

La puissance des Répétitions des Phrases des Pensées Positives
(RPPP) : Un outil efficace de traitement contre les troubles
psychologiques (dépression, anxiété et stress) : Une étude pilote
contrôlée et randomisée

ALSALEH, Muaweah

PhD, Chercheur en psychologie, Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les
Vulnérabilités (CERReV), EA 3919, Université de Caen Normandie, Esplanade de la Paix,
14032 Caen Cedex, France.

LEBREUILLY, Romain

Maitre de conférences en Psychologie
Laboratoire InterPsy (EA 4432), groupe GRC, Nancy

Manuel TOSTAIN

Professor of Psychology. Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les
Vulnérabilités (CERReV), EA 3919, Université de Caen Normandie.

LEBREUILLY, Joëlle

Maître de Conférences HDR en psychologie, Centre d'Etude et de Recherche sur les
Risques et les Vulnérabilités (CERReV), EA 3919, Université de Caen Normandie, Esplanade
de la Paix, 14032 Caen Cedex, France.

Résumé

Objectif : La présente recherche vise à attirer l'attention des soignants sur les cognitions positives comme traitement efficace contre divers troubles psychologiques chez les étudiants. L'objectif novateur de cette étude était d'évaluer les effets à court terme de la méthode des RPPP (Répétition des Phrases des Pensées Positives) sur à la fois, la dépression, l'anxiété et le stress.

Méthode : L'échantillon total est composé de 44 étudiants (11 hommes et 33 femmes) de l'Université de Caen, âgés de 18 à 23 ans. Il est composé de deux groupes : un groupe expérimental (21 personnes âgées de 18 à 23 ans), et un groupe témoin (23 participants âgés de 18 à 23 ans).

Résultats : Les résultats montrent une amélioration significative des troubles psychologiques sur l'ensemble du groupe expérimental ($p < 0.05$) et une diminution significative du stress suite au protocole RPPP ($p < 0.01$), moins d'anxiété ($p < 0.001$) et également moins de dépression ($p < 0.05$). L'effet de RPPP à court terme est significatif.

Conclusion : Les cognitions positives peuvent améliorer le traitement de la dépression, de l'anxiété et du stress chez les étudiants, leur bien-être psychologique et leur qualité de vie. Les RPPP sont proposées ici comme un traitement rapide contre les troubles psychologiques (TPSY). Cet outil efficace peut être proposé en thérapie et possède une grande facilité de mise en œuvre. Ces résultats devront être confirmés par des études cliniques et comparatives.

Mots clés : Pensées positives, traitement, dépression, cognitions, anxiété, stress

1. Introduction

La santé mentale des étudiants est un enjeu important de santé publique, notamment pour les étudiants isolés [33]. Un tiers des étudiants souffrent de symptomatologie anxieuse et dépressive dont les facteurs invoqués sont le stress, la solitude, les problèmes relationnels et les addictions [16,18]. La dépression est un trouble psychopathologique connu chez les étudiants [11]. La dépression peut survenir avec d'autres pathologies médicales comme les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le diabète et la maladie de Parkinson. Les personnes souffrant de dépression associée à d'autres maladies médicales et/ou aux problèmes somatiques ont tendance à avoir des symptômes plus graves de dépression et à avoir plus de difficultés à s'adapter à leur état de santé. Ainsi le traitement de la dépression peut aider à améliorer les résultats de l'efficacité du traitement de la maladie de co-occurrence [23]. Il est prouvé que le stress peut conduire à des maladies cardiaques [88], des maladies infectieuses [89] et des maladies auto-immunes [90]. Il existe une relation entre la pensée positive et le stress [80]. Il a également été démontré que la pensée positive pouvait être un facteur de réduction de la détresse et un facteur d'amélioration des résultats sur la santé des personnes [91,92, cf. 80].

Dans le modèle cognitif de la dépression de Beck [41], des dimensions de la personnalité, par exemple sociotropie et autonomie, sont vues comme de possibles facteurs qui influenceraient l'étiologie, la manifestation des symptômes et la réponse au traitement dans certaines dépressions. Selon Choi-Kain et Gunderson (2015) [42], le trouble de la personnalité borderline pourrait avoir un impact sur la présence de la dépression, son cours et son traitement.

Selon André [1], l'accroissement de l'émotion positive chez les sujets vulnérables est un objectif utile à long terme [1,40]. La pensée positive¹ joue un rôle dans l'augmentation de l'émotionnalité positive chez les sujets et dans la réduction de l'émotionnalité négative [1, cf. 80], (par ex : « J'ai plusieurs qualités utiles » [37, cf.39]). Plusieurs recherches suggèrent que l'augmentation des pensées positives peut être une protection importante contre les troubles psychologiques et indiquent que le degré de pensées positives est parfois le déterminant le plus important dans les troubles mentaux, les troubles psychologiques (TPSY) et l'(in)adaptation psychologique [43-46]. Des études ont indiqué l'importance des pensées positives et sa pertinence en santé mentale, comme les troubles de l'anxiété [63], le stress [80], la dépression et les troubles dépressifs majeurs (TDM) [54]. Elles ont montré que les pensées positives ont la capacité de réduire les troubles de l'anxiété [cf. 63]. Lyubomirsky et King (2005) [93] ont mené une méta-analyse sur les avantages de la pensée positive fréquente, (en termes d'affect positif, d'optimisme, de bonheur, de satisfaction de la vie et d'autres concepts associés) et ont constaté un effet positif dans plusieurs domaines de la vie, y compris dans le rendement au travail, dans les relations sociales, dans la perception de soi et des autres, dans la sociabilité, l'activité, le bien-être physique, l'adaptation, la résolution de problèmes, la créativité et la santé. Zarghuna et Ruhi (2010) [80] ont effectué une revue de littérature sur la pensée positive et sur son impact sur le comportement individuel de la jeunesse, sur l'évaluation ou l'estimation du stress, sur l'adaptation et sur les résultats de la santé. Cette étude montre que la pensée positive conduit à des sentiments positifs et des comportements positifs ; et par la pensée positive, nous percevons le stress comme moins menaçant et nous sommes capables d'y faire face efficacement. Modifier l'équilibre émotionnel des sujets est possible par les Répétitions des phrases des Pensées Positives

¹ « Positive thinking is looking at the brighter side of situations, making a person constructive and creative. Positive thinking is related with positive emotions and other constructs such as optimism, hope, joy and wellbeing. McGrath (2004) [98] defined positive thinking as a generic term referring to an overall attitude that is reflected in thinking, behavior, feeling and speaking. Positive thinking is a mental attitude that admits into the mind; thoughts, words and images that are conducive to growth, expansion and success » [cf. 80].

(RPPP). Cette méthode consiste à réduire les émotions et les comportements « négatifs » mais également à aider les sujets à éprouver davantage de bien-être, tout cela par le conditionnement des pensées. C'est l'objectif principal des « RPPP » qui reste aujourd'hui, à notre connaissance, trop peu utilisée en pratique clinique et thérapeutique.

1.1. Comment définir les Répétitions des Phrases des Pensées Positives (RPPP) ?

Le but de la pensée positive² est de maintenir un bon équilibre dans la reconnaissance de divers problèmes, c'est une approche qui met l'accent sur le côté positif de toute situation, plutôt que de se concentrer sur les aspects négatifs. La pensée positive est l'orientation optimiste dans la vie, alors que la pensée négative est l'orientation pessimiste, c'est ce qui mène à la réussite [81,82, cf. 83].

Nous définissons les Répétitions des Phrases des Pensées Positives (RPPP) comme la capacité à construire des discours et des dialogues d'autoréférences qui se réfèrent le plus souvent à des commentaires internes et des dialogues intérieurs selon lesquels l'individu, « à sa propre audience », il se parle à voix haute ou en silence (« Mon attitude positive sera bénéfique pour ma santé et ma journée ») et à se restructurer en permanence, par l'utilisation des pensées positives. La pensée positive³, outil de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)⁴, peut donc être utile dans le cadre de la prévention des rechutes, notamment en matière de troubles anxieux et dépressifs, mais aussi dans l'amélioration de la qualité de vie des individus. Cette technique permettra d'améliorer les pratiques de soins dans le domaine universitaire. Buenaver et al. [8] suggèrent que des psychotropes tels que hypnotiques ou anxiolytiques peuvent soulager les patients souffrant de douleurs, mais ces derniers devraient bénéficier également de la thérapie cognitive et comportementale, basée sur les cognitions positives et négatives. Ces auteurs ont indiqué que la méthode serait valable pour les personnes qui souffrent d'autres affections liées au stress sans pathologies sous-jacentes comme par exemple la fibromyalgie, les troubles intestinaux fonctionnels et les céphalées de tension, les dorsalgies chroniques : « Cela peut paraître simple, mais vous pouvez changer la façon dont vous vous sentez en changeant la façon dont vous pensez » [8]. Penser positivement sur la maladie chronique apporte du bien-être chez les patients atteints de la maladie de Parkinson [20], et change les perceptions de la maladie chez les patients. Selon Hurt et al. (2014) avoir des pensées positives sur ses problèmes de santé développe une vision optimiste et augmente ainsi le bien-être [20].

