectiveness. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 388-399. <https://doi.org/10.1108/01437730510607871>
- Roth, G., Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation : Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3), 945-956. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000403>
- Rückert, H.-W. (2015). Students' mental health and psychological counselling in Europe. *Mental Health & Prevention*, 3(1), 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.04.006>
- Rudkin, E., Medvedev, O. N., & Siegert, R. J. (2018). The Five-Facet Mindfulness Questionnaire : Why the Observing Subscale Does Not Predict Psychological Symptoms. *Mindfulness*, 9(1), 230-242. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0766-2>
- Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., & Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals : The mediating effect of perceived stress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), 106-113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12052>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4321-4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Rupert, P., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/PRO0000251>
- Ryan, & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials : A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual review of psychology*, 52, 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- 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(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>

- Ryff, & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69, 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryu, K., & Jang, S. S. (2007). The Effect of Environmental Perceptions on Behavioral Intentions Through Emotions : The Case of Upscale Restaurants. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 31(1), 56-72. <https://doi.org/10.1177/1096348006295506>
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization : Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00030-8)
- Sagaspe, P., Schwartz, S., & Vuilleumier, P. (2011). Fear and stop : A role for the amygdala in motor inhibition by emotional signals. *NeuroImage*, 55(4), 1825-1835. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.01.027>
- Saias, T., du Roscoät, E., Véron, L., Guignard, R., Richard, J.-B., Legleye, S., Sauvade, F., Kovess, V., & Beck, F. (2014). Psychological distress in French college students : Demographic, economic and social stressors. Results from the 2010 National Health Barometer. *BMC Public Health*, 14(1), 256. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-256>
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Mastoras, S. M., Beaton, L., & Osborne, S. E. (2012). Relationships of personality, affect, emotional intelligence and coping with student stress and academic success : Different patterns of association for stress and success. *Learning and Individual Differences*, 22(2), 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.02.010>
- Sala, M., Rochefort, C., Lui, P. P., & Baldwin, A. S. (2020). Trait mindfulness and health behaviours : A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 14(3), 345-393. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1650290>
- Salami, S. O. (2010). Conflict Resolution Strategies and Organizational Citizenship Behavior : The Moderating Role of Trait Emotional Intelligence. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38(1), 75-86. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.1.75>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived Emotional Intelligence, Stress Reactivity, and Symptom Reports : Further Explorations Using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology & Health*, 17(5), 611-627. <https://doi.org/10.1080/08870440290025812>

- Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2016). The relation between emotional intelligence and subjective well-being : A meta-analytic investigation. *The Journal of Positive Psychology, 11*(3), 276-285. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1058968>
- Sanders, A. E., & Lushington, K. (2002). Effect of Perceived Stress on Student Performance in Dental School. *Journal of Dental Education, 66*(1), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2002.66.1.tb03510.x>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet, 398*(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sarrionandia, A., & Mikolajczak, M. (2019). A meta-analysis of the possible behavioural and biological variables linking trait emotional intelligence to health. *Health Psychology Review, 0*(0), 1-25. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>
- Sarrionandia, A., Ramos-Díaz, E., & Fernández-Lasarte, O. (2018). Resilience as a Mediator of Emotional Intelligence and Perceived Stress : A Cross-Country Study. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02653>
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness : Review on State of the Art. *Mindfulness, 4*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>
- Sauer, S., Ziegler, M., Danay, E., Ives, J., & Kohls, N. (2012). Specific Objectivity of Mindfulness—A Rasch Analysis of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Mindfulness, 4*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0145-y>
- Savalei, V. (2020). Improving Fit Indices in Structural Equation Modeling with Categorical Data. *Multivariate Behavioral Research, 56*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/00273171.2020.1717922>
- Sawatzky, J.-A. V. (1998). Understanding nursing students' stress : A proposed framework. *Nurse Education Today, 18*(2), 108-115. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(98\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(98)80014-2)
- Schinckus, L., Avalosse, H., Van den Broucke, S., & Mikolajczak, M. (2018). The role of trait emotional intelligence in diabetes self-management behaviors : The mediating effect of

- diabetes-related distress. *Personality and Individual Differences*, 131, 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.028>
- Schindler, S., Pfattheicher, S., & Reinhard, M.-A. (2019). Potential negative consequences of mindfulness in the moral domain. *European Journal of Social Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2570>
- Schneider, K. (2017). The Resurgence of Awe in Psychology : Promise, Hope, and Perils. *The Humanistic Psychologist*, in press. <https://doi.org/10.1037/hum0000060>
- Schneider, T. R., Lyons, J. B., & Khazon, S. (2013). Emotional intelligence and resilience. *Personality and Individual Differences*, 55(8), Article 8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.460>
- Schooler, J. W. (2002). Re-representing consciousness : Dissociations between experience and meta-consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(8), 339-344. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)01949-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)01949-6)
- Schreiner, I., & Malcolm, J. P. (2008). The Benefits of Mindfulness Meditation : Changes in Emotional States of Depression, Anxiety, and Stress. *Behaviour Change*, 25(03), 156-168. <https://doi.org/10.1375/bech.25.3.156>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*, 3rd ed (p. xx, 510). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116-1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Scroccaro, N. (2012). Obligation de soins et travail thérapeutique. *Le Sociographe*, 39(3), 93-99. <https://doi.org/10.3917/graph.039.0093>
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 749-755. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.749>
- Segal, Z., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., & Michaux, C. (2019). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Prévenir la rechute* (3e éd). De Boeck supérieur.

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Selye, H. (1956). *The stress of life* (p. xvi, 324). McGraw-Hill.
- Senécal, C. B., Vallerand, R. J., & Vallières, É. F. (1992). Construction et validation de l'Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI). [Construction and validation of a French scale « Qualité des Relations interpersonnelles » (EQRI)]. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42(4), 315-324.
- Seppälä, E. M., Bradley, C., Moeller, J., Harouni, L., Nandamudi, D., & Brackett, M. A. (2020). Promoting Mental Health and Psychological Thriving in University Students : A Randomized Controlled Trial of Three Well-Being Interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00590>
- Sewaybricker, L., & Massola, G. (2022). WHAT IS SUBJECTIVE WELL-BEING? A CRITICAL ANALYSIS OF THE ARTICLE SUBJECTIVE WELL-BEING, BY ED DIENER. *Psicologia & Sociedade*, 34. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34258310-en>
- Shahzad, B. (2019). The Role of Functional and Dysfunctional Negative Emotions, Resilience and Mindfulness in Well-Being. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 13(2). <https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2019.10.555857>
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long-term meditators : Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23-39.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Sharp, G., Bourke, L., & Rickard, M. J. F. X. (2020). Review of emotional intelligence in health care : An introduction to emotional intelligence for surgeons. *ANZ Journal of Surgery*, 90(4), 433-440. <https://doi.org/10.1111/ans.15671>
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2020). The Effect of Estimation Methods on SEM Fit Indices. *Educational and Psychological Measurement*, 80(3), 421-445. <https://doi.org/10.1177/0013164419885164>
- Shiple, N., Jackson, M., & Segrest, S. (2010). The effects of emotional intelligence, age, work experience, and academic performance. *RHEJ*, 9.

- Shirai, K., Iso, H., Ohira, T., Ikeda, A., Noda, H., Honjo, K., Inoue, M., & Tsugane, S. (2009). Perceived Level of Life Enjoyment and Risks of Cardiovascular Disease Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center–Based Study. *Circulation*, *120*(11), 956-963. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.834176>
- Siahpush, M., Spittal, M., & Singh, G. K. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion*, *23*(1), 18-26. <https://doi.org/10.4278/ajhp.061023137>
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social Indicators Research*, *117*(2), 561-576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression : Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *258*(5), 115. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-5024-0>
- Singh, M., & Woods, S. A. (2008). Predicting General Well-Being From Emotional Intelligence and Three Broad Personality Traits. *Journal of Applied Social Psychology*, *38*(3), 635-646. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00320.x>
- Singh, Y., & Sharma, R. (2012). Relationship between general intelligence, emotional intelligence, stress levels and stress reactivity. *Annals of Neurosciences*, *19*(3), 107-111. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.190304>
- Sischka, P. E., Costa, A. P., Steffgen, G., & Schmidt, A. F. (2020). The WHO-5 well-being index – validation based on item response theory and the analysis of measurement invariance across 35 countries. *Journal of Affective Disorders Reports*, *1*, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100020>
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International journal of behavioral medicine*, *15*, 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Snowden, A., Stenhouse, R., Young, J., Carver, H., Carver, F., & Brown, N. (2015). The relationship between emotional intelligence, previous caring experience and mindfulness in student nurses and midwives: A cross sectional analysis. *Nurse Education Today*, *35*(1), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.004>
- Song, L. J., Huang, G., Peng, K. Z., Law, K. S., Wong, C.-S., & Chen, Z. (2010). The differential effects of general mental ability and emotional intelligence on academic

- performance and social interactions. *Intelligence*, 38(1), 137-143.
<https://doi.org/10.1016/j.intell.2009.09.003>
- Soscia, I. (2007). Gratitude, delight, or guilt : The role of consumers' emotions in predicting postconsumption behaviors. *Psychology & Marketing*, 24(10), 871-894.
<https://doi.org/10.1002/mar.20188>
- Spitz, É., Costantini, M.-L., & Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping : Des étudiants en première année universitaire. [Psychological distress and coping strategies of first year university students.]. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), 217-225.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MDThe PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744.
<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder : The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C., & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding : A meta-analysis of training studies. *Developmental Review*, 37, 41-65. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.05.001>
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., Bole, C. W., & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Stenhouse, R., Snowden, A., Young, J., Carver, F., Carver, H., & Brown, N. (2016). Do emotional intelligence and previous caring experience influence student nurse performance? A comparative analysis. *Nurse Education Today*, 43, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.015>
- Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O., & Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse*, 9, 223-240.
[https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(97\)90018-3](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(97)90018-3)
- Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., & Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609-626.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1422537>

- Tai, W. (2006). Effects of training framing, general self-efficacy and training motivation on trainees' training effectiveness. *Personnel Review*, 35(1), 51-65. <https://doi.org/10.1108/00483480610636786>
- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, L. E. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 658-673. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9398-0>
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20, 115-119. <https://doi.org/10.1037/emo0000635>
- Tangney, J. P., Dobbins, A. E., Stuewig, J. B., & Schrader, S. W. (2017). Is There a Dark Side to Mindfulness? Relation of Mindfulness to Criminogenic Cognitions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(10), 1415-1426. <https://doi.org/10.1177/0146167217717243>
- Tarka, P. (2017). The comparison of estimation methods on the parameter estimates and fit indices in SEM model under 7-point Likert scale. *Archives of Data Science*, 2, 1-16. <https://doi.org/10.5445/KSP/1000058749/10>
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., & Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions : A cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health*, 13(1), 724. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-724>
- Teh, C. K., Ngo, C. W., Zulkifli, R. A. binti, Vellasamy, R., & Suresh, K. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students : A Cross Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 05(04), Article 04. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2015.54030>
- Thomas, C. L., Pavlechko, G. M., & Cassady, J. C. (2019). An examination of the mediating role of learning space design on the relation between instructor effectiveness and student engagement. *Learning Environments Research*, 22(1), 117-131. <https://doi.org/10.1007/s10984-018-9270-4>
- Thompson, R. J., Dizén, M., & Berenbaum, H. (2009). The Unique Relations between Emotional Awareness and Facets of Affective Instability. *Journal of research in personality*, 43(5), 875-879. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.006>
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Thorndike, R. L., & Stein, S. (1937). An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological Bulletin*, 34(5), 275-285. <https://doi.org/10.1037/h0053850>

- Tindle, H. A., Chang, Y.-F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., Siegle, G. J., & Matthews, K. A. (2009). Optimism, Cynical Hostility, and Incident Coronary Heart Disease and Mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, *120*(8), 656-662. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642>
- Toniolo-Barrios, M., & ten Brummelhuis, L. L. (2023). How does mindfulness reduce stress at work? A two-study examination using a stress appraisal perspective. *Personality and Individual Differences*, *215*, 112392. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112392>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index : A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Tracy, J. L., & Randles, D. (2011). Four models of basic emotions : A review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. *Emotion Review*, *3*(4), 397-405. <https://doi.org/10.1177/1754073911410747>
- Tran, A., Tran, L., Geghre, N., Darmon, D., Rampal, M., Brandone, D., Gozzo, J.-M., Haas, H., Rebouillat-Savy, K., Caci, H., & Avillach, P. (2017). Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *PLOS ONE*, *12*(11), e0188187. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188187>
- Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Bermejo, R., Ferrandiz, C., & López-Liria, R. (2019). Influence of Emotional Intelligence, Motivation and Resilience on Academic Performance and the Adoption of Healthy Lifestyle Habits among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(16), Article 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162810>
- Trigueros, R., Padilla, A. M., Aguilar-Parra, J. M., Rocamora, P., Morales-Gázquez, M. J., & López-Liria, R. (2020). The Influence of Emotional Intelligence on Resilience, Test Anxiety, Academic Stress and the Mediterranean Diet. A Study with University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062071>
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, *37*, 26-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>

- Van Gordon, W., Shonin, D. E., & Garcia-Campayo, J. (2017). Are there adverse effects associated with mindfulness? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *51*, 4867417716309. <https://doi.org/10.1177/0004867417716309>
- van Dusseldorp, L. R., van Meijel, B. K., & Derksen, J. J. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(3-4), 555-562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x>
- Vashisht, R., Singh, K., & Sharma, S. (2018). Emotional Intelligence and its Relationship with Conflict Management and Occupational Stress : A Meta Analysis. *Pacific Business Review International*, *11*(4), 30-38.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, *5*, 15-27.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness : Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, *9*(3), 449-469. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9042-1>
- Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes – Landscape types in environmental psychology. *Urban Forestry & Urban Greening*, *6*(4), 199-212. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2007.07.001>
- Venus, M., & Holtforth, M. grosse. (2022). Interactions of International Pilots' Stress, Fatigue, Symptoms of Depression, Anxiety, Common Mental Disorders and Wellbeing. *International Journal of Aviation, Aeronautics, and Aerospace*, *9*(1). <https://doi.org/10.15394/ijaaa.2022.1667>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities : 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Vignaud, P., & Prieto, N. (2020). Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. *Actualités Pharmaceutiques*, *59*(599), 51-53. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.013>
- Villatte, A., Marcotte, D., & Potvin, A. (2015). Ces étudiants à risque de dépression. *Le Sociographe*, *51*(3), 65-75. <https://doi.org/10.3917/graph.051.0065>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1543-1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>

- Walsh, M., & Arnold, K. (2020). The bright and dark sides of employee mindfulness : Leadership style and employee well-being. *Stress and Health, 36*.
<https://doi.org/10.1002/smi.2926>
- Wang, M., & Saudino, K. J. (2011). Emotion Regulation and Stress. *Journal of Adult Development, 18*(2), 95-103. <https://doi.org/10.1007/s10804-010-9114-7>
- Wang, P. S., Simon, G., & Kessler, R. C. (2006). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(1), 22-33. <https://doi.org/10.1002/mpr.139>
- Wang, Y. zheng, Xu, W., & Luo, F. (2016). Emotional Resilience Mediates the Relationship Between Mindfulness and Emotion. *Psychological Reports, 118*.
<https://doi.org/10.1177/0033294116649707>
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgenèvre, P., Notredame, C.-E., & D'Hondt, F. (2020). Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open, 3*(10), e2025591.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25591>
- Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2010). Dispositional Mindfulness and Depressive Symptomatology : Correlations with Limbic and Self-Referential Neural Activity during Rest. *Emotion (Washington, D.C.), 10*(1), 12-24.
<https://doi.org/10.1037/a0018312>
- Wechsler, D. (1943). Non-intellective factors in general intelligence. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 38*(1), 101-103. <https://doi.org/10.1037/h0060613>
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality, 43*(3), 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>
- Weng, H.-C., Hung, C.-M., Liu, Y.-T., Cheng, Y.-J., Yen, C.-Y., Chang, C.-C., & Huang, C.-K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education, 45*(8), 835-842.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x>
- Westfall, R., Millar, M., & Walsh, M. (2016). Effects of Instructor Attractiveness on Learning. *The Journal of General Psychology, 143*(3), 161-171.
<https://doi.org/10.1080/00221309.2016.1200529>
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Rexrode, K. M., Kroenke, C. H., Glynn, R. J., Garan, H., & Albert, C. M. (2009). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and

- Coronary Heart Disease in Women. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.10.060>
- Wijsman, L. A., Saab, N., Schuitema, J., van Driel, J. H., & Westenberg, P. M. (2019). Promoting performance and motivation through a combination of intrinsic motivation stimulation and an extrinsic incentive. *Learning Environments Research*, 22(1), 65-81. <https://doi.org/10.1007/s10984-018-9267-z>
- Wilbraham, S. J., Qualter, P., & Roy, M. P. (2018). Emotional intelligence and cortisol responses: Can laboratory findings be replicated in classrooms and using other EI measures? *Personality and Individual Differences*, 120, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.021>
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1037/a0018360>
- Wilson Van Voorhis, C. R., & Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211>
- Wolever, R. Q., Bobinet, K. J., McCabe, K., Mackenzie, E. R., Fekete, E., Kusnick, C. A., & Baime, M. (2012). Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 246-258. <https://doi.org/10.1037/a0027278>
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample Size Requirements for Structural Equation Models: An Evaluation of Power, Bias, and Solution Propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913-934. <https://doi.org/10.1177/0013164413495237>
- Wolfe, K. L. (2017). A Longitudinal Study of Hospitality Students' Emotional Intelligence: Comparing High and Low Scores. *Journal of Hospitality & Tourism Education*, 29(2), 51-60. <https://doi.org/10.1080/10963758.2017.1297715>
- Worku, D., Dirriba, A. B., Wordofa, B., & Fetensa, G. (2020). Perceived Stress, Depression, and Associated Factors among Undergraduate Health Science Students at Arsi

- University in 2019 in Oromia, Ethiopia. *Psychiatry Journal*, 2020, e4956234. <https://doi.org/10.1155/2020/4956234>
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (2007). Job Satisfaction and Psychological Well-Being as Nonadditive Predictors of Workplace Turnover. *Journal of Management*, 33(2), 141-160. <https://doi.org/10.1177/0149206306297582>
- Wright, T. A., Cropanzano, R., & Bonett, D. G. (2007). The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2), 93-104. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.2.93>
- Wright, T., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of occupational health psychology*, 5, 84-94. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.84>
- Wu, S.-F. V. (2014). Rapid Screening of Psychological Well-Being of Patients with Chronic Illness : Reliability and Validity Test on WHO-5 and PHQ-9 Scales. *Depression Research and Treatment*, 2014, e239490. <https://doi.org/10.1155/2014/239490>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data : The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51(1), 409-428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Xie, Q.-W., Dai, X., Lyu, R., & Lu, S. (2021). Effects of Mindfulness-Based Parallel-Group Interventions on Family Functioning and Child and Parent Mental Health : A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 12(12), 2843-2864. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01728-z>
- Yang, Y.-H., & Kim, J.-K. (2012). A Literature Review of Compassion Fatigue in Nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(1), 38-51. <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.38>
- Yıldırım, M., & Arslan, G. (2022). Exploring the associations between resilience, dispositional hope, preventive behaviours, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. *Current Psychology*, 41(8), 5712-5722. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01177-2>
- Zaka, A., Shamloo, S. E., Fiorente, P., & Tafuri, A. (2020). COVID-19 pandemic as a watershed moment : A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 883-887. <https://doi.org/10.1177/1359105320925148>

- Zeidner, M., & Olnick-Shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revisited. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 431-435. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.011>
- Zysberg, L., & Raz, S. (2019). Emotional intelligence and emotion regulation in self-induced emotional states : Physiological evidence. *Personality and Individual Differences*, 139, 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.027>

11. Annexes

- P. 263-264 : Annexe n° 1 : *Présentation de l'étude 1 : Psychologie et IFSI*
- P. 265 : Annexe n° 2 : *Données caractéristiques des populations sur l'ensemble des études*
- P. 266-267 : Annexe n° 3 : *Profil de compétences émotionnelles (PEC-50)*
- P. 268-269 : Annexe n° 4 : *Questionnaire de Pleine Conscience en 5 facettes (FFMQ-39)*
- P. 270 : Annexe n° 5 : *Échelle de stress perçu (PSS-10)*
- P. 271 : Annexe n° 6 : *Échelle de bien-être (WHO-5)*
- P. 273 : Annexe n° 7 : *Échelle de résilience (BRS-6)*
- P. 273 : Annexe n° 8 : *Échelle anxiété/dépression (GAD/PHQ-4)*
- P. 274 : Annexe n° 9 : *Échelle de qualité des relations interpersonnelles (EQRI-4)*
- P. 275-276 : Annexe n° 10 : *Questions complémentaires (fréquence des pratiques, satisfaction ...)*
- P. 277 : Annexe n° 11 : *Exercice du raisin*
- P. 278 : Annexe n° 12 : *Méditation courte - 10 minutes*
- P. 279-283 : Annexe n° 13 : *Le balayage corporel ou scan corporel (Bodyscan assis/couché)*
- P. 284-285 : Annexe n° 14 : *méditation assise version longue*
- P. 286-287 : Annexe n° 15 : *Méditation du lien bienveillant ou Loving and Kindness Meditation (LKM)*
- P. 288 : Annexe n° 16 : *Espace de respiration*
- P. 289-290 : Annexe n° 17 : *Méditation de la montagne*
- P. 291 : Annexe n° 18 : *Calendrier des évènements positifs/négatifs*
- P. 292-294 : Annexe n° 19 : *fiches et exercices complémentaires*
- P. 295-299 : Annexe n° 20 : *Compléments analyses statistiques corrélationnelles*
- P. 300-304 : Annexe n° 21 : *Compléments analyses statistiques modèles d'équations structurelles*
- P. 305-307 : Annexe n° 22 : *Compléments analyses statistiques comparaison pré-post intervention en IFSI et en IPA*
- P. 308-309 : Annexe n° 23 : *Extraits de verbatims*
- P. 309 : Annexe n° 24 : *cohérence interne des questionnaires*
- P. 310-316 : Annexe n° 25 : *Analyses confirmatoires et exclusions d'items*

Annexe n° 1 : Présentation de l'étude 1 : Psychologie et IFSI

Cette annexe permet d'introduire (i.e. présentation et condition de passation) l'étude 1 pour les étudiants en psychologie et en IFSI. Cette partie change très légèrement pour les étudiants en IFSI de manière à s'adresser à cette population. Nous ne fournissons que la présentation pour les étudiants en psychologie pour éviter une trop grande redondance des annexes. L'enquête est présentée comme une étude sur la Qualité de vie des étudiants lors du travail universitaire. Cette partie permet d'informer le participant sur l'objectif général de l'étude sans lui dévoiler précisément les variables mesurées et elle permet d'obtenir l'accord libre et éclairé du participant.

Enquête sur la Qualité de Vie durant les études universitaires

Cette enquête est réalisée au sein du laboratoire Psy-DREPI de l'Université de Bourgogne, sous la responsabilité du Pr. Edith Salès-Wuillemin, dans le cadre de la thèse en Psychologie, du Psychologue du travail et doctorant Morgan Gelin.

Cette enquête vise à explorer la perception de la **qualité de vie globale des étudiants plus particulièrement dans le travail universitaire**. Les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette thèse et des productions scientifiques y afférant.

Vous avez été contacté(e) car **votre point de vue d'étudiant en psychologie nous intéresse**.

Une série de questions va vous être posée. **Nous vous prions de répondre du mieux que vous le pouvez et le plus honnêtement possible**. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Répondre à ce questionnaire vous prendra environ 30 minutes.

Ce temps peut paraître long, mais il nous permettra **d'être le plus précis possible dans l'analyse de votre perception et de votre ressenti**.

D'avance un grand merci pour le temps que vous consacrerez à cette enquête.

En accord avec le code de déontologie des psychologues, conditions de passation et garanties d'anonymat

Nous nous engageons à respecter votre liberté. La passation du questionnaire se fait sur la base du volontariat et vous êtes libre de choisir de participer à l'étude ainsi que d'arrêter votre participation à tout moment. Pour cela, il suffit de fermer la fenêtre du navigateur.

Nous nous engageons à respecter l'anonymat et la confidentialité de vos données. Elles seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude et seront traitées par le responsable de l'étude. Les données récoltées individuellement ne seront pas diffusées, seuls les résultats et conclusions de l'étude seront accessibles.

Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats de cette enquête, merci de nous le signaler en fin de questionnaire, nous vous enverrons ces informations au plus tard à la fin du mois de septembre 2020.

Accord des participants

- Compte tenu des garanties de participation qui vous ont été présentées, acceptez-vous de participer à cette étude ?
 - Oui
 - Non

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez. Prenez le temps de bien lire les consignes qui peuvent varier suivant les questionnaires.

Annexe n° 2 : Données caractéristiques des populations sur l'ensemble des études

Cette partie permet de recueillir quelques informations essentielles pour la description de nos échantillons.

Étudiants en Psychologie :

- Quel est votre sexe ?
 - Femme
 - Homme
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre langue maternelle ?
 - Française
 - Autre
- Quel est votre niveau d'étude en Psychologie ?
 - Licence 1
 - Licence 2
 - Licence 3
 - Master 1
 - Master 2
 - Doctorat

Étudiant en IFSI :

- En quelle année d'étude êtes-vous à l'IFSI ?
 - 1
 - 2
 - 3
- À quel Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) appartenez-vous ?

Annexe n° 3 : Profil de compétences émotionnelles (PEC-50)

Consignes : Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses car nous sommes tous différents à ce niveau. Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

- 1 signifie que la proposition ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon
- Au contraire, 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou que cela vous arrive très souvent.

Modalités de réponses : Échelle de Likert en 5 points

- Pas du tout → Tout à fait

Liste des items (PEC-50)³⁸ :

- **1R** : Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent. (*Co intra*)
- **2R** : Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis. (*Co intra*)
- **3** : Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux. (*Ut inter*)
- **4** : Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause. (*Ut inter*)
- **5R** : Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens. (*Co inter*)
- **6** : Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content(e), fier(e) de moi ou détendu(e). (*Id intra*)
- **7** : Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas. (*Id inter*)
- **8** : J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens. (*Ex intra*)
- **9R** : Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie. (*Ut intra*)
- **10** : Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e). (*Co intra*)
- **11** : Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres. (*Ut inter*)
- **12** : Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile. (*Re intra*)
- **13** : Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches. (*Co inter*)
- **14** : La plupart du temps, il m'est facile de comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent. (*Co inter*)
- **15** : Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur. (*Re intra*)
- **16** : Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens. (*Id intra*)

³⁸ **R** = items inversés ; **Intra** = IE intra-individuelle ; **Inter** = IE inter-individuelle ; **Id** = identification ; **Co** = compréhension ; **Ex/Ec** = Expression/écoute ; **Re** = régulation ; **Ut** = Utilisation

- **17** : Si quelque chose me déplaît j'arrive à le dire calmement. (*Ex intra*)
- **18R** : Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent. (*Co inter*)
- **19** : Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer. (*Re inter*)
- **20R** : Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère. (*Id intra*)
- **21** : J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie. (*Ut intra*)
- **22** : J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles. (*Ut intra*)
- **23** : Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels. (*Ec inter*)
- **24** : Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie. (*Ut intra*)
- **25R** : C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux. (*Ex intra*)
- **26R** : Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e). (*Co intra*)
- **27R** : Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire. (*Re inter*)
- **28R** : J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent. (*Ec inter*)
- **29R** : Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont. (*Id inter*)
- **30** : J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent. (*Id inter*)
- **31R** : J'essaie d'éviter que les gens me parlent de leurs problèmes. (*Ec inter*)
- **32** : Je sais comment faire quand je veux motiver les gens. (*Ut inter*)
- **33** : Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens. (*Re inter*)
- **34R** : J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu. (*Co inter*)
- **35** : Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent. (*Re inter*)
- **36** : Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal. (*Ut inter*)
- **37R** : Je trouve difficile de gérer mes émotions. (*Re intra*)
- **38R** : Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens. (*Ex intra*)
- **39** : Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer. (*Re intra*)
- **40R** : Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur. (*Id inter*)
- **41** : Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi. (*Ut intra*)
- **42R** : Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions. (*Ex intra*)
- **43R** : Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi. (*Co intra*)
- **44R** : Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi. (*Id inter*)
- **45** : Les autres me disent que je suis un bon confident. (*Ec inter*)
- **46R** : Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux. (*Ec inter*)
- **47** : Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer. (*Re inter*)
- **48** : Je suis conscient(e) de mes émotions au moment où je les éprouve. (*Id intra*)
- **49R** : Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement. (*Id intra*)
- **50** : Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme. (*Re intra*)

Annexe n° 4 : Questionnaire de Pleine Conscience en 5 facettes (FFMQ-39)³⁹

Consignes : Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses. Il est important de répondre spontanément. Cochez ce qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

Modalités de réponses : Échelle de Likert en 5 points

- Jamais ou très rarement vrai
- Rarement vrai
- Parfois vrai
- Souvent vrai
- Très souvent ou toujours vrai

Liste des Items (FFMQ-39) :