L'efficacité du traitement de la dépression ou des TDM (troubles dépressifs majeurs) par la thérapie comportementale et cognitive (TCC) a été étayée par un nombre croissant d'études cliniques d'intervention [47,48]. Par exemple, il a été démontré dans une méta-analyse d'essais contrôlés et randomisés que la TCC permet de réduire significativement les symptômes dépressifs [49]. La TCC est efficace dans le traitement de la dépression car la dépression et le TDM est caractérisée par le renforcement de traitement de l'information négative [50,51, cf. 54]. Les individus dépressifs ont souvent des pensées automatiques négatives sur eux-mêmes, leur avenir et le monde [50] ; ces pensées automatiques induisent des états d'humeur dépressive dans le modèle cognitif de la dépression. Hollon et Kendall (1980) [52] ont constaté que les patients souffrant de dépression (ex : TDM) ont montré significativement un plus grand nombre de pensées automatiques négatives que les patients non-TDM. Par conséquent, pour que la TCC soit efficace dans le traitement des symptômes dépressifs, il est important que les pensées automatiques soient plus positives [53, cf.54].

² « Positive thinking is to maintain a proper balance in recognizing the various problems, it is an integrated approach to life, focusing on the positive side in any situation, rather than focusing on the negatives, in the sense that we improve very likely, embracing the ideal way of life. According to Scott W., it is that innate ability to reach better results through positive thoughts. [81 cf. 83] ».

³ Elle est liée à la psychologie positive [80].

⁴ Cette thérapie est une psychothérapie à court terme basée sur l'observation et la régulation des liens entre les pensées, les émotions et les comportements.

Récemment, les effets de la cognition négative et positive en TDM ont été étudiés. Ingram et Wisnicki (1988) [55] ont constaté une relation inverse entre la fréquence des pensées positives et le niveau de la dysphorie. En outre, Kendall (1983) [56] a suggéré que l'examen des deux dimensions positives et négatives de la cognition pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la santé-pathologie (notamment la psychopathologie de la dépression ou du trouble dépressif majeur).

Selon Boujut et al. [7], chez les étudiants, différentes prises en charge devraient permettre d'améliorer l'estime de soi, d'amoindrir et de rendre moins graves les symptômes anxieux et dépressifs, et de positiver les pensées et les dialogues intérieurs.

Il existe deux grands avantages de la pensée positive dans une situation stressante. Pour l'un, la pensée positive va permettre à la personne de mieux faire face. L'autre est que la pensée positive augmente la probabilité d'un meilleur résultat [80]. La recherche a démontré que les personnes optimistes utilisent la reformulation positive au lieu du déni lorsqu'ils font face à des événements très stressants [94,80]. Les femmes optimistes utilisent plus de stratégies d'adaptation et avait un faible niveau de stress perçu [80]. Scheier et Carver (1985) [95] ont constaté que les étudiants optimistes ont mieux fait face à des situations difficiles au cours du semestre et ont déclaré moins de symptômes physiques que les autres. Il est également prouvé que la pensée positive peut fournir un sentiment de contrôle dans certaines situations et réduire la fréquence de la dépression [96,80]. Les avantages de la pensée positive sont évidents dans les études sur la santé cardio-vasculaire, le cancer et aussi sur le fonctionnement immunitaire, rhinovirus ; qui causent le rhume et d'autres maladies. Il y a des preuves croissantes que la pensée positive a un rôle important à jouer dans la protection de la pression artérielle, et d'autres affections cardiaques [97]. Les bénéfices sanitaires de la pensée positive s'étendent à d'autres problèmes de santé tels que des réactions « *common cold and allergic reactions* » [34]. Plusieurs études ont démontré que la pensée positive favorise une bonne santé et conduit à moins de visites chez le médecin [31, cf.80]. En plus de promouvoir la santé physique, la pensée positive est associée à la santé psychologique [80].

Les pensées négatives sont des pensées qui impliquent la critique ou la dévaluation de soi. Ces pensées dominent la cognition d'une personne déprimée. Leur adaptation aux facteurs de stress quotidiens devient dysfonctionnelle et ils développent des problèmes psychologiques et physiques. Historiquement, les psychologues se sont uniquement concentrés sur les états mentaux négatifs conduisant à la pathologie et au désordre. L'influence de la pensée positive sur la satisfaction de la vie, la qualité de la vie et leurs résultats sur la santé a été plus généralement négligée [cf. 80]. A notre connaissance, il n'existe pas aujourd'hui, d'étude qui expérimente uniquement la **pratique verbale** des RPPP pour traiter les troubles mentaux, mais seulement des études théoriques. C'est pourquoi nous recherchons dans cette étude à mettre en place un protocole permettant de tester l'impact des RPPP sur la dépression, l'anxiété et le stress. (H1) : les répétitions des phrases des pensées positives réduisent la dépression, l'anxiété et le stress.

Cependant, la réduction des troubles mentaux et psychologiques chez une personne pourrait éventuellement résulter du remplacement du contenu négatif par tout le contenu positif. (H0) : il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental qui a suivi les RPPP et le groupe n'ayant pas suivi les RPPP.

2. Méthode

2.1. Objectif

L'objectif de cette étude était d'explorer les effets à court terme du programme d'intervention (RPPP : répétition des phrases des pensées positives). L'hypothèse principale était l'obtention d'une amélioration significative des symptômes de dépression après l'intervention, et éventuellement d'autres dimensions du fonctionnement psychologique comme l'anxiété et le stress.

2.2. Échantillon

L'échantillon d'origine a été recruté parmi 76 étudiants (âgés de 18 à 23 ans) en première année de Licence de l'Université de Caen Normandie. Ils ont été recrutés lors de travaux dirigés de psychologie, environ un mois après la rentrée universitaire. La participation était volontaire et anonyme. Nous avons informé brièvement les étudiants sur les caractéristiques et la durée de l'étude, puis il leur a été proposé de remplir les questionnaires après avoir reçu leur accord. La confidentialité des résultats leur a été garantie. L'échantillon total utilisé pour cette étude est composé de 44 étudiants (11 hommes et 33 femmes) de l'Université de Caen, âgés de 18 à 23 ans. En effet, nous avons été obligé d'éliminer 32 étudiants qui ne se sont pas présentés à au moins une des étapes du protocole : soit ils ne se sont pas présentés à la première séance pédagogique sur les répétitions des Phrases de pensées positives (RPPP), soit ils ne se sont pas présentés pour remplir les échelles de l'évaluation initiale (T1) et/ou de la réévaluation (T2)

2.3. Intervention et participants

En s'appuyant sur l'étude pilote contrôlée et randomisée de Berghmans et al., (2010) [4] chez les étudiants, examinant *l'impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression)*, pour réaliser notre protocole, notre recherche teste, pour la première fois, les effets à court terme des RPPP (répétition des phrases des pensées positives).

Notre étude a utilisé la même méthodologie que Berghmans et al., (2010) [4], car leurs recherches a également été réalisée sur des étudiants de psychologie dans l'objectif de réduire le stress, l'anxiété et la dépression. Cette étude pilote était contrôlée et randomisée mais elle permettait également de comparer l'effet observé dans le groupe expérimental par rapport à l'effet observé dans le groupe contrôle. Nous avons ainsi reproduit ce modèle qui nous apparaît efficace pour ce type de recherche

Cette intervention (les RPPP) a été réalisée sur des étudiants en psychologie dans le but de réduire la sévérité des syndromes émotionnels (syndromes de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique) et de voir les effets de cette approche sur la santé en général. Après randomisation de façon aléatoire, un groupe expérimental a été comparé à un groupe témoin. L'échantillon d'origine était composé de 76 participants randomisés, âgés de 18 à 23 ans. 59 % vivent seul, 63.16% d'entre eux sont issus de milieu urbain, et 36.84% de milieu rural. Les participants sont assignés au hasard, soit un groupe qui reçoit le traitement testé (RPPP ; 36 étudiants constituant le groupe expérimental), soit à un groupe ne recevant aucun traitement (40 étudiants constituant le groupe témoin). Après désistement, l'échantillon final est composé de 44 participants. Le groupe expérimental est composé de 21 personnes âgées de 18 à 23 ans, dont 71.43 % de femmes. La moyenne d'âge est de 20.10 ans (ET= 1.55). Le groupe témoin est composé de 23 participants âgés de 18 à 23 ans, dont 78.26% de femmes. La moyenne d'âge est de 19.22 ans (ET = 1.65). L'intervention s'est déroulée sur 7 jours, basée sur des exercices de RPPP. Avant le premier SMS⁵, les étudiants avaient reçu une

⁵ Après la première formation pédagogique, chaque matin pendant les sept jours de répétition, chaque étudiant a reçu un message (SMS) qui contenait trois phrases de pensées positives (RPPP).

formation pédagogique à la RPPP de 15 minutes, animée par un psychologue, avec une explication sur le déroulement de la recherche et les outils de mesures utilisés (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Le protocole expérimental.