- **1** : Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement. (*Ob*)
- **2** : Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments. (*De*)
- **3R** : Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées. (*Nj*)
- **4** : Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir. (*Nr*)
- **5R** : Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e). (*Act*)
- **6** : Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps. (*Ob*)
- **7** : Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes. (*De*)
- **8R** : Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e). (*Act*)
- **9** : J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux. (*Nr*)
- **10R** : Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens. (*Nj*)
- **11** : Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions. (*Ob*)
- **12R** : Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense. (*De*)
- **13R** : Je suis facilement distrait(e). (*Act*)
- **14R** : Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière. (*Nj*)
- **15** : Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage. (*Ob*)
- **16R** : J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses. (*De*)
- **17R** : Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises. (*Nj*)

³⁹ **R** = items inversés ; **Ob** = Observation ; **De** = Description ; **Act** = Agir en PC ; **Nj** = Non-jugement ; **Nr** = Non-réactivité

- **18R** : J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent. (*Act*)
- **19** : Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle. (*Nr*)
- **20** : Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures. (*Ob*)
- **21** : Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement. (*Nr*)
- **22R** : Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes. (*De*)
- **23R** : On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais. (*Act*)
- **24** : Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après. (*Nr*)
- **25R** : Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense. (*Nj*)
- **26** : Je remarque les odeurs et les arômes des choses. (*Ob*)
- **27** : Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots. (*De*)
- **28R** : Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve). (*Act*)
- **29** : Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir. (*Nr*)
- **30R** : Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir. (*Nj*)
- **31** : Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières. (*Ob*)
- **32** : Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots. (*De*)
- **33** : Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer. (*Nr*)
- **34R** : Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais. (*Act*)
- **35R** : Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image. (*Nj*)
- **36** : Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement. (*Ob*)
- **37** : Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables. (*De*)
- **38R** : Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention. (*Act*)
- **39R** : Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles. (*Nj*)

Annexe n° 5 : Échelle de stress perçu (PSS-10)

Consignes : Veuillez indiquer, pour chacune des affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Au cours du dernier mois, combien de fois :

Modalités de réponses : Échelle de Likert en 5 points

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez Souvent
- Souvent

Liste des items (PSS-10) :

- **1** : Avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?
- **2** : Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?
- **3** : Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?
- **4R** : Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?
- **5R** : Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?
- **6** : Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? (6)
- **7R** : Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?
- **8R** : Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?
- **9** : Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?
- **10** : Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

Annexe n° 6 : Échelle de bien-être (WHO-5)

Consignes : Veuillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours du dernier mois.

Modalités de réponses : Échelle de Likert en 6 points

- Jamais
- De temps en temps
- Moins de la moitié du temps
- Plus de la moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

Liste des items (WHO-5) :

- **1** : Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur.
- **2** : Je me suis senti(e) calme et tranquille.
- **3** : Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se).
- **4** : Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e).
- **5** : Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.

Annexe n° 7 : Échelle de résilience (BRS-6)

Consignes : Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses. Il est important de répondre spontanément. Veuillez indiquer pour chaque phrase à quel point celle-ci vous correspond.

Modalités de réponses : Échelle de Likert en 5 points

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Neutre
- Oui plutôt
- Oui, tout à fait

Liste des items (BRS-6) :

- **1** : Je tends à rebondir rapidement après des moments difficiles.
- **2R** : J'ai du mal à traverser des évènements stressants.
- **3** : Je me remets facilement d'un évènement stressant.
- **4R** : Il est difficile pour moi de revenir brusquement à la réalité quand quelque chose se passe mal.
- **5** : En général je traverse les moments difficiles sans trop de difficulté.
- **6R** : J'ai tendance à prendre beaucoup de temps pour me remettre des revers dans ma vie.

Annexe n° 8 : Échelle anxiété/dépression (GAD/PHQ-4)⁴⁰

Consignes : Veuillez indiquer au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

Modalités de réponses : Echelle de Likert en 4 points

- Jamais
- Quelques jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

Liste des items (GAD/PHQ-4) :

- **1** : Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension. (*Anx*)
- **2** : Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes. (*Anx*)
- **3** : Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses. (*Dép*)
- **4** : Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e). (*Dép*)

⁴⁰ Anx = anxiété ; Dép = dépression

Annexe n° 9 : Échelle de qualité des relations interpersonnelles (EQRI-4)

Consignes : Veuillez indiquer la qualité des relations que vous avez présentement avec les gens en général et les personnes de votre entourage. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Modalités de réponses : Echelle de Likert en 5 points

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

Liste des items (EQRI-4) :

- 1 : Vos relations avec les gens en général sont harmonieuses.
- 2 : Vos relations avec les gens en général sont valorisantes.
- 3 : Vos relations avec les gens en général sont satisfaisantes.
- 4 : Vos relations avec les gens en général vous inspirent confiance.

Annexe n° 10 : Questions complémentaires (fréquence des pratiques, satisfaction ...)

Q1 : Sans compter les exercices réalisés en cours, quelle a été votre fréquence d'entraînement au mindfulness ?

- Les pratiques formelles (méditation, Bodyscan ...)
- Les pratiques informelles (Observation attentive, manger, marcher, se doucher ... les choses du quotidien où vous avez essayé d'être plus pleinement conscient)

Modalités de réponses :

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Très souvent

Q2 : Combien de fois avez-vous pratiqué la pleine-conscience toutes pratiques confondues (formelles et informelles) ?

Modalités de réponses :

- 0 fois
- 1 à 5 fois
- 5 à 10 fois
- 11 à 15 fois
- 16 et plus

Q3 : Questions sur les cours et les exercices annexes.

- Avez-vous trouvé les cours et les exercices : intéressants et utiles ?
- Avez-vous approfondi certains exercices réalisés en cours ?
- Avez-vous relu les cours ?

Modalités de réponses :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

Q4 : Combien de fois avez-vous été absent ? (Nombre de séances ratées)

Modalités de réponses :

- 0 à 6

Annexe n° 11 : Exercice du raisin

Tiré et inspiré de : Soigner par la méditation – Thérapies de Pleine Conscience, Berghmans & herbert, 2008, p. 90

Je vais faire le tour de l'assemblée et je vais donner à chacun d'entre vous le même objet, un raisin de Corinthe. Maintenant, ce que j'aimerais que vous fassiez, c'est que vous vous focalisiez sur cet objet et que vous imaginiez simplement que vous n'avez jamais rien vu de pareil auparavant, que c'est la première fois que vous voyez cet objet.

1 : Prenez cet objet et tenez-le entre l'index et le pouce. Regardez-le attentivement.

2 : Regardez-le comme si vous n'aviez rien vu de tel auparavant. Tournez-le entre les doigts. Observez-le attentivement.

3 : Explorer sa texture entre vos doigts, examiner les différents reliefs, les contrastes de lumière sur l'objet.

4 : Si des pensées tel que « quel est le but de ceci ? », « C'est vraiment étrange ce que nous faisons », vous viennent à l'esprit, notez-les simplement comme des pensées et ramenez votre conscience sur l'objet.

5 : Prenez l'objet, portez-le à votre nez et sentez-le, et notez bien son odeur à chaque inspiration.

6 : Maintenant, regardez-le à nouveau, observez-le avec attention.

7 : Amenez-le maintenant lentement à la bouche, voyez votre bras qui sait exactement où aller, remarquez que votre bouche peut-être, salive déjà.

8 : Mettez doucement l'objet dans votre bouche, remarquez comment il est accueilli sans le mordre.

9 : Quand vous êtes prêt, mordez très consciemment dedans et notez le goût qu'il libère dans votre bouche.

10 : Mâchez-le lentement, remarquez la salive dans la bouche, le changement de consistance de l'objet.

11 : Lorsque vous êtes prêt à avaler, essayez de détecter l'intention d'avalier au fur et à mesure qu'elle se forme, de telle sorte que vous expérimentiez ceci avant même de réellement avaler l'objet.

12 : Pour terminer examiner si vous pouvez suivre les sensations lorsque l'objet est avalé et descend dans votre estomac, tout en réalisant que votre estomac contient un raisin de plus. Faites ceci le plus consciemment possible.

Annexe n° 12 : Méditation courte - 10 minutes

Vous allez fermer les yeux et vous laisser guider par le son de ma voix. Cet exercice consiste à vous centrer sur l'instant présent et à vous faire prendre conscience, moment après moment de ce que vous ressentez, sans donner d'explications aux choses.

Installez-vous confortablement sur votre chaise, les pieds bien posés sur le sol, sans trop vous appuyer sur le dossier de la chaise, le dos droit et les épaules détendues ...

Vous allez tout d'abord bien prendre conscience de votre respiration ... Portez votre attention sur l'air qui entre dans vos narines, parcourt votre gorge et vient gonfler vos poumons à l'inspiration ... Centrez votre attention sur cette inspiration ... Puis des poumons qui se vident et de l'air qui ressort par vos narines à l'expiration ... Centrez votre attention sur vos expirations ... Observez simplement les mouvements produits par votre respiration par l'alternance d'inspiration et des expirations ... Centrez-vous sur votre respiration, sans chercher à la changer et laissez-la naturellement aller à son rythme lent, régulier et calme ...

Prenez maintenant conscience de votre corps dans son ensemble, de sa position dans l'espace et de votre posture, assis ici et maintenant sur votre chaise ... Vous pouvez ressentir les différents points de contact du corps ... de vos pieds avec le sol ... de vos cuisses et de vos muscles fessiers avec la chaise ... de vos mains posées sur vos jambes ... de votre dos avec le dossier de la chaise ... Explorez tranquillement, à votre rythme, ces différentes sensations de contact ou de pression de manière à les identifier et à les ressentir pleinement ... Vous pouvez également sentir le contact des vêtements sur la peau ... les sensations de l'air frais sur les parties découvertes de votre corps, les mains et le visage ... Restez centré sur ces différentes sensations ...

Tout en restant centré sur vos sensations, si des pensées vous viennent à l'esprit, prenez-en simplement notes en les identifiant, ne les jugez pas et ne cherchez pas à les chasser ... Acceptez-les simplement et laissez-les repartir comme elles sont venues. Pensez à toujours ramener votre attention sur l'instant présent, dans l'ici et maintenant sur vos sensations corporelles et votre respiration.

Centrez votre attention sur votre respiration et prenez de nouveau conscience des mouvements de votre poitrine, qui se soulève à l'inspiration ... et qui s'abaisse à l'expiration ... Vous pouvez maintenant vous centrer pleinement sur 3 de ces cycles respiratoires ... Vous pouvez imaginer le trajet de l'air allant de votre nez jusqu'à votre ventre, passant par la gorge et vos poumons, qui vient gonfler votre ventre et votre cage thoracique en suivant le rythme de votre respiration, calme et sereine ... Restez en contact avec vos sensations et ce moment présent que vous vivez pleinement.

Vous pouvez maintenant revenir progressivement, en bougeant vos doigts, vos mains, vos pieds et lorsque vous vous sentirez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux ...

Annexe n° 13 : Le balayage corporel ou scan corporel (Bodyscan assis/couché)

Notes : L'exercice est globalement similaire dans les deux versions, nous avons simplement proposé une version assise et couché pour nous adapter aux modalités d'intervention et aux préférences des participants.

Tiré et inspiré de : Soigner par la méditation – Thérapies de Pleine Conscience, Berghmans & herbert, 2008, p. 96-100

Conscience de la respiration

Asseyez-vous confortablement, prenez le temps nécessaire pour bien vous positionner, le dos droit, les épaules détendues, les pieds bien posés au sol ... Une fois que vous vous sentez à l'aise, prenez conscience de vos paupières, fixez votre attention et vous pouvez si vous le souhaitez, doucement les fermer.

Ensuite, portez votre attention sur votre respiration ... Laissez votre corps respirer, n'essayez pas de manipuler votre respiration d'une quelconque façon. Laissez-vous aller tranquillement ...

Essayez d'expérimenter simplement la façon dont l'air se déplace dans votre corps, dirigeant en particulier votre attention sur votre ventre, votre abdomen ... L'air entre doucement par vos narines et pénètre dans vos poumons progressivement ...

Essayez de ressentir les sensations dans cette région lorsque l'air pénètre dans votre corps et que l'abdomen gonfle doucement ... et aussi, lorsque l'air ressort du corps et que le ventre se dégonfle, ... ceci en suivant le mouvement rythmique de votre ventre à chaque respiration.

Inspirez doucement, expirez doucement ... Accompagnez ce cycle en conscience, inspirez doucement et expirez doucement.

Laissez-vous aller, laissez votre corps devenir lourd alors qu'il s'ancre un peu plus profondément sur votre chaise ... Accordez de l'importance à votre respiration à chaque instant ...

Body scan de la jambe gauche et conscience de la respiration

Lorsque vous vous sentez prêt, déplacez l'objectif de votre attention sur le bas de la jambe gauche et plus particulièrement sur les orteils du pied gauche, et prenez-en conscience ...

L'important est que vous sentiez juste vos orteils tels qu'ils sont, en vous concentrant ...

Expérimentez le gros orteil, essayez de le ressentir ... Puis essayez de ressentir le petit orteil, sans le bouger, mais juste en le ressentant individuellement ..., puis les autres orteils ... et, lorsque vous inspirez, imaginez que l'air descend directement dans les poumons et le ventre et

vers le bas de la jambe gauche jusqu'à vos orteils ... Lorsque vous expirez, imaginez que l'air remonte de vos orteils et ressort automatiquement par votre nez, comme si vous inspiriez vers le bas jusqu'à vos orteils et expiriez à partir de vos orteils ...

Essayez cet exercice. L'important n'est pas de réussir mais de le pratiquer calmement ...

Lorsque vous êtes prêt, expirez pour quitter vos orteils complètement et déplacez votre attention sur le bas de votre pied gauche, respirez avec lui, et expirez à partir de celui-ci en le laissant juste s'en aller ...

Respirez ensuite dans le talon ... et lors d'une expiration, laissez-vous quitter celui-ci, devenant conscient du dessus de votre pied ... Ne pensez pas autrement à votre pied qu'en étant juste présent ici avec lui, le ressentant, le laissant prédominer le champ de votre conscience, respirant avec lui ... Visualisez et ressentez la plante de votre pied dans sa totalité ...

Puis, laissez cette conscience s'étendre à la cheville et ressentez les sensations de votre cheville gauche ... respirez à l'intérieur de celle-ci ... et lors d'une expiration, quittez la cheville et votre pied gauche et devenez alors conscient de la partie inférieure de la jambe gauche, du tibia et du mollet ... de sa surface comme de sa profondeur. Expérimentez cette région telle qu'elle est, n'essayez pas de la rendre différente, acceptez les sensations que vous ressentez, respirez avec elles ... et lorsque vous êtes prêt, quittez également cette partie du corps.

Focalisez maintenant votre attention en remontant vers votre genou, expérimentez votre genou gauche, respirez à l'intérieur ... et lors d'une expiration, laissez-le s'effacer également.

Déplacez-vous maintenant vers la région de la cuisse ... en remontant jusqu'à l'aîne et la hanche, expérimentant juste votre cuisse gauche, la laissant aussi molle et détendue que possible ... et s'il y a une quelconque tension, laissez-la sortir lors d'une expiration.

Lorsque vous êtes prêt, prenez une respiration plus profonde vers le bas dans votre cuisse ... et lorsque vous expirez, laissez-là s'effacer du champ de votre conscience, se relaxer et se ramollir en vous laissant aller. Prenez maintenant conscience de votre jambe dans sa totalité, soyez avec elle, dans l'instant ...

Body scan de la jambe droite et conscience de la respiration (prendre des pauses plus longues)

Écartons-nous maintenant vers la jambe droite, devenons conscients des sensations dans les orteils droits ... ressentez-les sensations du gros orteil ... du petit et des autres ... vous pouvez diriger l'air inspiré vers les orteils ... et lors de l'expiration, laissez l'air remonter de vos orteils et ressortir par votre nez, en enregistrant les sensations qui sont présentes dans cette région, sans les juger ...

Quand vous le voulez, prenez une inspiration plus profonde vers le bas à l'intérieur de vos orteils et lors de l'expiration, laissez vos orteils s'évanouir dans le champ de votre conscience ... Laissez votre attention se porter sur le bas de votre pied droit, en incluant le talon ... puis la plante de pied dans sa totalité ...

Puis profitez d'une expiration pour quitter cette région et déportez doucement votre attention sur le dessus du pied et la cheville, inspirant et expirant dans cette région ... puis laissez-la juste partir, se détendre et s'évanouir de votre conscience sur une expiration alors que vous prenez conscience de la partie inférieure de la jambe, de votre tibia et votre mollet ...

Lorsque vous êtes prêt, respirez à l'intérieur du bas de votre jambe ... Profitez d'une expiration pour la quitter également, et prenez alors conscience de votre genou droit en inspirant à l'intérieur de celui-ci ... vous pouvez maintenant le quitter également, lors de l'expiration.

Maintenant, prenez conscience de votre cuisse droite entre la hanche, le bassin et l'aîne, en partant du genou. Inspirez et expirez dans cette région, en explorant les sensations que vous ressentez ...

Lors d'une expiration, quittez cette région également.

Prise de conscience du bassin et dos

Devenez maintenant conscient de votre bassin, d'une hanche à l'autre, de vos muscles fessiers en contact avec la chaise ... Observez ces sensations de contact, et de pesanteur ...

Prenez conscience de la région des hanches elles-mêmes et respirez avec votre bassin dans son intégralité durant quelques secondes ...

Dirigez l'air vers le bas lors de l'inspiration et, lors de l'expiration, laissez le bassin se relâcher et se détendre, toute tension présente s'en allant avec l'air ... soyez satisfait d'être comme vous êtes juste à cet instant.

Dirigez ensuite votre attention vers le bas du dos, expérimentant les sensations qui s'y trouvent ...

Expérimentez votre dos tel qu'il est en cet instant ... laissant l'air pénétrer, se déplacer dans chaque région du bas du dos lors de l'inspiration ... et de l'expiration.

Laissez toute tension ou contraction être là puis s'en aller lors de l'expiration ... et lors d'une de ces expirations, quittez le bas du dos et remontez vers le haut du dos, en remontant le long de la colonne vertébrale, respirant avec vos sensations.

Et quelles que soient les tensions ou contractions, laissez-les simplement disparaître et quitter le corps lors de l'expiration ... Portez ensuite votre attention à nouveau sur le ventre ... expérimentant la dilatation et la rétraction de celui-ci, qui suit le rythme régulier de votre respiration ... Permettez ensuite à la conscience de se diffuser du ventre vers le plexus solaire, puis vers poitrine en s'attardant sur les sensations corporelles de chacune de ces zones.

Expérimentez la poitrine qui se gonfle à l'inspiration et se rétracte quelque peu à l'expiration ... Vous pouvez peut-être, ressentir votre cœur et ses battements.

Lorsque vous êtes prêt, contentez-vous de laisser cette région s'évanouir du champ de votre conscience, tout en restant au contact de votre respiration ...

Body scan des bras et mains (Cet exercice peut se faire alternativement avec chaque partie — droite, gauche — des bras et des mains ou de manière confondue.)

Maintenant, déplacez votre attention vers les extrémités des doigts de vos mains (droite/gauche) ... Vous pouvez prendre conscience des sensations présentes dans les extrémités de vos doigts et dans les paumes ...

Soyez juste dans vos doigts, à l'intérieur et sur la partie arrière de vos doigts puis ressortez par les extrémités laissant le champ de votre conscience se diffuser jusqu'à inclure les paumes de vos mains ... puis de l'arrière de vos mains ... et enfin, des poignets ... Portez votre attention sur l'avant-bras et le coude droit, expérimentant votre corps tel qu'il est dans l'instant présent ...

Incluez maintenant la partie supérieure de vos bras, en partant du coude, remontez progressivement vers l'épaules en portant votre conscience sur les différentes sensations présentes ...

Expérimentez les épaules et s'il y a une tension, respirez juste dans celles-ci et dans votre bras droit lors de l'inspiration ... Laissez cette tension s'en aller lors de l'expiration ...

Soyez présent à chaque instant ...

Maintenant, laissons l'objectif de notre attention remonter vers le cou, la colonne vertébrale et plus particulièrement, les cervicales ... Puis portez votre attention vers la gorge et ressentez cette région de votre corps dans son intégralité ...

Inspirez vers le bas, dans le cou, intentionnellement et lors de l'expiration, quittez-le également ... le laissant se détendre.

Body scan du visage et de la tête

Prenez alors conscience de votre visage et concentrez-vous en premier sur la mâchoire et le menton, l'expérimentant juste tel qu'il est, respirant avec cette région ... et lors de l'expiration, laissez-la disparaître, devenant conscient de vos lèvres et de votre bouche ... des dents et des gencives ... de la langue et du palais ainsi que de l'arrière de la bouche ... et lors d'une expiration, laissez cette région s'évanouir également.

Devenez alors conscient de votre nez ... Ressentez de quelle façon l'air se déplace dans le nez au niveau des narines, en étant conscient de vous-même, ainsi que des sensations au niveau de vos yeux, de vos sourcils, de l'espace entre les sourcils ... Prenez conscience de toute la région autour des yeux, des paupières.

S'il y a une tension, laissez-la s'en aller en même temps que l'air s'en va lors de l'expiration, permettant à vos tempes de se relaxer et de s'effacer alors que vous expérimentez les sensations sur le côté de votre tête ... En respirant vers vos oreilles ... et expirant à partir des oreilles.

Respirez ensuite juste avec votre front, le laissant se relâcher ... et si vous sentez un quelconque mouvement associé à de la tension, soyez-en juste conscient et inspirez dans cette tension puis relâchez là à l'expiration ...

Respirez ensuite avec l'intégralité de votre visage comme si vous veniez du dessous et de l'intérieur ... gardez votre attention centrée sur les sensations de l'ensemble du visage. Maintenant, devenez conscient de l'arrière de la tête, du sommet de la tête, de la région entière du crâne, en inspirant dans cette région tout entière et expirant en laissant l'air quitter votre nez.

Lorsque vous êtes prêt, ressentez votre corps comme un tout du sommet de votre tête au bas de vos pieds, étant allongé ici dans un état de quiétude et de relaxation profonde, vous sentant vraiment tel que vous êtes.

Lorsque l'exercice s'arrêtera, ramenez votre conscience à votre corps de nouveau et ressentez-le comme un tout, renouez avec l'activité de votre vie. Vous pouvez vous féliciter d'avoir pris le temps et l'énergie pour explorer vos sensations corporelles de cette façon. Vous pouvez encore profiter de cet état, pleinement conscient de votre corps et du moment présent, lorsque vous le souhaitez et uniquement lorsque vous le souhaitez, vous pourrez revenir progressivement, et ouvrir les yeux.

Annexe n° 14 : méditation assise version longue

Tiré et inspiré de : Soigner par la méditation – Thérapies de Pleine Conscience, Berghmans & Herbert, 2008, p. 103-105

Étape 1 : Prendre conscience du souffle

Asseyez-vous en tailleur (ou sur une chaise) ou sur un coussin au sol dans une position confortable, en gardant le dos bien droit. Concentrez votre attention sur le fait que vous respirez et devenez conscient du mouvement de l'air lorsqu'il pénètre dans votre corps et lorsqu'il quitte votre corps, sans manipuler la respiration d'une quelconque façon ou en essayant de la changer, en étant simplement conscient de la respiration et des sensations qui y sont associées. Ressentez l'abdomen qui se gonfle doucement à l'inspiration et qui se dégonfle à l'expiration, sans essayer de faire quoi que ce soit, sans essayer de bouger, juste en étant avec votre respiration.

Étape 2 : Prendre conscience de nos pensées et les observer telles qu'elles sont, en ramenant la conscience à la respiration

Votre esprit s'égarrera sans doute dans des pensées, des fantasmes mais lorsque vous le constaterez, votre attention ne sera plus là. Alors, à ce moment, sans vous imposer un instant difficile, contentez-vous de reporter intentionnellement votre attention sur la respiration et continuez à observer vos pensées, simplement. Concentrez-vous de nouveau sur la respiration et maintenez-y votre attention, pleinement conscient de la durée de l'inspiration et de celle de l'expiration, d'instant en instant. N'essayez pas de réussir, contentez-vous de faire. À chaque fois que vous trouvez que votre esprit s'égare de la respiration, soyez-en simplement conscient et ramenez-le doucement vers votre ventre, vers le présent, vers l'observation instant après instant du flux de votre respiration.

Étape 3 : Prendre conscience des sensations désagréables et les accepter à travers la méditation

Venons-en maintenant à la pratique de la méditation, utilisant la conscience de votre respiration comme une ancre vers laquelle vous portez votre attention pour vous ramener dans le présent à chaque fois que vous remarquez que l'esprit s'évade du présent ou devient déséquilibré, préoccupé ou réactif. Lorsque vous observez votre respiration, il se peut que vous trouviez que des sensations de votre corps envahissent occasionnellement le champ de votre conscience, générant une gêne ou une agitation qui peut parfois être intense. Essayez d'étendre le champ de votre conscience autour de votre respiration de sorte qu'il inclut le ressenti de votre corps comme un tout, et ressentez votre respiration de la tête aux orteils, alors que vous devenez conscient de toutes les sensations dans votre corps. De nouveau, à chaque fois que vous remarquez que votre esprit est susceptible de s'égarer, contentez-vous simplement de le ramener vers votre respiration et vers le ressenti de votre corps en étant simplement, en étant complètement présent, complètement avec vous-même. Il peut y avoir des moments où les sensations et une partie de votre corps deviennent accablantes et dominant le champ de votre conscience à un point tel qu'il devient très difficile de rester concentré. Si cela se produit, deux alternatives se présentent à vous : • l'une consistant à

adopter une position plus confortable de sorte à relâcher l'intensité ; • l'autre à travailler avec cette intensité, consistant à simplement essayer de rester là avec elle, sans bouger, et en vous concentrant, dépendant de cette région du corps expérimentée et chevauchant simplement la sensation à chaque instant, inspirant et expirant avec elle, expérimentant complètement ce que votre corps est en train de vous dire juste maintenant et lui répondant en vous ouvrant et vous détendant plutôt qu'en vous crispant et en résistant. Soyez simplement conscient de vos réactions, observez-les également en les différenciant des sensations et lorsque l'intensité décroît, rétablissez votre conscience au niveau de votre corps en tant que tout.

Étape 4 : Prendre conscience des sons qui nous entourent, sans les juger

Maintenant, autorisez à nouveau le champ de votre conscience à s'étendre vers les sons dont nous pouvons être conscients dans l'environnement ou peut-être en provenance de l'intérieur de notre corps. Contentez-vous de vous déplacer vers les oreilles à présent et laissez votre conscience être spécifiquement la conscience de l'ouïe. Soyez simplement réceptif à tout ce qui pénètre dans votre conscience en tant que son, avec une pleine conscience de l'ouïe, d'un instant à l'instant suivant en respirant. Si vous entendez quelque chose, ne le jugez pas, résidez simplement dans le fait d'être instant après instant avec votre ouïe, assis dans le calme, conscient du son, conscient du silence. Et si à nouveau vous remarquez que votre esprit est distrait à n'importe quel instant, contentez-vous de le ramener, soit vers votre respiration pour vous ancrer, soit directement vers vos oreilles, juste à l'instant présent.

Étape 5 : Considérer les pensées comme des événements observables, des coupures de notre concentration

Maintenant, nous allons étendre notre conscience de sorte qu'elle inclue le fait de penser, les pensées telles qu'elles se déplacent à travers notre esprit, représentant plutôt des distractions et des coupures au niveau de notre concentration. Nous allons simplement regarder chaque pensée émergeant dans notre esprit comme une pensée, un événement observable, laissant la pensée juste venir et repartir. Quelle qu'elle soit, observez-la comme un événement dans le champ de votre conscience. Si vous vous trouvez entraîné dans le flux de la pensée, si vous remarquez que vous n'êtes plus avec elle mais ailleurs, revenez simplement à l'observation de cet événement et utilisez votre respiration et le ressenti de votre corps pour vous ancrer et vous stabiliser dans le présent. Si en particulier les pensées qui arrivent recèlent de la peur, alors soyez juste conscient de leur présence, juste conscient de la peur et laissez ces pensées aller et venir ; contentez-vous de les observer comme des simples pensées et laissez-les simplement être. Maintenant, éloignez-vous de toute attention objective : votre respiration, votre corps, écoutez, observez, pensez, et au lieu de vous concentrer sur l'une d'entre elles, autorisez-vous simplement à être assis ici et être pleinement conscient de chaque moment. Si ce sont des pensées qui arrivent, observez-les comme des pensées ; s'il s'agit de sons comme des sons, de douleurs comme des douleurs, et si c'est le souffle qui est prédominant, alors contentez-vous d'être avec votre respiration d'instant en instant, ne cherchant rien et étant réceptif et présent avec lui entièrement, juste tel qu'il est. Lorsque l'exercice s'arrêtera, reconnaissez que vous avez consacré du temps pour vous-même, pour être qui vous êtes, et félicitez-vous d'avoir pris le temps et l'énergie pour accomplir cela et vous soigner d'une façon profonde.

Annexe n° 15 : Méditation du lien bienveillant ou Loving and Kindness Meditation (LKM)

Tiré et inspiré de : Les compétences émotionnelles, Mikolajczak et al., 2009, p. 209-210

Vous allez commencer par vous installer dans une position confortable (le dos droit et légèrement appuyé sur le dossier, les jambes décroisées, les pieds posés à plat sur le sol), puis fermer les yeux. Vous allez respirer profondément par le ventre en vous centrant sur votre respiration et vous détendre en relâchant progressivement la tension musculaire.