	Groupe expérimental	Groupe témoin
T1 Jour J	Mesure	Mesure
T2 Jour J+7	RPPP (7 jours) Mesure	Pas de Formation (pas de RPPP) Mesure
RPPP : répétition des phrases des pensées positives. Une répétition avait été nécessaire, pour comparer le groupe qui a subi l'intervention à celui qui n'en a pas subi.		

2.4. Évaluations

Deux évaluations ont été réalisées : la première (T1) lors de l'inclusion avant l'intervention (RPPP), et la deuxième (T2) à la fin de l'intervention. Lors de chaque évaluation, deux outils spécifiques ont été utilisés : le BDI-II et l'EDAS-21.

Le BDI-II [57] est un inventaire de dépression composé de 21 groupes d'énoncés qui évalue l'état de l'humeur au cours des deux dernières semaines permettant ainsi d'évaluer la dépression. Le BDI a été utilisé avec la valeur seuil de ≥ 12 [58]. Selon Bouvard et Cottraux, 2010 [49], le BDI-II évalue la sévérité de la dépression et répond mieux aux critères diagnostiques de DSM-IV.

L'EDAS-21 (DASS-21 : Depression Anxiety Stress Scales-21) [79] est un instrument, relativement succinct, d'auto-évaluation fiable et valide conçu pour mesurer et évaluer la gravité et la fréquence d'expérimenter des symptômes de la dépression, l'anxiété et le stress (l'expérience des 21 symptômes émotionnels négatifs) au cours de la semaine précédente sur une échelle de Likert à 4 points. La cohérence interne rapportée dans l'étude originale de validation de l'échelle était 0,81 pour la dépression; 0,73 pour l'anxiété, et 0,81 pour le stress [60]. L'EDAS-21 a été également utilisé avec la valeur seuil de ≥ 5 pour la dépression, ≥ 4 pour l'anxiété, et ≥ 8 pour le stress.

Nous avons garanti la confidentialité des résultats à tous les participants et nous leur avons laissé nos coordonnées au cas où ils souhaiteraient de plus amples informations sur l'étude.

2.5. Procédure

Après l'évaluation, les étudiants sont divisés en 2 groupes. L'étudiant répète seul des phrases positives (mots en auto-répétition) qui permettent de réduire les TPSY (dépression, anxiété et stress) chez les étudiants. Après 7 jours de RPPP, chaque groupe remplit les mêmes échelles afin de savoir si la RPPP a été efficace pour réduire l'état anxio-dépressif et le stress des étudiants.

2.6. Programme d'intervention

Le programme de l'intervention, dans un groupe auquel ont participé les étudiants, comprend deux techniques actives : **1.** Répéter tout seul des phrases positives (mots en auto-répétition) après réception des SMS envoyés par un psychologue ; **2.** Répéter pendant une semaine les trois phrases des pensées positives de 3 à 5 minutes par jour. Le programme de RPPP comprend un entraînement des répétitions des phrases ayant un sens très positif.

2.7. Analyse statistique

L'analyse statistique est effectuée sur 44 participants. L'objectif de l'analyse statistique est de décrire les changements des TPSY associés à la répétition des phrases des pensées positives (RPPP). Afin d'évaluer l'efficacité de cette intervention, une comparaison des scores avant et après (T1 vs T2) a été effectuée pour les deux échelles de dépression (BDI-II et EDAS-21), à l'aide d'un test de comparaison de moyennes de Wilcoxon, en considérant l'échelle d'EDAS-21 comme variable principale. Un test de Wilcoxon⁶ a été fait car les échantillons ne sont pas indépendants, moins de 30 individus pour les sous échantillons et ne suivent pas la loi normale en examinant le "Shapiro-Wilk normality test". Selon Ramousse, Le Berre, Le Guelte (1996) [61] « *Quand les mesures sont réalisées dans une échelle ordinale à la fois dans les paires et entre elles, le test de Wilcoxon doit être utilisé.* ». La taille de l'effet, à l'aide du coefficient « r » de Cohen, et la réponse moyenne standardisée entre T1 et T2 ont été calculées. Concernant le groupe expérimental, le taux de variation et le coefficient multiplicateur (CM) de la prévalence des TPSY ont été calculés avant et après l'application des RPPP. Le seuil retenu de significativité des tests est de 0,05.

3. Analyse des résultats

44 étudiants ont été analysés : 21 pour le groupe expérimental suivant l'intervention des RPPP et 23 pour le groupe témoin ne suivant pas l'intervention des RPPP.

3.1. Résultats descriptifs

Concernant le groupe expérimental, au total, 36 étudiants ont été inclus dans cette étude et pris en charge dans deux groupes d'intervention différents. 15 sujets ont interrompu le traitement en cours d'étude, et n'ont pas été évalués à T1 et/ou T2. L'échantillon analysé se compose donc de 21 sujets (15 femmes et 6 hommes), d'un âge moyen de 20.10 ans (18 à 23). Sur le plan sociodémographique, la majorité des sujets sont des femmes (71.43), la moitié de ces étudiants vivent seul, 66.67 % d'entre eux sont issus de milieu urbain, et 33.33 % de milieu rural.

Concernant le groupe témoin, au total, 40 étudiants ont été inclus dans cette étude. 17 sujets ont interrompu l'évaluation en cours d'étude, et n'ont pas été évalués à T1 et/ou T2. L'échantillon analysé se compose donc de 23 sujets (18 femmes et 5 hommes), d'un âge moyen de 19.22 ans (18 à 23). Au plan sociodémographique, les femmes sont la majorité (78.26), la moitié de ces étudiants vivent seul, 60.87% d'entre eux viennent de milieu urbain, et 39.13% de milieu rural.

3.2. Pensées positives et troubles psychologiques (TPSY)

L'intervention des RPPP a eu un effet sur le groupe expérimental en comparaison à un groupe contrôle. L'hypothèse testée (**H0**) est rejetée car le seuil retenu de significativité de test de Wilcoxon (0.05) montre qu'il existe une différence entre le groupe expérimental qui a répété les RPPP et le groupe contrôle n'ayant pas suivi les RPPP. Les répétitions des phrases des pensées positives réduisent ainsi de façon significative la dépression, l'anxiété et le stress et confirme notre hypothèse testée (**H1**).

3.2.1. RPPP, anxiété et stress-EDAS-21

Les mesures en pré- et post-traitement (intervention) montrent des différences significatives au sein des deux groupes (expérimental et témoin) (**Tableau 2**). Dans le groupe expérimental, on assiste à une diminution significative du stress suite au protocole RPPP ($p < 0.01$). Les participants présentent un stress amoindri entre le début et la fin de l'expérimentation. Au

⁶ « Le test de Wilcoxon est habituellement présenté comme alternative au test t lorsque les données ne semblent pas approximativement normalement distribuées ou que la taille des échantillons est trop petite pour vérifier cette hypothèse » [62].

niveau de l'anxiété, les mesures en pré- et post-traitement montrent une différence significative au sein du groupe expérimental. Les participants présentent moins d'anxiété suite au protocole RPPP ($p < 0.001$).

3.2.2. RPPP et dépression-BDI-II et EDAS-21

Au niveau de la mesure de la dépression, les mesures en pré- et post-traitement montrent des différences significatives au sein du groupe expérimental. Les participants du groupe expérimental présentent également moins de dépression suite au protocole RPPP ($p < 0.05$).

De manière générale, les résultats de l'expérimentation montrent un effet du protocole RPPP sur des variables telles que le stress, et l'anxiété. On observe également, mais dans une moindre mesure, une diminution des symptômes dépressifs.

3.2.3. Tailles d'effet

Dans cette étude, le bénéfice des RPPP a été estimé par la taille d'effet (*effect size*). Une taille d'effet⁷ plus grande suggère une plus grande sensibilité au changement de l'outil [27]. Les tailles d'effet du test de Wilcoxon⁸ calculées pour chaque instrument s'échelonnent entre 0,31 et 0,46 entre T1 et T2 (**Tableau 2**). Selon le critère de Cohen « *r* » (Pallant, 2007, p. 224-225) [32], les effets de RPPP à court terme sont modérés à forts.

Tableau 2 : Effet des RPPP sur les TPSY

	groupe expérimental, RPPP (N = 21)				groupe témoin (N = 23)		
	Pré-RPPP (T1)	Post-RPPP (T2)	p*	Taille d'effet T1-T2	Pré (T1)	Post (T2)	p*
Dépression-BDI-II	9,81 (8,33)	8,52 (8,65)	$p < 0,05$	0,31	8,74 (6,79)	7,39 (5,34)	$p > 0,05$
Dépression-EDAS-21	4,86 (5,19)	3,33 (4,15)	$p < 0,05$	0,36	2,96 (2,85)	2,57 (3,51)	$p > 0,05$
Anxiété-EDAS-21	5,67 (5,17)	3,38 (4,23)	$p < 0,001$	0,46	4,17 (3,14)	3,39 (3,89)	$p > 0,05$
Stress-EDAS-21	7,81 (4,82)	5,38 (5,38)	$p < 0,01$	0,40	5,57 (3,67)	4,87 (3,67)	$p > 0,05$
Moyennes et écart-types (entre parenthèses) obtenus à l'inclusion (T1) et après l'intervention (T2), avec comparaisons des moyennes entre T1 et T2 et calcul des tailles d'effet entre T1 et T2 (N = 44). T1 : Première étape (évaluation initiale). T2 : Deuxième étape (réévaluation). Pré- RPPP : Pré-Répétitions de Phrases de Pensées Positives. Post- RPPP : Post-Répétitions de Phrases de Pensées Positives. p* : Test de Wilcoxon.							

⁷ • Faible si une taille d'effet (*effect size* : *ES*) est inférieure à 0,50 ; • modérée si *ES* est comprise entre 0,51 et 0,80 ; • est bonne si *ES* est supérieure à 0,80 [14,21].

⁸ Pallant, 2007, p. 225 [32]; suggère de calculer la taille d'effet pour un test de Wilcoxon en divisant la statistique de test « *Z* » par la racine carrée du nombre d'observations: $r = Z / \sqrt{nx + ny}$. *Z* est la statistique de test « *Z is the test statistic* ». N = 42 (cas*2) = 21*2.

3.3. Taux de variation et coefficient multiplicateur (CM)

3.3.1. La dépression, l'anxiété et le stress avant et après l'application des RPPP

Les coefficients multiplicateurs de la prévalence de la dépression évalués par BDI-II et EDAS-21 sont respectivement de 0.80 et de 0.84 (inférieur à 1), après l'application des RPPP ; ce qui signifie que la prévalence a diminué respectivement de 19.72% et 15.15%. De plus, les CM de la prévalence de l'anxiété et du stress évalués par EDAS-21 sont respectivement de 0.57 et de 0.59 (inférieur à 1), après l'application des RPPP ; ce qui signifie qu'elle a diminué respectivement de 42.42% et 40.42%. Les coefficients multiplicateurs de la prévalence de la dépression chez les femmes, évalués par EDAS-21 et BDI-II, sont respectivement de 0.73 et 0.82 (inférieur à 1) ce qui signifie que la prévalence de la dépression chez les femmes a diminué respectivement de 17.85% (selon EDAS-21) et 26.31% (selon BDI-II) après l'application des RPPP. La prévalence de la dépression chez les hommes évalués par EDAS-21 et BDI-II, reste stable dans la période de l'intervention, parce que les coefficients multiplicateurs chez eux est de 1 (égal à 1) pour les deux échelles, ce qui peut être expliqué par le faible nombre d'hommes. En revanche, le coefficient multiplicateur de la prévalence de l'anxiété chez les hommes et les femmes sont respectivement de 0.47 et de 0.59 (inférieur à 1), ce qui signifie que la prévalence a diminué de 52.63% chez les hommes et de 40.43% chez les femmes après l'application des RPPP.

Le coefficient multiplicateur de la prévalence du stress chez les femmes est de 0.54 (inférieur à 1), signifiant que la prévalence chez les femmes a diminué de 45.24% après l'application des RPPP, et que la prévalence chez les hommes est constante dans la même période car les coefficients multiplicateurs chez eux est égal à 1 signifiant que la prévalence chez les hommes ne varie pas après l'application des RPPP.

En fin d'intervention, les résultats montrent des changements significatifs sur toutes les variables (dépression, anxiété et stress), allant dans le sens d'une amélioration clinique (diminution des scores aux échelles évaluant les TPSY).

4. Discussion

Cette recherche vise à étudier les effets de l'intervention des RPPP sur un groupe d'étudiants, population très peu sollicitée jusqu'à présent dans la littérature, notamment francophone. Les résultats de cette recherche montrent une efficacité certaine du protocole RPPP sur la santé psychique d'une population étudiante. L'effet des RPPP observé dans le groupe expérimental est supérieur à l'effet observé dans le groupe contrôle. Nous validons ainsi les hypothèses testées (**H0**) et (**H1**).

Le groupe sondé dans la présente étude a indiqué une intensité du trouble d'anxiété très marquée, avec un score moyen à l'échelle EDAS (5.67 ± 5.17) nettement supérieur au score de 4 sur 21 admis comme seuil pathologique. D'une manière générale, les effets de l'intervention des RPPP s'avèrent favorables, avec des changements très significatifs, en premier lieu sur les scores d'anxiété. On note une amélioration plus de deux points sur l'échelle EDAS-anxiété entre T1 (5.67) et T2 (3.38) ($p < 0.001$), ce qui correspond à une taille d'effet (r) significatif de 0.46. Notre étude monte la pertinence des pensées positives en santé mentale et son importance pour diminuer l'anxiété et ses symptômes. Ce résultat va dans le sens de l'étude d'Eagleson et al. (2016) [63], indiquant que l'inquiétude pathologique (*pathological worry*) est réduite par le remplacement de la pensée dans le trouble d'anxiété généralisée en utilisant les pensées positives. Ses résultats ont montré la puissance de la pensée positive pour prédire une importante diminution dans l'inquiétude et l'anxiété. En outre, la réduction des inquiétudes durant le suivi est associée à une plus grande capacité à générer des pensées positives [63]. En d'autres termes, la pratique de toute idéation ou pensée positive réduit la fréquence des pensées liées à l'inquiétude. De même, l'échelle évaluant le stress connaît une réduction très significative entre T1 et T2 ($p < 0.01$; $r = 0.40$). Les deux échelles

évaluant la dépression montrent des résultats allant dans le sens d'une amélioration significative, qu'il s'agisse des scores du BDI-II ou de l'EDAS-21 ($p < 0.05$).

Des recherches ont montré que les modifications sur les pensées négatives sont des moyens de soigner la dépression [3,19]. Nos résultats montrent également qu'utiliser les pensées positives sont des moyens de traiter la dépression et d'autres TPSY (anxiété et stress). Ces résultats sont compatibles avec d'autres résultats [3,19]. Selon nos résultats, les pensées automatiques positives sont absentes dans les cognitions des sujets dépressifs, anxieux et stressés. La présence de pensées automatiques positives est alors un aspect de la positivité dans la cognition qui peut réduire les TPSY chez les sujets dépressifs anxieux et stressés.

Cette étude fait émerger deux axes principaux de questionnement : d'une part, l'importance de l'engagement dans la démarche d'intervention et, d'autre part, la rigueur de l'observance des répétitions des pensées positives. Concernant le premier axe, dans notre recherche, nous avons à faire à des étudiants qui sont intéressés par cette démarche. Concernant le second axe de questionnement qui est l'observance des RPPP, dans ce type d'intervention et cela de manière beaucoup plus marquée que dans des thérapies biologiques, le sujet a un rôle primordial à jouer. Il est l'activateur et l'acteur clé de la réussite de sa démarche. La motivation est ainsi un paramètre important à prendre en compte dans l'observance des répétitions des phrases des pensées positives (RPPP). La motivation est également différente suivant son état clinique. Plus le sujet connaît des problèmes liés à l'anxiété et à la dépression ou au stress et plus il sera susceptible d'être réceptif à ce genre d'approche. De plus, selon l'étude de Berghmans et al., (2010) [4] chez les étudiants, « *l'engagement réel et sincère qui devraient valoriser une forte motivation n'est pas comparable à une population se trouvant dans une pathologie spécifique comme la gestion de la douleur dans des problématiques oncologiques ou la gestion du stress dans des situations de burn-out professionnelles.* (cf. [4] ». En effet, reprenant les directives de RPPP, les sujets qui s'engagent dans ce type d'approche sont fortement invités à pratiquer un seul exercice (RPPP) par jour. Ces directives doivent être enseignées une seule fois durant la première séance de formation pendant environ 10 à 15 minutes (**Annexe 1**). Ainsi, la consigne donnée sur l'observance des RPPP est de répéter les trois phrases au moins trois fois (3-5 min) dès le réveil matinal et le soir avant de dormir. De plus, ces RPPP peuvent être répétées mentalement tout au long de la journée en réalisant des gestes du quotidien (manger, marcher, attendre les transports urbains, etc.). Une telle pratique assidue démontre une volonté d'engagement fort de la personne qui sera d'autant plus motivée que le sujet s'inscrit dans une démarche de changement et de guérison face à une pathologie. Dans notre étude, nous obtenons un bon taux d'observance des RPPP (RPPP tous les jours de la semaine) montrant ainsi la volonté d'investissement de la part des sujets. Les RPPP jouent un rôle protecteur contre les TPSY chez les étudiants.