Continuez à respirer profondément pendant quelques minutes tout en centrant l'attention sur le centre de votre poitrine, là où se trouve le cœur. Il est parfois difficile de maintenir l'attention sur la respiration et les sensations corporelles. Lorsque l'esprit s'égaré vers d'autres pensées, ce n'est pas grave, il suffit simplement d'en prendre conscience et de recentrer son attention sur le moment présent et votre respiration.

Tout en continuant l'exercice de respiration, imaginez une personne que vous aimez, qui vous aime ou qui vous aimait profondément (cela peut-être un ami très proche, un parent Exetera). Imaginez cette personne, représentez-vous cette personne à vos côtés ou en face de vous.

Continuer de visualiser la personne et laissez venir à l'esprit tout l'amour, la tendresse et la reconnaissance que vous avez pour elle. Pensez à quel point vous appréciiez cette personne et laissez-vous aller à ce sentiment. Une fois imprégné de ce sentiment positif, souhaitez à la personne que vous avez imaginé d'être en sécurité, d'être heureuse et d'être en bonne santé. Souhaitez-lui de tout votre cœur, en toute honnêteté.

Imaginez ensuite toute l'affection que cette personne a pour vous. Visualisez qu'elle projette ces émotions positives directement sur vous. Cela au travers d'un rayonnement ou une lumière intense, un nuage chaleureux, choisissez ce qui vous plait le plus pour vous représenter ce transfert d'émotions positives.

Imaginez maintenant une personne que vous ne connaissez pas bien et pour laquelle vous éprouvez des sentiments relativement neutres. (Cela peut être un nouveau collègue, une personne rencontrée récemment, une connaissance ...). Tout en vous représentant cette personne, redirigez les émotions positives que vous avez reçues, qui vous ont été offertes vers cette personne tout en lui souhaitant d'être en sécurité, d'être heureuse et d'être en bonne santé. Souhaitez-lui de tout votre cœur, en toute honnêteté.

Imaginez enfin une personne pour laquelle vous éprouvez des sentiments négatifs pour le moment (un collègue difficile, une personne avec laquelle vous vous êtes disputées ou contre qui vous êtes en colère ...). Tout en vous représentant cette personne, redirigez de nouveau les émotions offertes et reçues vers cette personne tout en lui souhaitant d'être en sécurité, d'être heureuse et d'être en bonne santé. Même si cela est difficile, ce qui est normal, souhaitez-lui de tout votre cœur et en toute honnêteté en laissant de côté vos différents.

Une fois que cela est fait, visualiser vos émotions positive s'étendre à tous les êtres humains qui qu'ils soient, à l'ensemble de l'humanité sur terre, et souhaitez leur d'être en sécurité, d'être heureux et bonne santé. Souhaitez-leur de tout votre cœur et en toute honnêteté.

Vous allez maintenant vous laissez imprégner par cette positivité, ne la laissez pas partir en revenant progressivement à la réalité, laissez là être sans contrainte comme bon vous semble. Lorsque vous serez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux.

Annexe n° 16 : Espace de respiration

Tiré et inspiré de : La thérapie cognitive basée sur la PC pour la dépression, Segal et al., 2019, 3^{ème} édition p. 224-225

« Maintenant, nous allons faire une courte méditation, appelée « espace de respiration ». Étant donné que cette pratique est très courte et que nous voulons être présent dans l'instant très rapidement, nous commençons par adopter une posture bien définie ... une posture détendue, digne, le dos droit mais pas raide laissant le corps exprimer que nous sommes en réalité éveillés et présents.

Maintenant, fermez les yeux si cela vous convient, la première étape consiste à être conscient de ce qu'il se passe en vous juste maintenant. Prenant conscience de ce qui vous traverse l'esprit ; quelles pensées rodent ? Ici, du mieux que vous le pouvez, notez simplement les pensées en tant que événements mentaux ...

Donc nous les Notons, et puis nous Notons les sentiments qui sont présents en ce moment ..., en particulier, nous nous tournons vers ceux qui sont désagréables où engendre du malaise. Plutôt que de tenter de les éloigner ou de leur fermer la porte au nez, juste reconnaître leur existence, 10 ans peut être : « Ah, voilà, ce sentiment est là, juste maintenant, c'est comme ça ». Et ceux de même avec les sensations corporelles, Y a t-il des sensations de tension ou d'oppression ou quoi que ce soit d'autre ? et de nouveau vous en prenez conscience, les notant simplement. « Ok, D'accord c'est comme ça en ce moment ». De cette façon, nous obtenons une idée assez précise de ce qui se passe à cet instant. Nous sommes sortis du mode de pilotage automatique.

La 2e étape consiste à rassembler notre conscience en nous centrant sur un objet unique : les mouvements de notre respiration. Nous nous focalisons vraiment, dirigeant l'attention vers l'abdomen, vers l'inspire et l'expire... en passant une minute ou 2 sur le mouvement de la paroi abdominale ... moment après moment, respiration après respiration, du mieux que nous le pouvons. Fixant simplement votre attention sur ces mouvements présents en vous ... vous centrant, utilisant la respiration comme un point d'ancrage pour être vraiment présent.

Et maintenant, comme 3e étape, après nous être quelque peu concentrés sur nous-mêmes, nous permettons à notre conscience de s'étendre. De la même manière que nous sommes attentifs à la respiration nous incluons également la perception du corps dans son ensemble de cette façon, nous sommes dans cette conscience plus spacieuse un sentiment du corps comme un tout, y compris la moindre tension où sensation dans les épaules, la nuque, le dos, ou le visage ... suivant le souffle comme si le corps entier était en train de respirer. Contenant tout ceci dans cette conscience un tout petit peu plus douce ... et plus vaste.

Annexe n° 17 : Méditation de la montagne

Tiré et inspiré de : Soigner par la méditation – Thérapies de Pleine Conscience, Berghmans & Herbert, 2008, p. 124-126

Dans le cadre de cette méditation, vous avez la possibilité de vous asseoir sur le sol, sur un coussin ferme de manière à surélever vos fesses par rapport au sol et de permettre aux genoux d'être directement en contact avec le sol, légèrement en dessous des hanches de sorte que la partie inférieure de votre corps constitue une base stable à partir de laquelle s'élève la moitié supérieure, le dos étant droit, sans être raide, la tête maintenue dans l'alignement du cou et des épaules, permettant aux épaules d'être entièrement relâchées (vous pouvez essayer de les soulever vers les oreilles puis juste de les laisser retomber et placer vos mains soit sur les genoux, d'une façon confortable). Le recours à une chaise, dans le cas où être assis sur le sol est trop difficile, est bien sûr conseillé, l'important étant de trouver une position confortable. Lorsque vous vous sentez à l'aise ainsi, autorisez vos yeux à se fermer doucement alors que vous portez votre attention sur le flux de votre respiration, ressentant chaque inspiration et chaque expiration, observant simplement votre respiration sans essayer de la modifier ou de la réguler d'une quelconque façon, permettant au corps d'être immobile, assis avec le sentiment de la dignité, un sentiment de réserve, un sentiment d'être abouti, entier, en cet instant particulier, avec votre posture, reflétant ce sentiment de complétude (TPL). Et, alors que vous êtes assis là, représentez-vous dans votre esprit, du mieux que vous le pouvez, la plus belle montagne que vous connaissiez ou ayez vue ou pourriez imaginer, gardez juste cette image et la sensation de cette montagne à l'esprit, la laissant devenir de plus en plus précise, observant sa forme générale, son pic élevé pointant vers le ciel, la base large enracinée dans le roc de la croûte terrestre, ses versants abrupts ou en pente douce, constatant comme elle est massive, solide, inébranlable, magnifique, de loin comme de près (TP). Peut-être le sommet de votre montagne est-il recouvert de neige et le bas des pentes parsemées d'arbres, peut-être a-t-elle un pic proéminent, peut-être une série de pics ou un haut plateau ; quelle que soit sa forme ou son apparence, soyez simplement assis et respirez avec l'image de cette montagne, l'observant, constatant ses qualités et, lorsque vous vous sentez prêt, voyez si vous pouvez transférer la montagne dans votre propre corps, de sorte que votre corps soit assis là et que la montagne représentée dans votre esprit en devienne réellement une, de manière à ce que, assis ici, vous partagiez la massivité, la quiétude et la majesté de la montagne, vous deveniez la montagne, enraciné dans une posture assise, votre tête devenant le haut pic soutenu par le reste du corps et offrant une vue panoramique. Vos épaules et vos bras sont les versants de la montagne, vos fesses et vos jambes la base solide enracinée dans votre coussin ou votre chaise, expérimentant dans votre corps un sentiment d'élévation morale depuis le fin fond de votre colonne vertébrale, à chaque respiration alors que vous continuez à être assis, vous transformant un peu plus en une montagne respirante, inébranlable dans votre quiétude, telle une présence centrée, enracinée, fixe. Maintenant, alors que vous êtes assis là, devenez conscient du fait que le soleil traverse le ciel, que la lumière, les ombres et les couleurs changent virtuellement, instant après instant, dans la quiétude du granit de la montagne, la nuit laissant place au jour puis le jour à la nuit, la voûte céleste constellée d'étoiles, la lune puis le soleil, la montagne simplement « assise » au milieu de tout cela, expérimentant le

changement à chaque instant, changeant constamment en restant cependant simplement toujours la même, elle reste immobile au fil des saisons et des changements de temps (TP). En été il n'y a pas de neige sur la montagne, à l'exception peut-être des pics très hauts ou des rochers escarpés protégés de la lumière directe du soleil, en automne la montagne peut revêtir un manteau de couleurs de feu éclatant. En hiver, une couverture de neige et de glace peut apparaître, il peut arriver en toute saison qu'elle se trouve enfouie sous les nuages ou le brouillard ou qu'elle soit cinglée par une pluie glaciale. Il se peut que des gens viennent voir la montagne et fassent des commentaires sur sa beauté ou sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un jour faste pour la contempler car le temps est trop nuageux, pluvieux, couvert ou sombre ; aucun de ces paramètres ne viendra cependant perturber la montagne qui demeure en toutes circonstances centrée sur elle-même, que les nuages aillent et viennent, que les touristes l'admirent ou non, la magnificence et la beauté de la montagne ne sont en rien altérées par le fait que les gens la contemplent ou non, par le temps, par le fait qu'elle est visible ou non, au soleil ou sous les nuages, sous un soleil de plomb ou par un froid glacial, le jour ou la nuit. Elle est juste « assise » en étant elle-même, parfois soumise à de violentes tempêtes, frappée par la neige, la pluie et des vents d'une magnitude inimaginable. La montagne est « assise » au milieu de tout cela ; le printemps arrive, les oiseaux se remettent à chanter dans les arbres, les feuilles réapparaissent, les bourgeons éclatent dans les hauts pâturages et sur les pentes, les rivières se gonflent de l'eau provenant de la fonte des glaciers, la montagne continue à être « assise » au milieu de tout cela, inébranlable face au temps, à ce qui se passe à sa surface, au monde des apparences. Et, de la même façon, lorsque nous sommes assis pour méditer, nous pouvons apprendre à expérimenter la montagne, nous pouvons incarner la même quiétude et le même enracinement inébranlables face à tout ce qui change au sein de nos propres vies, pendant des secondes, des heures, des années ; dans nos vies et dans notre pratique de la méditation, nous expérimentons constamment la nature changeante de l'esprit, du corps et du monde extérieur, nous traversons nos propres périodes de lumière et d'ombre, nos moments de couleur ou de souffrance, nous expérimentons certainement des tempêtes d'une intensité très forte et la violence du monde extérieur dans nos esprits et dans nos corps, cinglés par des vents violents, par le froid et par la pluie, nous endurons des périodes d'ombre et de douleur ainsi que des moments de joie et d'élévation morale, notre apparence elle-même se modifie constamment au gré de sa propre expérimentation des changements de temps (TP). En devenant la montagne lors de notre pratique de la méditation, nous pouvons nous connecter à sa force et à sa stabilité et les mettre à profit pour nous-mêmes, nous pouvons utiliser ses énergies pour soutenir la nôtre, pour faire face à chaque moment avec pleine conscience, équanimité et clarté. Il peut nous être utile de constater que nos pensées et nos sentiments, nos préoccupations, nos émotions ou nos « tempêtes » en périodes de crise sont comparables aux changements de temps subis par la montagne. Ainsi, si lors de votre méditation assise, vous vous sentez résonner d'une quelconque façon avec la force et la stabilité d'une montagne, pensez que cette représentation peut vous être de temps en temps bénéfique lors de votre pratique de la méditation afin de vous rappeler ce qu'être assis en pleine conscience signifie, avec de la réserve et de la vigilance, dans une quiétude véritable.

Annexe n° 18 : Calendrier des évènements positifs/négatifs

Permet de tenir un journal bref des expériences du quotidien pour analyser notre manière d'interagir et de réagir aux situations en fonction de leur valence. Il est possible d'alterner la valence des descriptions (ex : se concentrer une semaine sur les situations positives et une autre semaine sur les situations négatives) ce qui est intéressant pour observer la différence entre celles-ci.

Jours/Questions	Quelle expérience avez-vous faites ?	Quelles sensations corporelles avez-vous ressenties précisément pendant cette expérience ?	Quels états d'esprit, humeurs et sentiments accompagnaient cette expérience ?	Quelles pensées vous sont passées par la tête ?	Quelles pensées avez-vous en tête maintenant alors que vous êtes occupé(e) à écrire tout cela ?
Jour 1					
Jour 2					
Jour 3 ...					

Annexe n° 19 : fiches et exercices complémentaires

Matrice de Max-Neef (Un exemple de besoins et de possibilités pour les satisfaire)

Besoins fondamentaux	Être (qualités)	Avoir (choses)	Faire (actions)	Interagir (Situations)
Subsistance	Santé physique et mentale	Nourriture, toit, travail	Nourrir, habiller, se reposer, travailler	Environnement social et de vie
Protection	Soin, adaptabilité, autonomie	Sécurité sociale, système de santé, travail	Coopérer, planifier, prendre soin de, aider	Environnement social, foyer
Affection	Respect, sens de l'humour, générosité, sensualité	Amitiés, famille, relations avec la nature	Partager, prendre soin de, faire l'amour, exprimer son vécu	Espaces d'intimité et de rencontres
Compréhension	Esprit critique, curiosité, intuition	Littérature, professeurs, éducation	Analyser, étudier, méditer, investiguer	Ecole familles, universités, communautés
Participation	Réceptivité, dévouement, sens de l'humour	Responsabilités, devoirs, travail, droits	Coopérer, contre-dire, exprimer son opinion	Associations, fêtes, églises, voisinages
Loisir	Imagination, tranquillité, spontanéité	Jeux, Fêtes, paix d'esprit	Se relaxer, s'amuser, se rappeler	Paysages, nature, espaces intimes, espaces de solitude
Création	Imagination, audace, inventivité, curiosité	Compétences, outils, travail, techniques	Inventer, construire, travailler, composer, interpréter	Espaces d'expression, ateliers, public
Identité	Sens de l'appartenance, estime de soi, consistance	Langage, religions, travail, coutumes, valeurs, normes	Se connaître, se développer, s'engager	Lieux de notre vie quotidienne
Libertés	Autonomie, passion, estime de soi, ouverture d'esprit	Egalité des droits	Être en désaccord, choisir, prendre des risques, développer sa conscience	

Tiré et adapté de : Intelligence émotionnelle et management de Illios Kotsou

Exercice 1a : Décrire à partir de vos souvenirs 3 situations positives et 3 situations négatives récentes : Quel est le contexte de la situation ? Dans quel lieu/environnement s'est-elle déroulée ? Avec qui ? Que s'est-il passé ? Comment s'est déroulé la situation/événements ? Qu'avez-vous tiré de cette expérience ?