Selon Mirabel-Sarron (2007) [64] l'indication de psychothérapie (par exemple, la thérapie comportementale et cognitive) est individuelle et résulte d'une analyse clinique, de la motivation et du mode relationnel qui peut être créé avec l'individu [65-67; cf. 64]. Nos résultats montrent que la motivation pour les RPPP représente un type de traitement efficace pour réduire une variété de troubles mentaux ou ses symptômes (notamment pour la dépression, l'anxiété, le stress et leurs symptômes). Par conséquent, ces RPPP diminueront le risque d'avoir ou de développer une dépression (majeur ou clinique) ; troubles d'anxiété ou stress chronique comme stress universitaire chronique. Nos résultats vont dans le sens d'autres résultats actuels qui indiquent que « *les psychothérapies représentent un type de traitement remarquablement efficace pour une grande diversité de troubles psychiques (par exemple pour la dépression, les troubles anxieux ou encore les troubles de la personnalité)* [76-78, cité par 68]. » Stiles et al., (2006) [69] ont indiqué, sans équivoque, l'efficacité des approches cognitivo-comportementales. Les résultats de Stiles et al. [69], ont confirmé une nouvelle fois « *le verdict de l'oiseau dodo* » dans un *setting* naturel, montrant que les facteurs

communs, comme l'empathie, l'alliance thérapeutique ou encore la motivation et l'engagement du sujet sont déterminants pour la réussite d'une psychothérapie [cf. 70].

L'analyse des résultats met en évidence les effets qu'entretiennent les pensées positives sur les troubles psychologiques. Ces résultats contribuent à ouvrir la porte sur de nouvelles recherches empiriques dans le domaine des troubles psychologiques et aussi du bien-être psychologique.

Concernant les différences d'observance en fonction du sexe, le traitement est efficace pour les deux sexes, mais l'observance est plus importante pour les femmes que pour les hommes selon nos résultats. Le protocole à proposer aux deux sexes reste le même. Cette différence d'observance peut s'expliquer selon l'étude de Susan Nolen-Hoeksema (2002) [99], par le fait que les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à ruminer lorsqu'elles sont tristes, anxieuses ou déprimées. Selon elle, cette tendance s'explique essentiellement par l'éducation. « *Dès leur plus jeune âge, les femmes sont encouragées à exprimer leurs émotions, à parler de leurs difficultés et à écouter les autres, précise-t-elle. En revanche, on se moque d'un garçon qui pleure et on le pousse à réagir autrement, de façon moins émotive.* » Cette hyperémotivité poussera ainsi plus volontiers le genre féminin à se remettre en question et à s'interroger sur leurs décisions.

6. Futures recherches

Ce travail met en évidence le rôle capital joué par les pensées positives dans la manière de réagir en contexte universitaire. Ce travail ouvre également des perspectives intéressantes au niveau de la prise en charge des troubles dépressifs et d'autres troubles psychopathologiques (anxiété et stress). En effet, les thérapeutes peuvent ainsi utiliser les pensées positives dans la prise en charge de leurs patients. Nous pouvons penser que dans le cadre d'une prise en charge des étudiants en difficultés universitaires, un travail spécifique centré sur les pensées positives et/ou négatives pourrait être efficace. Il serait par exemple judicieux de développer chez ces étudiants les pensées positives qui devraient engendrer des modifications émotionnelles (baisse de l'anxiété, du stress et des affects dépressifs) et comportementales (forte persévérance, demande d'aide, etc.). De telles modifications pourraient être réalisées grâce à des techniques de psychothérapie adaptées telles que les techniques des RPPP. Des études expérimentales supplémentaires sont nécessaires pour valider ces pistes de travail. En effet, il serait intéressant d'examiner dans quelle mesure l'induction d'une pensée positive pourrait diminuer l'intensité de troubles tels que la dépression, l'anxiété et le stress ; troubles qui réduisent les apprentissages universitaires ainsi que l'intégration sociale des étudiants.

En termes de santé mentale, les étudiants ayant des difficultés relationnelles importantes avec la famille sont deux fois plus nombreux que les autres à évoquer une véritable souffrance psychologique [7]. La dépression chez eux peut avoir des répercussions négatives sur la situation sociale et relationnelle. Notre résultat montre que les RPPP diminuent l'intensité de la dépression, et aussi de l'anxiété et du stress. Cela pourrait ainsi améliorer les relations sociales des étudiants avec leur entourage (« par ex : Il y a plusieurs personnes qui se soucient de moi »).

Les femmes étant plus sensibles que les hommes à la RPPP, il serait très intéressant d'en rechercher les facteurs. En effet, selon Hölzel et al. (2011) [71], l'un des facteurs principaux de risque de la dépression est le sexe féminin et selon Lobjoie et Pélissolo [26], elles sont plus sensibles à la TCC.

Les futures recherches pourront porter sur la comparaison des résultats aux échelles entre T2 et T3 (évaluations quelques mois après T2) ; et la comparaison d'une procédure de thérapie de groupe avec une procédure de thérapie individuelle. De plus, il serait intéressant de savoir si les effets thérapeutiques de la RPPP sont équivalents chez des étudiants présentant une forme pure de dépression (sans autre maladie), en comparaison de ceux

présentant une dépression au sein d'une pathologie classique, car nous n'avons pas pu prendre en compte cette caractéristique dans cette étude. Par conséquent, des recherches futures devraient se positionner sur d'autres populations et mesurer à l'aide de différents critères (occurrence, qualité, types d'exercices) l'observance thérapeutique (RPPP).

Enfin, notons également l'importance que joue le thérapeute mais aussi le groupe dans cette approche, comme stimulant à la pratique. C'est pourquoi, dans une optique clinique et psychothérapeutique, les recherches futures sur les RPPP gagneraient à se positionner sur des études de cas cliniques et pathologiques pouvant être soutenues, stimulées et guidées par un thérapeute dans le cadre de séances régulières. Cette étude nous incite à explorer certaines voies de manière plus précise comme l'engagement et la qualité de l'observance thérapeutique.

En résumé, on constate un effet du protocole RPPP sur la santé. À l'heure actuelle, il reste à mettre à jour de manière plus précise les raisons de cette amélioration, comme le rôle du thérapeute, celui des exercices à proprement parlé, et également du participant. Pour cela, d'autres travaux plus approfondis sur le plan méthodologique permettront de mieux contrôler ces facteurs et donc de répondre à ces diverses questions. Cette partie d'étude exploratoire et expérimentale ouvre la porte à des recherches comparatives sur l'efficacité des traitements puisque les résultats expérimentaux utilisés peuvent contribuer à la mesure du changement psychothérapeutique. Il serait très intéressant de faire des études comparatives avec d'autres traitements : un échantillon suit les RPPP et l'autre suit un autre traitement (par exemple la TCC, ou MBSR). Il est important aussi de comparer une population : cliniques (ex : patients ayant une maladie physique⁹) et non-cliniques (ex : étudiants). Les recherches futures pourraient utilement comparer l'efficacité pour défier les pensées automatiques négatives (*challenging automatic negative thoughts*) ou l'auto-dialogue négatives (*negative self-talk*) versus pratiques en les remplaçant par une quelconque pensée positive [pour savoir plus cf. 63] ou par les Répétition des phrases des Pensées Positives (RPP), ou l'auto-dialogue positive (*positive self-talk*).

7. Conclusion

Cette étude suggère que les RPPP diminuent la dépression, le stress et l'anxiété. Nos résultats montrent que les pensées positives jouent un rôle important dans la réduction des troubles psychologiques et le traitement de ces troubles.

Les RPPP permettent de réduire de manière significative les symptômes dépressifs, anxieux et de stress, avec un effet maintenu à court terme. Les résultats de cette étude nous incitent au dépistage précoce et large de cette pathologie fréquente (TPSY), dont le retentissement psychologique et social est souvent négligé, afin de proposer une prise en charge adaptée, susceptible d'éviter chronicisation et complications. Il est donc plausible que le fait d'agir sur les pensées positives modifie la dépression et les autres TPSY puisque celles-ci se caractérisent par une interdépendance. L'utilisateur de la technique de cette recherche (RPPP) peut ensuite vérifier ses hypothèses tout au long du processus d'intervention et tenter ainsi de mesurer les changements qui surviennent à moyen et à long terme.

Les RPPP peuvent améliorer la qualité de vie des sujets, leur santé mentale et leur adaptation à leur environnement social et professionnel. Les RPPP permettent d'aider les personnes à améliorer leur concentration, leur confiance, leur estime de soi, à réguler l'effort et le travail universitaire et à contrôler les réactions cognitives et émotionnelles.

La réduction complète de toute forme de symptômes résiduels de dépression ou de troubles psychologiques serait possible chez certains sujets par les RPPP, basée sur les pensées. En effet, l'amélioration de la vie des sujets s'appuierait sur leurs pensées, soit positives, soit

⁹ Ce traitement (RPPP) est actuellement testé auprès d'un échantillon clinique français composé de patients insuffisants rénaux au CHU de Caen. De plus, nous étudions les zones cérébrales les plus activées lorsque les patients pratiquent les RPPP.

négatives. Ces pensées¹⁰ deviendraient des idées solidement ancrées dans leur inconscient par la répétition et l'écoute. Ces pensées seraient bien évidemment gravées dans l'inconscient des sujets et elles gouverneraient leurs comportements. A force de répétition des pensées positives, les troubles psychologiques (dépression, anxiété et stress) diminueraient chez les sujets. Plus elles seraient répétées, plus ces troubles psychologiques se réduiraient. À terme, ces pensées seraient prédominantes et influeraient directement sur la façon de penser et d'agir. Les pensées positives deviendraient alors un outil efficace, utile et de prévention des rechutes de la dépression et d'autres troubles (anxiété et stress) chez les sujets ainsi que dans leur entourage.

A la suite de ces résultats, nous recommandons, un diagnostic et une prise en charge des étudiants dès le début de leurs études universitaires, au travers notamment d'une formation sur les pensées positives en expliquant les bienfaits sanitaires de cette démarche sur la réussite de leurs études mais aussi sur leurs relations sociales, sur l'estime de soi, sur la confiance en ses capacités, sur la santé mentale, psychologique et physique et sur la résolution de problèmes etc...

8. Implications cliniques

L'entraînement aux RPPP a pour objectif premier de modifier les relations que nous entretenons avec nos pensées afin de prendre de la distance avec des éléments nocifs qui peuvent entraîner des effets de « ruminantion mentale », d'obsession et d'absence de prise de recul face à certains évènements contraignants ou pathologiques. Les RPPP vont dans le sens d'un grand nombre de recherches sur l'approche psychothérapeutique menées avec plusieurs types de populations comme MBSR [2, cf. 4] ; TCC [8,26] ; et psychologie positive [1, 80]. Nous constatons dans notre recherche une intensité moindre des TPSY ainsi qu'une sensibilité des femmes à la RPPP ; ce constat est compatible avec les résultats d'expérience de Lobjoie et Péliissolo [26,9], qui ont utilisé la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et qui ont montré que « *le sexe féminin n'est pas connu dans la littérature, ni dans le traitement de l'éreutophobie¹¹ ni dans celui de la phobie sociale en général*, p 349 » mais qui est très sensible à la thérapie psychologique (TCC).

Selon plusieurs études répétées en épidémiologie psychiatrique et psychologique, la plus grande prévalence du TPSY se trouve chez les femmes [72-74]. Par contre notre recherche et celui de Lobjoie et Péliissolo [26] trouvent que la thérapie psychologique a un effet plus bénéfique sur les femmes que sur les hommes.

Dans la pratique, les médecins, psychologues et soignants peuvent conseiller aux sujets de répéter des phrases positives plusieurs fois, par exemple « Il y a plusieurs personnes qui se soucient de moi » ; « Ma santé s'améliore » ; « Mon attitude positive sera bénéfique pour ma santé » ; « Il est préférable d'être positif en tout temps » (**Annexe II**). L'intervention des RPPP peut et pourra être organisée et ciblée autour de plusieurs axes, physiologique (relaxation) ; cognitif (identification des schémas cognitifs, des pensées négatives, des interprétations erronées) ; émotionnel (diminuer les sentiments dépressifs et l'anxiété liée et diminuer la fréquence des colères) ; et comportemental (amélioration des compétences sociales). Cette intervention (basée sur RPPP) pourrait :

- diminuer la fréquence des accès des TPSY, leur intensité et améliorer leur contrôle ;
- favoriser la détente et le plaisir dans les relations inter- et intra-personnelles ;
- améliorer l'estime de soi et le bien-être général ;
- réduire les sentiments de colère et l'isolement social.
- améliorer la satisfaction sociale ainsi que la fréquence d'événements plaisants.

¹⁰ Pour savoir plus sur notre idée cf. [81].

¹¹ L'éreutophobie est une peur obsédante de rougir en public [26]. Il est un trouble anxieux caractérisé par cette peur et fait partie des phobies sociales.

- favoriser la qualité de vie car elle a un impact important sur le traitement médical [29,30,36] et sur le traitement psychologique [5,25].

- favoriser aussi le bonheur et l'optimisme car les pensées positives seraient le trait le plus caractéristique des personnes heureuses [15,83] et plus ces pensées sont plaisantes, plus un sujet éprouvera des émotions positives [15]. Le bonheur d'un individu serait largement déterminé par le type de pensées dans son esprit durant le jour ; en ce sens que plus ses pensées ont un sens très positif, plus il va éprouver des émotions positives plutôt que des émotions négatives selon nos résultats.

- améliorer le succès scolaire et réduire la peur des examens et le stress lié à cette peur. La peur de l'échec est l'une des sources principales de stress universitaire chronique [86] et est liée à l'augmentation du risque d'anxiété et de dépression [87]. Certains chercheurs ont mis à l'épreuve le rôle de l'anxiété dans le succès universitaires [6,12,28,35]. Généralement, les étudiants anxieux réussissent moins bien que les non-anxieux [6]. En effet, les étudiants anxieux tendent à douter de leurs capacités et à développer des stratégies émotionnelles contre la détresse et l'adversité comme l'évitement de la situation stressante, ce qui inhiberait leurs réussites aux examens [6,38]. Les RPPP et les pensées positives permettent à l'étudiant de maintenir une image de soi positive et de persévérer dans ses efforts. Les RPPP permettent à l'étudiant d'interpréter les situations difficiles sans remettre en cause ses propres capacités. Cet état psychologique constitue probablement un facteur de protection contre le risque de développer des troubles émotionnels tels que les troubles anxieux ou dépressifs et la peur des examens.

L'amélioration des RPPP ne peut être efficace que si la personne est impliquée, car la gestion des pensées positives demande et exige un entraînement quotidien, et le comportement de la personne a un grand impact sur la qualité des RPPP. Les RPPP sont efficaces pour diminuer la dépression, le stress et l'anxiété.

Les résultats montrent une amélioration des capacités de régulation du stress, une amélioration de l'humeur et de l'anxiété. Ainsi, l'intervention des RPPP s'est révélée bénéfique pour les étudiants. Plus les sujets répètent des phrases comportant un sens très positif, plus la dépression, l'anxiété et le stress diminuent. Contrairement aux traitements médicamenteux, il n'y a pas de limite de consommation ni d'effets secondaires indésirables. Considérant les effets positifs possibles aux niveaux du pronostic, de la détection, du diagnostic et de l'évaluation du changement en psychothérapie, d'autres études devraient être abordées dans ce sens.

9. Les limites

Les limites méthodologiques de cette étude sont liées aux effectifs relativement restreints et notamment par la proportion assez importante de sujets n'ayant pas terminé l'étude. Nous expliquons ce constat par de nombreuses indisponibilités sur l'ensemble des séances du protocole, par des étudiants privilégiant pour certains leurs travaux personnels ou professionnels ou encore leurs activités extra-universitaires, certains n'ayant pas intégré la nécessité d'être présent sur l'ensemble des séances du protocole. Il faut ajouter que beaucoup d'étudiants de première année de psychologie de l'université d'administration du protocole ont pour habitude de ne pas suivre scrupuleusement chaque semaine leurs travaux dirigés (TD) sur l'ensemble du semestre. Or le protocole était administré après plusieurs TD.