Allez plus dans les détails sur vos émotions :

Éléments Déclencheurs	Interprétation/ croyance	Sensations corporelles	Émotions	Pensées	Besoins	Moyens

Exercice 1b : Choisissez une situation positive et une situation négative pour le partage avec autrui. Racontez-lui la situation, évoquez vos pensées, émotions ... Notez l'état dans lequel vous étiez au moment de l'expérience, et notez celui dans lequel vous êtes au moment du récit.

*Pour vous aider : **Questions sur l'identification des émotions**

- Que se passe-t-il en moi ? Qu'est que je ressens dans mon corps ? A quel endroit ? Quelle est donc cette sensation ? Comment cette sensation évolue-t-elle avec le temps ? ...

*Pour vous aider : **Questions sur le fonctionnement associé aux besoins**

- Suis-je conscient de mes besoins ? Est-ce que je porte attention à mes besoins régulièrement ? Est-ce que je considère mes besoins comme légitimes ? Quels sont les besoins importants dans ma vie desquels je prends soin ? ...

Exercice 2 : Travail sur les besoins

À partir des différentes situations (positives et négatives, chercher à identifier quels sont les besoins importants pour vous)

- Qu'est que vous voulez/ Qu'est que vous ne voulez plus ?
- Utilisez des catégories pour simplifier (n'hésitez pas à créer vos propres catégories) : Professionnelle, sociale, familiale, personnelle, santé, couple, loisirs
- Essayez de transformer ce que « vous ne voulez plus », en version positive, ce que vous souhaitez et qui se cache derrière ce que vous ne voulez plus.
- **Reprendre la liste des besoins** : Si j'obtiens ceux-ci qu'est que cela m'apportera ? A quel besoin est-ce lié ?
- Dans la liste des besoins identifiés : quel besoin est le plus important pour vous ?
- Imaginez comblez ce besoin, quelle émotion ressentiriez-vous à ce moment ?

- Quels sont les moyens pour satisfaire ces besoins ? Cherchez avec ouverture le plus de moyens possibles en estimant leur caractère réalisable ou non, possible ou non à mettre en place pour vous, leur degré de faisabilité suivant les contextes, le temps pour les mettre en place, estimez l'efficacité pour vous ...
 - Les moyens sont-ils accessibles ? Sont-ils sous votre contrôle ? Est-ce qu'il dépende uniquement de vous ? Que faut-il faire pour les mettre en place ?
- Quelle est la première action que vous pourriez mettre en place pour mettre en place les moyens nécessaires à la satisfaction de vos besoins ?

Annexe n° 20 : Compléments analyses statistiques corrélationnelles

Tableau de corrélations 1 : lien entre les dimensions de PC et les compétences d'IE intra et inter-individuelles chez les étudiants en psychologie

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Id-intra	.120**	.537***	.270***	.317***	.361***
Co-intra	.114**	.499***	.381***	.478***	.386***
Ex-intra	.124**	.732***	.233***	.269***	.291***
Re-intra	.103*	.349***	.294***	.405***	.644***
Ut-intra	.370***	.256***	.097*	Ns	Ns
Id-inter	.145***	.253***	.224***	Ns	.124**
Co-inter	.186***	.347***	.215***	.097*	.160***
Ec-inter	.123**	.181***	.214**	Ns	Ns
Re-inter	.242***	.283***	.224***	Ns	.230***
Ut-inter	Ns	.178***	Ns	-.098*	.220***

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex/Ec** : Expression/Écoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation ; **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Tableau de corrélations 2 : lien entre les dimensions de PC avec l'ensemble des VD chez les étudiants en psychologie

	PSS_G	WHO_G	GAD_G	BRS_G	EQRI_G
Ob	Ns	.109*	Ns	Ns	Ns
De	-.252***	.234***	-.212***	.262***	.254***
Act	-.335***	.303***	-.378***	.332***	.201***
Nj	-.456***	.324***	-.435***	.396***	.190***
Nr	-.405***	.343***	-.356***	.556***	.161***

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité ; **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Tableau de corrélations 3 : lien entre les compétences d'IE intra et inter-individuelle avec l'ensemble des VD chez les étudiants en psychologie

	PSS_G	WHO_G	GAD_G	BRS_G	EQRI_G
Id-intra	-.327***	.284***	-.302***	.311***	.240***
Co-intra	-.500***	.402***	-.487***	.490***	.231***
Ex-intra	-.304***	.266***	-.253***	.259***	.337***
Re-intra	-.521***	.451***	-.456***	.671***	.248***
Ut-intra	-.098*	.194***	-.133**	Ns	.169***
Id-inter	Ns	.104*	Ns	.154***	.163***
Co-inter	-.107*	.149***	-.099*	Ns	-.122**
Ec-inter	Ns	.099*	Ns	.164***	.242***
Re-inter	-.168***	.234***	-.122***	.266***	.242***
Ut-inter	Ns	Ns	Ns	.156***	.105*

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex/Ec** : Expression/Écoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation ; **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Tableau de corrélations 4 : lien entre les dimensions de PC et les compétences d'IE intra et inter-individuelles chez les étudiants en IFSI

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Id-intra	.369***	.626***	.406***	.256**	.282***
Co-intra	.281***	.494***	.442***	.392***	.314***
Ex-intra	.403***	.734***	.356***	Ns	.245**
Re-intra	.230**	.317***	.348***	.262***	.596***
Ut-intra	.310***	.234**	Ns	Ns	.164*
Id-inter	.254**	.271***	.220**	Ns	Ns
Co-inter	.303**	.327***	.185*	Ns	Ns
Ec-inter	Ns	.172*	.350***	Ns	Ns
Re-inter	.279***	.228**	.198*	Ns	.221**
Ut-inter	.356***	.213**	Ns	Ns	.236**

Note : Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ex/Ec : Expression/Écoute ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation ; Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité

Tableau de corrélations 5 : lien entre les dimensions de PC avec l'ensemble des VD chez les étudiants en IFSI

	PSS_G	WHO_G	GAD_G	BRS_G	EQRI_G
Ob	Ns	.184*	-.157*	Ns	.238**
De	-.216**	.240**	.185*	.220**	.166*
Act	-.436***	.284***	.404***	.303***	.185*
Nj	-.360***	.249**	.379***	.349***	Ns
Nr	-.419***	.260**	.341***	.483***	Ns

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité ; BRS = échelle de résilience ; WHO = échelle de bien-être ; PSS = échelle de stress perçu ; GAD_A = échelle d'anxiété ; GAD_D = échelle de dépression ; EQRI = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Tableau de corrélations 6 : lien entre les compétences d'IE intra et inter-individuelle avec l'ensemble des VD chez les étudiants en IFSI

	PSS_G	WHO_G	GAD_G	BRS_G	EQRI_G
Id-intra	-.227**	Ns	-.227**	.254**	Ns
Co-intra	-.429***	.342***	-.480***	.498**	Ns
Ex-intra	-.232**	.261***	-.228***	.231**	.227**
Re-intra	-.544***	.322***	-.410***	.594***	.230**
Ut-intra	Ns	.260**	Ns	Ns	Ns
Id-inter	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
Co-inter	Ns	Ns	Ns	.188*	.188*
Ec-inter	Ns	Ns	-.178*	.159*	Ns
Re-inter	-.168*	-.206	Ns	.259**	Ns
Ut-inter	-.216**	Ns	Ns	.261***	Ns

Note : Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ex/Ec : Expression/Écoute ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation ; BRS = échelle de résilience ; WHO = échelle de bien-être ; PSS = échelle de stress perçu ; GAD_A = échelle d'anxiété ; GAD_D = échelle de dépression ; EQRI = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Tableau de corrélations 7 : lien entre les compétences d'IE intra chez les étudiants en psychologie

	Id-intra	Co-intra	Ex-intra	Re-intra	Ut-intra
Id-intra	-	-	-	-	-
Co-intra	0.594***	-	-	-	-
Ex-intra	0.512***	0.493***	-	-	-
Re-intra	0.407***	0.509***	0.401***	-	-
Ut-intra	0.300***	0.241***	0.210***	0.118**	-

Note : Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ex/Ec : Expression/Écoute ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation

Tableau de corrélations 8 : lien entre les dimensions de PC chez les étudiants en psychologie

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Ob	-	-	-	-	-
De	0.215***	-	-	-	-
Act	0.063 <i>ns</i>	0.279***	-	-	-
Nj	-0.102*	0.230***	0.465***	-	-
Nr	0.241***	0.309***	0.202***	0.252***	-

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité

Tableau de corrélations 9 : lien entre les compétences d'IE intra chez les étudiants en IFSI

	Id-intra	Co-intra	Ex-intra	Re-intra	Ut-intra
Id-intra	-	-	-	-	-
Co-intra	0.573***	-	-	-	-
Ex-intra	0.537***	0.399***	-	-	-

Re-intra	0.405***	0.565***	0.409***	-	-
Ut-intra	0.091 <i>ns</i>	0.117	0.276***	0.035 <i>ns</i>	-

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex/Ec** : Expression/Écoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Tableau de corrélations 10 : lien entre les dimensions de PC chez les étudiants en IFSI

	Ob	De	Act	Nj	Nr
Ob	-	-	-	-	-
De	0.437***	-	-	-	-
Act	0.183*	0.410***	-	-	-
Nj	-0.117 <i>ns</i>	0.092 <i>ns</i>	0.321***	-	-
Nr	0.279***	0.300***	0.211**	0.159*	-

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Annexe n° 21 : Compléments analyses statistiques modèles d'équations structurelles

Tableau complémentaire 1 : Modèle d'équation structurelle entre les dimensions de la PC (FFMQ) et le Stress perçu (PSS)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Nj-init</i>	-0.345	-0.376	0.055	-6.314	<.001
<i>Nj-mod</i>	-0.321	-0.348	0.053	-6.011	<.001
<i>Ob-init</i>	0.002	0.002	0.055	0.042	0.966
<i>Ob-mod</i>	0.039	0.036	0.058	0.671	0.502
<i>De-init</i>	-0.040	-0.050	0.039	-1.005	0.315
<i>De-mod</i>	-0.035	-0.044	0.043	-0.866	0.386
<i>Act-init</i>	-0.088	-0.102	0.046	-1.904	0.057
<i>Act-mod</i>	-0.070	-0.084	0.043	-1.623	0.105
<i>Nr-init</i>	-0.399	-0.347	0.069	-5.774	<.001
<i>Nr-mod</i>	-0.412	-0.373	0.076	-5.430	<.001

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité

Tableau complémentaire 2 : Modèle d'équation structurelle entre les dimensions d'IE intra-individuelle (PEC) et le Stress perçu (PSS)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	0.462	0.413	0.282	1.641	0.101
<i>Id-mod</i>	0.645	0.567	0.317	2.031	0.042
<i>Co-init</i>	-0.623	-0.710	0.184	-3.390	<.001
<i>Co-mod</i>	-0.751	-0.867	0.185	-4.058	<.001
<i>Ex-init</i>	0.017	0.021	0.093	0.187	0.852
<i>Ex-mod</i>	-0.049	-0.062	0.092	-0.531	0.595
<i>Re-init</i>	-0.355	-0.404	0.076	-4.677	<.001
<i>Re-mod</i>	-0.282	-0.342	0.061	-4.621	<.001
<i>Ut-init</i>	-0.113	-0.126	0.061	-1.843	0.065
<i>Ut-mod</i>	-0.133	-0.146	0.070	-1.905	0.057

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex** : Expression ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Tableau complémentaire 3 : Modèle d'équation structurelle entre les dimensions de l'IE inter-individuelle (PEC) et le Stress perçu (PSS)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	0.323	0.361	0.216	1.519	0.129
<i>Id-mod</i>	0.216	0.242	0.144	1.495	0.135
<i>Co-init</i>	-0.222	-0.263	0.174	-1.275	0.202
<i>Co-mod</i>	-0.137	-0.144	0.145	-0.942	0.346
<i>Ec-init</i>	-0.044	-0.057	0.071	-0.619	0.536
<i>Ec-mod</i>	-0.016	-0.021	0.045	-0.350	0.726
<i>Re-mod</i>	-0.124	-0.180	0.071	-1.747	0.081
<i>Re-init</i>	-0.142	-0.208	0.068	-2.102	0.036
<i>Ut-init</i>	-0.060	-0.145	0.026	-2.258	0.024
<i>Ut-mod</i>	-0.076	-0.179	0.029	-2.580	0.010

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ec** : Ecoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Tableau complémentaire 4 : Modèle d'équation structurelle entre PC (FFMQ) et Bien-être (Who)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Nj-init</i>	0.281	0.240	0.065	4.356	<.001
<i>Nj-mod</i>	0.266	0.226	0.063	4.240	<.001
<i>Ob-init</i>	0.015	0.011	0.070	0.215	0.830
<i>Ob-mod</i>	-0.046	-0.033	0.073	-0.635	0.525
<i>De-init</i>	0.039	0.038	0.050	0.787	0.431
<i>De-mod</i>	0.049	0.049	0.051	0.962	0.336
<i>Act-init</i>	0.136	0.122	0.059	2.299	0.022
<i>Act-mod</i>	0.099	0.093	0.054	1.827	0.068
<i>Nr-init</i>	0.439	0.298	0.084	5.239	<.001
<i>Nr-mod</i>	0.465	0.327	0.092	5.067	<.001

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Tableau complémentaire 5 : Modèle d'équation structurelle entre IE intra-individuelle (PEC) et Bien-être (Who)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	-0.267	-0.181	0.324	-0.826	0.409
<i>Id-mod</i>	-0.305	-0.205	0.322	-0.948	0.343
<i>Co-init</i>	0.413	0.359	0.205	2.019	0.044
<i>Co-mod</i>	0.481	0.429	0.181	2.655	0.008
<i>Ex-init</i>	-0.051	-0.047	0.113	-0.451	0.652
<i>Ex-mod</i>	-0.009	-0.008	0.101	-0.086	0.931
<i>Re-init</i>	0.468	0.401	0.091	5.149	<.001
<i>Re-mod</i>	0.377	0.343	0.071	5.323	<.001
<i>Ut-init</i>	0.186	0.157	0.074	2.509	0.012
<i>Ut-mod</i>	0.178	0.149	0.078	2.295	0.022

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex** : Expression ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Tableau complémentaire 6 : Modèle d'équation structurelle entre IE inter-individuelle (PEC) et Bien-être (Who)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	-0.713	-0.394	0.490	-1.456	0.145
<i>Id-mod</i>	-0.505	-0.297	0.312	-1.621	0.105
<i>Co-init</i>	0.467	0.278	0.413	1.113	0.258
<i>Co-mod</i>	0.331	0.183	0.336	0.986	0.324
<i>Ec-init</i>	-0.105	-0.069	0.184	-0.572	0.567
<i>Ec-mod</i>	-0.129	-0.092	0.109	-1.182	0.237
<i>Re-mod</i>	0.567	0.411	0.161	3.526	<.001
<i>Re-init</i>	0.505	0.384	0.134	3.775	<.001
<i>Ut-init</i>	-0.029	-0.035	0.048	-0.599	0.549
<i>Ut-mod</i>	-0.004	-0.005	0.046	-0.085	0.932

Note : Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ec : Ecoute ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation

Tableau complémentaire 7 : Modèle d'équation structurelle entre PC (FFMQ) et Qualité des relations interpersonnelles (EQRI)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Nj-init</i>	0.121	0.155	0.046	2.609	0.009
<i>Nj-mod</i>	0.131	0.168	0.045	2.905	0.004
<i>Ob-init</i>	0.021	0.023	0.051	0.417	0.677
<i>Ob-mod</i>	-0.010	-0.011	0.053	-0.194	0.846
<i>De-init</i>	0.128	0.189	0.037	3.478	<.001
<i>De-mod</i>	0.122	0.181	0.038	3.240	0.001
<i>Act-init</i>	0.045	0.061	0.043	1.053	0.292
<i>Act-mod</i>	0.026	0.037	0.039	0.655	0.512
<i>Nr-init</i>	0.053	0.054	0.057	0.931	0.352
<i>Nr-mod</i>	0.084	0.089	0.063	1.336	0.182

Tableau complémentaire 8 : Modèle d'équation structurelle entre IE intra-individuelle (PEC) et Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	-0.009	-0.009	0.227	-0.040	0.968
<i>Id-mod</i>	-0.019	-0.020	0.218	-0.089	0.929
<i>Co-init</i>	-0.084	-0.110	0.140	-0.597	0.550
<i>Co-mod</i>	-0.004	-0.005	0.120	-0.032	0.974
<i>Ex-init</i>	0.251	0.341	0.085	2.941	0.003
<i>Ex-mod</i>	0.189	0.271	0.074	2.567	0.010
<i>Re-init</i>	0.144	0.187	0.063	2.296	0.022
<i>Re-mod</i>	0.120	0.166	0.048	2.490	0.013
<i>Ut-init</i>	0.094	0.119	0.053	1.769	0.077
<i>Ut-mod</i>	0.089	0.112	0.054	1.631	0.103

Tableau complémentaire 9 : Modèle d'équation structurelle entre IE inter-individuelle (PEC) et Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI)

	<i>Estimate</i>	<i>Std Estimate</i>	<i>Std Error</i>	<i>z-value</i>	<i>p-value</i>
<i>Id-init</i>	-0.607	-0.505	0.340	-1.787	0.074
<i>Id-mod</i>	-0.442	-0.390	0.214	-2.068	0.039
<i>Co-init</i>	0.391	0.350	0.285	1.370	0.171
<i>Co-mod</i>	0.281	0.233	0.228	1.231	0.218
<i>Ec-init</i>	0.321	0.318	0.128	2.520	0.012
<i>Ec-mod</i>	0.136	0.145	0.074	1.856	0.063
<i>Re-mod</i>	0.173	0.188	0.105	1.636	0.102
<i>Re-init</i>	0.297	0.338	0.089	3.338	<.001
<i>Ut-init</i>	0.014	0.026	0.032	0.438	0.661
<i>Ut-mod</i>	0.034	0.063	0.031	1.099	0.272

Annexe n° 22 : Compléments analyses statistiques comparaison pré-post intervention en IFSI et en IPA

Tableau 1 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour l'IE intra chez les étudiants en IFSI

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur t	p-value
PEC_G	3.028	3.147	1.102	0.274
PEC_intra	3.013	3.117	0.909	0.366
Id_intra	3.217	3.270	0.029	0.977
Co_intra	3.161	3.178	0.358	0.722
Ex_intra	2.900	2.978	0.106	0.916
Re_intra	2.596	2.789	0.395	0.694
Ut_intra	3.435	3.605	1.101	0.320

Note : Id : Identification ; Co : Compréhension ; Ex/Ec : Expression/écoute ; Re : Régulation ; Ut : Utilisation

Tableau 2 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour la PC et ses dimensions chez les étudiants en IFSI

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur t	p-value
FFMQ_G	2.953	3.023	0.737	0.463
FFMQ_Ob	3.179	3.236	0.369	0.713
FFMQ_De	2.750	2.926	0.942	0.349
FFMQ_Act	3.130	3.057	-0.461	0.646
FFMQ_Nr	2.656	2.887	1.640	0.105
FFMQ_Nj	3.054	3.030	-0.161	0.873

Note : Ob : Observation ; De : Description ; Act : Agir en PC ; Nj : Non-jugement ; Nr : Non-réactivité

Tableau 3 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour les variables dépendantes chez les étudiants en IFSI

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur t	p-value
PSS_G	3.057	3.016	-0.292	0.771
GAD_G	2.125	2.216	0.700	0.486
GAD_A	2.297	2.413	-0.693	0.491

GAD_D	2.019	2.189	1.318	0.191
WHO_G	4.043	3.746	-1.611	0.111
BRS_G	2.873	2.910	0.200	0.842
EQRI_G	3.635	3.750	-0.805	0.423

Note : **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Tableau 4 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour l'IE intra chez les étudiants en IPA

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur t	p-value
PEC_G	3.652	3.714	-0.648	.533
PEC_intra	3.688	3.784	-0.810	.439
Id_intra	4.160	4.180	-0.089	.931
Co_intra	4.240	4.260	-0.100	.923
Ex_intra	3.320	3.540	-1.718	.120
Re_intra	3.220	3.420	-1.936	.085
Ut_intra	3.580	3.560	0.093	.928

Note : **Id** : Identification ; **Co** : Compréhension ; **Ex/Ec** : Expression/écoute ; **Re** : Régulation ; **Ut** : Utilisation

Tableau 5 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour la PC et ses dimensions chez les étudiants en IPA

	Pré-test (m)	Post-test (m)	Valeur t	p-value
FFMQ_G	3.485	3.626	-1.136	0.285
FFMQ_Ob	4.037	3.962	0.532	0.607
FFMQ_De	3.575	3.563	0.057	0.956
FFMQ_Act	3.500	3.788	-1.313	0.222
FFMQ_Nr	2.933	3.300	-1.792	0.107
FFMQ_Nj	3.337	3.525	-0.669	0.520

Note : **Ob** : Observation ; **De** : Description ; **Act** : Agir en PC ; **Nj** : Non-jugement ; **Nr** : Non-réactivité

Tableau 6 : Tableau de comparaison des scores moyens pré et post intervention pour les variables dépendantes chez les étudiants en IPA

	Pré-test (<i>m</i>)	Post-test (<i>m</i>)	Valeur <i>t</i>	<i>p</i> -value
PSS_G	2.560	2.890	- 2.857	.019
GAD_G	1.925	1.950	0.557	.726
GAD_A	2.350	2.250	0.079	.591
GAD_D	1.663	1.650	-2.857	.939
WHO_G	4.340	4.020	1.372	.203
BRS_G	3.400	3.467	-0.514	.619
EQRI_G	3.950	4.100	-0.919	.382

Note : **BRS** = échelle de résilience ; **WHO** = échelle de bien-être ; **PSS** = échelle de stress perçu ; **GAD_A** = échelle d'anxiété ; **GAD_D** = échelle de dépression ; **EQRI** = échelle de qualité des relations interpersonnelles

Annexe n° 23 : Extraits de verbatims

Extrait d'entretien 1 : Participant P3

Ier : Donc, euh, déjà, qu'est-ce que t'évoques la formation que tu as suivie, donc sur la pleine conscience et sur l'intelligence émotionnelle ?

Ié : Alors, euh, ça m'évoque déjà un fort lien aux émotions, dans le sens à la fois les contrôles, ce n'est pas les contrôler, mais essayer de les gérer, euh de maîtriser un peu l'intensité. Mais aussi dans le sens les comprendre, les écouter et à la fois ce côté ressentir et ce côté gérer un petit peu, donc je vois ça. Hum, pour moi, il y avait aussi, du coup forcément un côté découverte même si ça n'a pas vraiment de rapport avec les mots, pour moi, c'était quelque chose de totalement nouveau, donc, du coup hum ça m'a toute de suite évoqué une nouvelle expérience, en fait pour moi. Hum... Ensuite, qu'est-ce que ça m'a évoqué ? Hum... La pleine conscience. Euh, oui, pardon, il y avait aussi en dehors des émotions, hum, l'aspect réflexion sur l'instant présent, hum, c'est vrai que ce n'est pas quelque chose que l'on a tendance à faire très souvent, et là, pour moi, c'est des mots qui m'évoque le fait de se concentrer pas forcément sur le passé, pas forcément sur le futur, mais sur l'instant présent. Qu'est-ce que je ressens maintenant, qu'est-ce que je fais maintenant, qu'est-ce que mon corps et mon cerveau me disent maintenant. Voilà.

Ier : Ok, euh, du coup, qu'est-ce que tu as appris sur toi-même au cours de cette formation ?

Ié : Qu'est-ce que j'ai appris sur moi-même au cours de cette formation. Alors en fait, ça a plus été l'occasion pour moi de mettre en valeur quelque chose que j'ai fait à une époque et que je ne fais plus trop. Comme je l'ai dit juste avant, le fait de se concentrer sur l'instant présent, je sais que c'est quelque chose que je faisais beaucoup à une époque et qui me servais beaucoup. Pas forcément en lien avec la méditation, mais juste naturellement. Et c'est vrai qu'avec le temps, j'ai eu tendance à oublier ça, puisque j'ai eu beaucoup de, beaucoup plus de distraction que ça soit des vidéos, des musiques, des jeux et en fait du coup, j'ai toujours la tête dans quelque chose. Même en terme de divertissement, j'ai toujours quelque chose pour me divertir et donc j'ai tendance à plus profiter de l'instant et à plus me concentrer et faire une pause en fait, pour me ressourcer avec moi-même. Donc, hum, je dirais que ça a mis en avant l'intérêt pour moi de parfois arrêter de faire quelque chose, et de juste prendre le temps de se poser. Ensuite, par rapport aux émotions, je dirais que ça ne m'a pas forcément appris à les comprendre, les découvrir, parce que je pense que j'ai été déjà assez bien là-dessus. Ce n'est pas que je n'y arrive toujours pas, c'est plutôt, je n'ai pas progressé, car je pense que j'étais déjà assez au point dessus. C'est par contre, en revanche, ça m'a aidé à en gérer certaine, par exemple, par forcément le stress, c'est-à-dire quand j'ai un stress qui est un peu constant, ça ne va pas m'empêcher de l'avoir, mais quand je vais avoir une crise d'angoisse, une montée un peu de stress soudaine, très brève, euh là ça va plus me permettre de la gérer et de la surmonter. Et d'éviter de me faire déborder en fait. Ça m'a servi ça, notamment à un moment, euh où j'avais eu un problème avec une convention et je pensais que je n'allais pas pouvoir la rendre avant la deadline et que j'allais devoir recommencer, et que peut être un de mes stages, c'était un des stages que j'avais, qui était le plus important pour moi, euh j'avais peur qu'il soit annulé donc j'ai eu une grosse crise d'angoisse et euh ça montait, ça montait et à un

moment je me suis posé et j'ai fait un peu de méditation et c'est ce qui m'a permis de la gérer, sinon je n'aurais pas pu.

Extrait d'entretien 2 : Participant P5

Ier : Trop bien. Et du coup dernière question : Qu'elles ont été tes difficultés et tes facilités dans la pratique ?

Ié : Alors mes difficultés ça a été la gestion de mes pensées. Enfin ça a vraiment été les premières méditations. Parce que j'avais déjà auparavant, avant la formation, essayé la méditation parce que le domaine de la relaxation tout ça, ça m'intéressait et comme je suis assez nerveuse on m'a toujours dit « Oh bah il faudrait que tu fasses la méditation voilà ». Donc j'ai essayé un peu comme tout le monde sauf que ben j'arrivais pas du tout à me mettre dedans. Et ça a été un peu le même principe pour les premières méditations là pendant la formation. J'avais du mal en fait à gérer, j'avais l'impression que mon esprit partait dans tous les sens, que j'avais du mal à gérer mes pensées, enfin et du coup à écouter les consignes, à être vraiment dans la méditation. Et puis pareil, très nerveuse, enfin en tout-cas sur la chaise, j'avais vraiment envie de bouger. Enfin du coup, vraiment que des difficultés à ce niveau-là. Mais ça s'est amélioré par la suite, parce que je pense que je me suis plus autorisé, vu qu'on a répété via la formation plusieurs fois les exercices, et que je me suis dit « bah il faut que, enfin ça peut être cool alors essaie de lâcher prise en fait ». Je pense que c'est ça, je suis beaucoup dans le contrôle en permanence et c'est difficile je trouve de rentrer dans un état méditatif. Surtout bah comme j'occulte un peu tout ce qui est négatif tout ça, bah du coup là quand je suis en méditation je pense que du coup je suis en plein dedans, et mon esprit doit essayer de défendre un peu ça, et du coup je pars dans tous les sens. Mais c'est là que à force de répéter, je sais pas après ça dépendais des jours aussi. Il y a des jours où c'était super, où j'étais vraiment dedans. Et d'autres jours où je voyais que bah ça repartait à la case départ donc c'était assez frustrant. Donc ça c'est mes grosses difficultés. Et j'ai eu un peu de mal aussi à la visualisation pour la méditation de la montagne. Alors je sais pas pourquoi, parce que j'avais du mal à visualiser la montagne alors que par exemple en comparatif avec la méditation du lien de bienveillant, où là il fallait imaginer les personnes, bah là ça marchait beaucoup plus. Et pareil pour le body scan, quand il faut visualiser les parties du corps ça j'ai aucun problème alors du coup j'ai cette petite difficulté sur la montagne, alors je sais pas pourquoi mais voilà en gros mes difficultés c'est ça. Et mes facilités c'est ça ? Ben mes facilités c'est tout ce qui relève du corps. Je pense que je suis assez connectée, mine de rien, avec mon corps, bah vu mes précédentes études avec le bien être, tout ce qui est corporel. Donc ça, ça a été un de mes avantages. Et aussi peut-être aussi les petits exercices pour cibler les besoins, les techniques de régulation émotionnelle. Ça en général, si j'arrive quand même pas mal à observer et à cibler sur moi-même ce que j'arrive à mettre en place ou pas. Enfin j'essaie de réfléchir souvent à comment je fonctionne, donc ça je pense que ça a été assez facile pour moi de mettre des mots et d'identifier pour répondre aux exercices. Donc voilà c'est tout ce que je vois pour le moment.