10. Références

1. André C. La psychologie positive: un outil de prévention des rechutes? Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris 2010.
2. Baer R. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10(2):125-42.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press 1979.
4. Berghmans C, Tarquinio C, et Kretsch M. 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. *JTCC* 2010; 20: 11-15.
5. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Commun Ment Health J* 1991; 27: 43-55.
6. Boujut É, Bruchon-Schweitzer M. Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *orient scol Prof* 2007; 157-177.
7. Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. La santé mentale chez les étudiants: Suivi d'une cohorte en première année d'université. *Ann Med Psychol* 2009; 167: 662–668.
8. Buenaver L, Quartana P, Simango M, Grace E, Edwards R, Haythornthwaite J, Smith M. Sleep disturbance mediates the association between catastrophizing and clinical pain in temporomandibular joint disorder. *J of Pain* 2011; 12: P77.
9. Camart N, André C, Trybou V, Bourdel MC. Évaluation des effets à court terme d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la phobie sociale : résultats auprès de soixante patients. *Encéphale* 2006; 32:1011-8.
10. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Perso Soc Psychol* 1989; 56: 267–283.
11. Da Fonseca D, Cury F, Rufo M, Poinso F. Facteurs prédictifs de la dépression chez l'adolescent en contexte scolaire: rôle des théories implicites de l'intelligence. *L'Encéphale* 2007; 33: 791-797.
12. Eysenck HJ. The learning and theory model of neurosis: A new approach. In Rachman S. *Best of behavior research and therapy*. Oxford; Tarrytown, New York: Pergamon 1997; 1-17.
13. Fanger F. Traitement des phobies sociales : efficacité des thérapies comportementales et cognitives de groupe. *Encéphale* 1999; 25:158-68.
14. Fermanian J. Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation: comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Ann Readapt Med Phys* 2005; 48: 281–287.
15. Fordyce MW. Éducation au bonheur. *R québécoise psychol* 1997; 18(2): 239-252.
16. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann Med Psychol* 2005; 163: 561–567.
17. Greer S, Watson M. Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys* 1987; 6: 439–453.
18. HCSP « Haut Comité de santé publique ». Santé des enfants, santé des jeunes. Rapport du HCSP à la conférence nationale de la santé. Paris 1997.
19. Hollon SD, Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. In Kendall PC, Hollon SD. (Eds.) *Cognitive-behavioral intervention: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press 1979.

20. Hurt CS, Burn DJ, Hindle J, Samuel M, Wilson K, Brown RG. Thinking positively about chronic illness: An exploration of optimism, illness perceptions and well-being in patients with Parkinson's disease. *Br J Health Psychol* 2014; 19:363-79.
21. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations, *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 459-468.
22. Ingram RE, Wisnicki, KS. Assessment of positive automatic cognition. *J Consul Clin Psychol* 1988; 56, 898–902.
23. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002; 53:859-63.
24. Kendall PC, Howard BL, Hays, RC. Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognit Ther Res* 1989; 13:583-598.
25. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271-1276.
26. Lobjoie C, Pélioso A. Résultats d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe spécifique de l'éreutrophobie. *L'Encéphale* 2012; 38: 345-350.
27. Martel L, Dugas C, et al. Validation de la version française du Questionnaire de Bournemouth. *J Can Chiropr Assoc* 2009; 53(2): 111–120.
28. Matthews G, Davies DR, Westerman SJ, Stammers RB. Human performance. Cognition, stress and individual differences. Hove: Psychology Press 2000.
29. McCauley C, Bremer BA. Subjective quality of life measures for evaluating medical intervention. *Eval Health Prof* 1991; 14 (4): 371-387.
30. Mosteller F. Implications of measures of quality of life for policy development. *J Chronic Dis* 1987; 40: 645-650.
31. Pennebaker JW, Mayne T, Francis ME. Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J Pers Soc Psychol* 1997, 72, 863-871.
32. Pallant J. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM Spss*. 5^e Edition; 2007.
33. Saïas T, Du Roscoät E, Véron L, Guignard R, Richard JB, Sauvade F, Beck F. Santé mentale et participation sociale chez les étudiants français : quelles données nationales pour quelles actions de prévention ? Congrès Adelf – SFSP Santé publique et prévention, Bordeaux 2013; 17-19.
34. Cohen S, Doyle, WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner, DP. Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosom Med* 2003, 65, 652-657.
35. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (éd.), *Anxiety: Current trends theory and research* (vol. 1). New York: Academic Press 1972.
36. Spitzer W. Quality of life and functional status as target variable for research. *J Chronic Dis* 1987; 40: 465-471.
37. Temoshok L, Dreher H. *The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health*. Random House, New York: 1992.
38. Wells A, Matthews G. Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cogni Emot* 1994; 8 (3): 279-295.
39. Wilkinson S, Kitzinger C. Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patients' talk. *Soci Sci Med* 2000; 50: 797–811.
40. Weiting NG. Clarifying the relation between neuroticism and positive emotions. *Pers Individ Dif* 2009; 47:69-72.
41. Beck AT, Epstein N, Harrison RP, Emery G. Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: a measure of personality factors in psychopathology. *Manuscrit inédit*, 1983.
42. Choi-Kain LW, Gunderson JG. *Borderline Personality and Mood Disorders Comorbidity and Controversy*. Belmont, MA, USA 2015.

43. Heimberg RG, Acerra MC, Holstein A. Partner similarity mediates interpersonal anxiety. *Cognit Ther Res* 1985; 9: 443-453.
44. Ingram RE, Smith TW, Brehm SS. Depression and information processing: self-schemata and the encoding of self-referent information. *J Pers Soc Psychol* 1983;45:412—20.
45. Alsaleh M, Lebreuilly R, Lebreuilly J, Tostain M. Cognitive balance: states-of-mind model and mental health among French students. *Best Pract Ment Health* 2015;11(1):42—53.
46. Alsaleh M, Lebreuilly R, Lebreuilly J, Tostain M. The relationship between negative and positive cognition and psychopathological states in adults aged 18 to 20. *JTCC* 2016.
47. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909—22.
48. Dobson KS. A meta-analysis of efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:414—9.
49. Beltman WM, Oude Voshaar CR, Speckens EA. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2010; 197, 11–19.
50. Beck AT. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
51. Teasdale JD. Psychological treatments for depression: how do they work? *Behav Res Ther* 1985;23:157—65.
52. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980;4:383—95.
53. Furlong M, Oei PST. Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group CBT for depression. *Behav Cogn Psychother* 2002;30:351—60.
54. Koseki S, Noda T et al. The relationship between positive and negative automatic thought and activity in the prefrontal and temporal cortices: A multi-channel near-infrared spectroscopy (NIRS) study. *J Affect Disord* 2013; 151; 352–359.
55. Ingram RE, Wisnicki KS. Assessment of positive automatic cognition. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):898—902.
56. Kendall PC. Methodology and cognitive-behavioral assessment. *Behav Cogn Psychother* 1983;11:285—301.
57. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II)*. San Antonio: Psychological Corp; 1996.
58. Centre de psychologie appliquée. *Manuel du BDI-II*. Paris : Editions du centre psychol appli 1996.
59. Bouvard M, Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Editeur: MASSON, 5ème édition. Paris 2010.
60. Lovibond SH, Lovibond Pf. *Manual for the Depression anxiety Stress Scales*. (2nd Ed): Psycho Found, Sydney 1995a.
61. Ramousse R, Le Berre M, Le Guelte L. *Introduction aux statistiques* - © 1996. <http://www.cons-dev.org/elearning/stat/St4.html>
62. Bellera CA, Julien M, Hanley JA. Normal Approximations to the Distributions of the Wilcoxon Statistics: Accurate to What N? *Graphical Insights. J Stat Edu* 2010 ;18(2).
63. Eagleson C, Hayes S, Mathews A, Perman G, Hirsch CR. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. *Behav Res Ther* 2016; 78:13-18.
64. Mirabel-Sarron C. Les psychothérapies de la dépression entre effet curatif et effet préventif : y a-t-il une place à privilégier ? *Ann Med Psychol* 2007; 165 : 593 – 597.