Annexe n°24 : cohérence interne des questionnaires

Tableau 1 : Cohérence interne des questionnaires (alpha de Cronbach) chez les étudiants en psychologie

Dimensions	α FFMQ	Dimension	α PEC intra	Variables	α variables
FFMQ		PEC intra		dépendantes	<i>dépendantes</i>
<i>Ob-init</i>	.774	<i>Id-init</i>	.625	<i>PSS</i>	.858
<i>Ob-mod</i>	.733	<i>Id-mod</i>	.649	<i>WHO</i>	.863
<i>De-init</i>	.889	<i>Co-init</i>	.728	<i>GAD</i>	.816
<i>De-mod</i>	.853	<i>Co-mod</i>	.754	<i>BRS</i>	.849
<i>Act-init</i>	.829	<i>Ec-init</i>	.658	<i>EQRI</i>	.835
<i>Act-mod</i>	.762	<i>Ec-mod</i>	.698		
<i>Nr-init</i>	.776	<i>Re-mod</i>	.769		
<i>Nr-mod</i>	.724	<i>Re-init</i>	.724		
<i>Nj-init</i>	.875	<i>Ut-init</i>	.725		
<i>Nj-mod</i>	.879	<i>Ut-mod</i>	.780		

Tableau 2 : Cohérence interne des questionnaires (alpha de Cronbach) chez les étudiants en IFSI

Dimensions	α FFMQ	Dimension	α PEC intra	Variables	α variables
FFMQ		PEC intra		dépendantes	<i>dépendantes</i>
<i>Ob-init</i>	.790	<i>Id-init</i>	.736	<i>PSS</i>	.835
<i>Ob-mod</i>	.755	<i>Id-mod</i>	.684	<i>WHO</i>	.900
<i>De-init</i>	.870	<i>Co-init</i>	.657	<i>GAD</i>	.816
<i>De-mod</i>	.842	<i>Co-mod</i>	.730	<i>BRS</i>	.805
<i>Act-init</i>	.824	<i>Ec-init</i>	.732	<i>EQRI</i>	.817
<i>Act-mod</i>	.721	<i>Ec-mod</i>	.785		
<i>Nr-init</i>	.714	<i>Re-mod</i>	.662		
<i>Nr-mod</i>	.621	<i>Re-init</i>	.634		
<i>Nj-init</i>	.823	<i>Ut-init</i>	.630		
<i>Nj-mod</i>	.784	<i>Ut-mod</i>	.639		

Annexe n°25 : Analyses confirmatoires et exclusions d'items

Nous présentons ici les étapes de nos analyses confirmatoires menant à l'exclusion d'items pour le PEC-intra et pour le FFMQ. Nous fournissons les données uniquement pour le PEC-intra pour limiter la quantité de données. Nous avons procédé à la même logique sur la PSS mais seuls les items qui ne saturaient pas assez ont été exclus. Les autres échelles n'ont pas subi de modifications.

Critères pour le PEC :

- Conserver un minimum de 3 items par dimension
- Exclure les items avec coefficient de saturation < .50
- Exclure le moins possible d'items quiaturent sur trop de dimensions (« cross-load » et MI élevé) sans dénaturer les échelles

Critères pour la FFMQ :

- Conserver un minimum de 4 items par dimension
- Exclure les items avec coefficient de saturation < .60
- Exclure le moins possible d'items quiaturent sur trop de dimensions (« cross-load » et MI élevé) sans dénaturer les échelles

PEC Intra CFA : modèle initiale globale

Model fit

Chi-square test

Model	X²	df	p
Baseline model	4060.209	300	
Factor model	920.641	265	< .001

Additional fit measures

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.826
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.803
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.803
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.773
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.683
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.743
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.827

Fit indices

Index	Value
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.826

Information criteria

	Value
Log-likelihood	-19529.798
Number of free parameters	60.000
Akaike (AIC)	39179.595
Bayesian (BIC)	39436.307
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	39245.848

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.068
RMSEA 90% CI lower bound	0.063
RMSEA 90% CI upper bound	0.073
RMSEA p-value	4.978×10^{-10}
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.078
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	176.982
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	187.118
Goodness of fit index (GFI)	0.868
McDonald fit index (MFI)	0.541
Expected cross validation index (ECVI)	1.952

Parameter estimates

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Factor 1	Q2_6	λ_{11}	0.441	0.051	8.654	< .001	0.341	0.541
	Q2_16	λ_{12}	0.641	0.048	13.290	< .001	0.547	0.736
	Q2_20_R	λ_{13}	0.399	0.060	6.672	< .001	0.282	0.517
	Q2_48	λ_{14}	0.609	0.047	13.023	< .001	0.518	0.701
	Q2_49_R	λ_{15}	0.798	0.049	16.360	< .001	0.702	0.893
Factor 2	Q2_1_R	λ_{21}	0.825	0.049	16.707	< .001	0.728	0.922
	Q2_2_R	λ_{22}	0.803	0.051	15.755	< .001	0.703	0.903
	Q2_10	λ_{23}	0.353	0.046	7.619	< .001	0.262	0.443
	Q2_26_R	λ_{24}	0.824	0.059	14.038	< .001	0.709	0.939
	Q2_43_R	λ_{25}	0.886	0.054	16.421	< .001	0.780	0.992
Factor 3	Q2_8	λ_{31}	0.865	0.054	15.987	< .001	0.759	0.971
	Q2_17	λ_{32}	0.504	0.059	8.545	< .001	0.388	0.619

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Factor 4	Q2_25_R	λ33	0.900	0.056	16.067	< .001	0.790	1.010
	Q2_38_R	λ34	0.753	0.066	11.333	< .001	0.623	0.883
	Q2_42_R	λ35	0.451	0.058	7.774	< .001	0.337	0.564
	Q2_12	λ41	0.810	0.048	16.707	< .001	0.715	0.905
	Q2_15	λ42	0.719	0.050	14.424	< .001	0.621	0.816
	Q2_37_R	λ43	0.886	0.053	16.808	< .001	0.782	0.989
	Q2_39	λ44	0.850	0.052	16.353	< .001	0.748	0.952
Factor 5	Q2_50	λ45	0.577	0.057	10.164	< .001	0.466	0.689
	Q2_9_R	λ51	0.250	0.052	4.845	< .001	0.149	0.352
	Q2_21	λ52	0.792	0.049	16.070	< .001	0.695	0.888
	Q2_22	λ53	0.527	0.043	12.149	< .001	0.442	0.612
	Q2_24	λ54	0.819	0.044	18.749	< .001	0.733	0.905
	Q2_41	λ55	0.767	0.041	18.628	< .001	0.686	0.847

PEC Intra CFA : modèle items exclus saturation <.50

Model fit

Chi-square test

Model	X ²	df	p
Baseline model	3274.921	171	
Factor model	444.790	142	< .001

Additional fit measures

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.902
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.883
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.883
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.864
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.718
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.836
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.903
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.902

Information criteria

	Value
Log-likelihood	-14680.427
Number of free parameters	48.000
Akaike (AIC)	29456.853
Bayesian (BIC)	29662.222
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	29509.856

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.063
RMSEA 90% CI lower bound	0.057
RMSEA 90% CI upper bound	0.070
RMSEA p-value	5.740×10 ⁻⁴
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.060
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	205.684
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	221.632
Goodness of fit index (GFI)	0.915
McDonald fit index (MFI)	0.753
Expected cross validation index (ECVI)	1.015

Parameter estimates

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Factor 1	Q2_16	λ_{11}	0.638	0.049	13.024	< .001	0.542	0.734
	Q2_48	λ_{12}	0.610	0.047	12.859	< .001	0.517	0.703
	Q2_49_R	λ_{13}	0.800	0.050	16.023	< .001	0.703	0.898
Factor 2	Q2_1_R	λ_{21}	0.840	0.049	17.014	< .001	0.744	0.937
	Q2_2_R	λ_{22}	0.827	0.051	16.261	< .001	0.727	0.927
	Q2_26_R	λ_{23}	0.818	0.059	13.857	< .001	0.702	0.934
	Q2_43_R	λ_{24}	0.880	0.054	16.192	< .001	0.774	0.987
Factor 3	Q2_8	λ_{31}	0.911	0.055	16.446	< .001	0.802	1.019
	Q2_25_R	λ_{32}	0.905	0.058	15.727	< .001	0.792	1.017
	Q2_38_R	λ_{33}	0.792	0.067	11.856	< .001	0.661	0.923
Factor 4	Q2_12	λ_{41}	0.813	0.048	16.778	< .001	0.718	0.908
	Q2_15	λ_{42}	0.722	0.050	14.490	< .001	0.624	0.819
	Q2_37_R	λ_{43}	0.883	0.053	16.734	< .001	0.780	0.987
	Q2_39	λ_{44}	0.846	0.052	16.235	< .001	0.744	0.948
	Q2_50	λ_{45}	0.577	0.057	10.157	< .001	0.466	0.689
Factor 5	Q2_21	λ_{51}	0.786	0.049	15.873	< .001	0.689	0.883
	Q2_22	λ_{52}	0.529	0.043	12.180	< .001	0.444	0.614
	Q2_24	λ_{53}	0.824	0.044	18.815	< .001	0.738	0.910

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
	Q2_41	λ54	0.763	0.041	18.429	< .001	0.681	0.844

Modification Indices

Cross-loadings

	Mod. Ind.	EPC
Factor 2 → Q2_37_R	84.145	0.744
Factor 2 → Q2_49_R	36.734	0.908
Factor 1 → Q2_37_R	32.742	0.396
Factor 5 → Q2_49_R	29.644	-0.362
Factor 4 → Q2_22	22.698	0.206
Factor 2 → Q2_12	21.426	-0.345
Factor 1 → Q2_12	19.471	-0.280
Factor 2 → Q2_48	18.967	-0.555
Factor 5 → Q2_25_R	16.350	-0.256
Factor 2 → Q2_22	14.939	0.171
Factor 3 → Q2_12	14.343	-0.208
Factor 3 → Q2_37_R	14.101	0.225
Factor 4 → Q2_41	12.950	-0.144
Factor 4 → Q2_26_R	10.644	0.298
Factor 5 → Q2_16	10.039	0.190
Factor 4 → Q2_1_R	9.240	-0.238
Factor 5 → Q2_48	9.203	0.176
Factor 3 → Q2_21	9.082	0.160
Factor 5 → Q2_8	8.069	0.177
Factor 2 → Q2_21	7.827	0.138
Factor 4 → Q2_38_R	7.660	-0.204
Factor 5 → Q2_15	7.184	0.132
Factor 1 → Q2_22	7.119	0.133
Factor 5 → Q2_37_R	7.059	-0.138
Factor 2 → Q2_25_R	7.044	0.234
Factor 1 → Q2_21	6.178	0.139
Factor 1 → Q2_24	6.077	-0.123
Factor 2 → Q2_24	5.983	-0.107
Factor 2 → Q2_15	5.857	-0.182
Factor 2 → Q2_41	5.800	-0.099
Factor 2 → Q2_16	5.681	-0.315
Factor 2 → Q2_39	5.388	-0.185
Factor 2 → Q2_38_R	5.285	-0.207
Factor 3 → Q2_48	5.255	0.214
Factor 4 → Q2_21	4.770	0.105
Factor 1 → Q2_8	4.592	0.288

Cross-loadings

	Mod. Ind.	EPC
Factor 1 → Q2_38_R	4.267	-0.257
Factor 5 → Q2_50	4.059	0.116
Factor 4 → Q2_25_R	3.857	0.132

PEC Intra CFA : modèle finale

Model fit

Chi-square test

Model	X²	df	p
Baseline model	2921.679	153	
Factor model	328.766	125	< .001

Additional fit measures

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.926
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.910
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.910
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.887
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.725
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.862
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.927
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.926

Information criteria

	Value
Log-likelihood	-13919.883
Number of free parameters	46.000
Akaike (AIC)	27931.765
Bayesian (BIC)	28128.577
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	27982.559

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.055
RMSEA 90% CI lower bound	0.048
RMSEA 90% CI upper bound	0.063

Other fit measures

Metric	Value
RMSEA p-value	0.112
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.054
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	247.577
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	268.004
Goodness of fit index (GFI)	0.933
McDonald fit index (MFI)	0.826
Expected cross validation index (ECVI)	0.789

Parameter estimates

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Factor 1	Q2_16	λ_{11}	0.639	0.049	13.035	< .001	0.543	0.735
	Q2_48	λ_{12}	0.610	0.047	12.843	< .001	0.517	0.703
	Q2_49_R	λ_{13}	0.800	0.050	16.003	< .001	0.702	0.898
Factor 2	Q2_1_R	λ_{21}	0.853	0.050	17.212	< .001	0.756	0.950
	Q2_2_R	λ_{22}	0.831	0.051	16.259	< .001	0.731	0.932
	Q2_26_R	λ_{23}	0.805	0.060	13.506	< .001	0.688	0.922
	Q2_43_R	λ_{24}	0.874	0.055	15.948	< .001	0.767	0.982
Factor 3	Q2_8	λ_{31}	0.910	0.055	16.430	< .001	0.802	1.019
	Q2_25_R	λ_{32}	0.904	0.058	15.710	< .001	0.791	1.017
	Q2_38_R	λ_{33}	0.794	0.067	11.877	< .001	0.663	0.925
Factor 4	Q2_12	λ_{41}	0.866	0.050	17.377	< .001	0.769	0.964
	Q2_15	λ_{42}	0.754	0.051	14.841	< .001	0.654	0.853
	Q2_39	λ_{43}	0.876	0.054	16.336	< .001	0.771	0.981
	Q2_50	λ_{44}	0.559	0.058	9.591	< .001	0.444	0.673
Factor 5	Q2_21	λ_{51}	0.787	0.049	15.902	< .001	0.690	0.884
	Q2_22	λ_{52}	0.531	0.043	12.241	< .001	0.446	0.616
	Q2_24	λ_{53}	0.825	0.044	18.837	< .001	0.739	0.911
	Q2_41	λ_{54}	0.760	0.041	18.355	< .001	0.679	0.841