65. Beck JS. Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work? New York: The Guilford Press; 2005.
66. Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997;171:328 – 34.
67. Leahy L. Overcoming resistance in cognitive therapy. New York: The Guilford Press; 2005.
68. Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions. *Psycho Fran* 2013; 58, 167-175.
69. Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychol Med*. 2006; 36:555–66.
70. Norcross JC. Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press; 2002.
71. Hölzel L, Härter M, Reese C et al. Risk factors for chronic depression – A systematic review. *J Affect Disord* 2011; 129: 1-13.
72. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear K. Adolescent Onset of the Gender Difference in Life Time Rates of Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 21-27.
73. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender Differences in Depression: Critical Review. *Br J Psychiatry* 2000; 117: 486-492.
74. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2001; 10(5): 173-176.
75. Lafay N, Manzanera C, Papet N, Marcelli D, Senon JL. Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Ann Med Psychol* 2003; 161(2): 147-51.
76. Carr A. What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy. Hove : Routledge 2009.
77. Cooper M. Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly. London : Sage 2008.
78. Roth A, Fonagy P. What works for whom ? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press 2005.
79. French translation of the DASS. Retrieved from <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/French/French.htm> ; Last updated Nov. 10, 2014.
80. Zarghuna N, Ruhi K. Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *JRRE* 2010, 4(1), 42-61.
81. Peiffer V. Positive Thinking: Everything you have always known about positive thinking but were afraid to put into practice (2nd ed.), Harper Collins, London 2002.
82. Neck C, Manz C. Thought Self-leadership: The Influence of Self-Talk & Mental Imagery on Performance. *J Organ Behav* 1992, 13, 681-699.
83. Jarrar AG. Positive Thinking and Good Citizenship Culture: From the Jordanian Universities Students' Points of View. *Int Educ Sts* 2013; 6,4: 183-193.
84. Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clin Psychol Sci* 2016.
85. Mazé C, Verliac JF. Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psycho Fran* 2013, 58: 89–105.
86. Heins M, Nickloll Fahey S, Leiden LI. Perceived Stress in Medical, Law and Graduate Students. *J Med Educ* 1984; 59: 169-179.
87. Bitsika V, Sharpley CF, Hartley L. The Specific Environmental Antecedents of Anxiety and Depression Among Australian University Students: Development of the Effects of

- University Study on Lifestyle Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess* 2010; 4 (1): 2-18.
88. Rozanski A, Blumenthal TA, Koplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardio vascular disease and implication for therapy. *Circ* 1999; 99: 2192-217.
 89. Biondi M, Zannion I. Psychological stress, neuroimmunomodulation and susceptibility to infectious diseases in animals and man: a review. *Psychother Psychosom* 1997; 66 : 3-26.
 90. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Pav D, Aloisi R. A dual pathway model of daily stressor's effects on rheumatoid arthritis. *Ann Behav Med* 1997; 19: 161-70.
 91. Tugade MM, Frederickson BL. Resilient persons use positive emotions to bounce back from negative emotions experiences. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86: 320-333.
 92. Tugade MM, Fredrickson BL, Barret FL. Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers Soc Psychol* 2004; 72: 1161-1190.
 93. Lyubomirsky S, King L. The benefits of frequent positive affect: Does happiness leads to success? *Psychol Bull* 2005; 131: 803-855.
 94. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier M, Robinson B, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993, 65, 375-390.
 95. Scheier M, Carver C. Optimism, coping and health: assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985, 4, 219-47.
 96. Taylor S. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983, 38, 1161-1173.
 97. Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. Casual attributions, perceived benefits, and morbidity following a heart attack: An eight year study. *J Consult Clin Psychol* 1987, 55, 29-35.
 98. McGrath, P. (2004). The burden of RA RA positive: survivors' and hospice patients' reflection on maintaining a positive attitude to serious illness. *Support Care Cancer*, 12, 25-33.
 99. Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z.A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *J Cogn Psycho*, 16, 391-403.

Annexe 1 : Consignes données aux sujets à la 1^{ère} séance de formation

La dépression est une pathologie fréquente dans la population générale. Elle peut toucher tout le monde (quel que soit son âge, son sexe, son niveau social, son éducation, son niveau économique, son environnement...) mais elle est plus fréquente chez les étudiants. En effet, plus du tiers des étudiants sont touchés par la dépression [75]. La dépression chez les étudiants a des conséquences négatives sur les relations sociales et familiales, les études, la qualité de la vie quotidienne (la vie affective, le fonctionnement intellectuel, la forme physique, les mécanismes vitaux et corporels et la vie sociale et universitaire).

Selon Beck et Bredemeier (2016) [84], la dépression représente une adaptation à la perte perçue de ressources humaines essentielles et vitales qui donnent accès aux nécessités de la vie ou aux besoins essentiels de la vie (incluant la perte d'un membre de la famille, d'un partenaire romantique, d'un groupe de pairs ou d'appartenance, d'un emploi, de la santé). Selon Beck et Bredemeier (2016) [84], la fonction primordiale du « programme de dépression (depression program) » est de promouvoir la conservation de l'énergie face à la perte perçue des ressources. Ce programme peut être arrêté lorsque les ressources vitales sont restaurées, soit parce que de nouvelles informations ressortent qui « corrigent » les préjugés et/ou les biais négatifs ou soit parce que la situation se modifie. Les facteurs externes tels que le soutien des amis et de la famille, les conseils d'un psychologue et un traitement biologique (par ex., médicaments) peuvent aider à arrêter le cycle de la dépression [84]. Chez les étudiants notamment en première année [85], cette période de la vie, que l'on peut considérer comme une sorte de carrefour et d'opportunités dans la vie d'un individu, engage ses ressources psychologiques, personnelles¹², familiales et environnementales qui, si elles sont insuffisantes, le confrontent à un état de stress et/ou un état anxio-dépressif. Ces situations sont nombreuses : le jeune adulte qui rentre à l'université, ou qui engage des démarches pour obtenir un emploi, ou encore celui qui est confronté à des problèmes de mutations technologiques ou à des périodes de chômage... Tous ces événements de vie sont autant d'opportunités pour de nouvelles expériences que de sources potentielles de stress, de dépression et d'anxiété sollicitant des ressources pour y faire face [85].

Il est très important de traiter la dépression chez les étudiants. La dépression est mal diagnostiquée et mal traitée. Les étudiants dépressifs ont plus de difficultés dans leurs études. La dépression est une maladie aujourd'hui curable. Le traitement de la dépression chez les étudiants a des conséquences positives sur les activités quotidiennes, le travail, les relations sociales et familiales, la qualité de vie, l'amélioration des études, la réduction de la fatigue...

La pensée positive affecte l'image de soi, l'estime de soi, la création d'un sentiment d'acceptation de soi et l'amour de soi. Il affecte également la confiance en soi [83].

Pour que les RPPP soient une force, il faut les maîtriser.

- Dès que vous commencez à avoir des pensées négatives qui envahissent votre tête, dites-vous « STOP ».

- Quand une pensée négative vous traverse l'esprit, détectez-la et entraînez-vous à formuler la même idée de façon positive.

Exemple : Pensée négative : ne dites pas : Je suis fatigué. // // // **Pensée positive : Dites :** J'ai besoin de dormir. Parce que le cerveau ne fait pas la différence entre les mots positifs et les mots négatifs, il absorbe tous les mots et les stocke.

- Toutes pensées négatives doivent être transformées en pensées positives : ces pensées positives peuvent être soit motivantes, soit pédagogiques. •• Les pensées positives motivantes sont utiles lorsque vous devez prolonger un effort dans le temps ou que cela vous demande beaucoup d'énergie (par ex : le travail universitaire, la révision des examens...). •• Les pensées positives pédagogiques peuvent être des techniques mais doivent obligatoirement

¹² Les ressources personnelles incluent ressources cognitives, émotionnelles et sociales [85].

orienter et fixer votre attention sur un but à mettre en place directement sur le terrain (par ex : réussite des examens, organiser le temps, travail, le comportement, les relations sociales, la communication, la citoyenneté ...)

- Pour être capable de gérer correctement votre dialogue intérieur et le positiver, il est important de diagnostiquer les pensées négatives et entraîner les pensées positives.

Annexe II : Liste des phrases positives utilisées

Je suis très heureux (se) [24]. La vie est belle. J'ai de l'énergie. Je dors bien. Ma santé s'améliore.
Il y a plusieurs personnes qui se soucient de moi [22]. Mon attitude positive sera bénéfique pour ma santé et ma journée [17,39]. Je pense positivement tout le temps [37,39].
Je tente de voir ça d'un autre œil, pour le faire paraître plus positif [10,39]. Je me sens bien [24]. Je suis fier(e) de moi [24].
Je vais réussir [22]. Je suis de très bonne humeur [22]. J'ai plusieurs belles qualités [22].
Je suis très détendu(e) [22]. Je suis satisfait(e) de mon apparence [22]. Je m'occupe bien de moi-même [22].
J'ai un bon sens de l'humour [22]. J'ai plusieurs qualités utiles [22]. Aujourd'hui je vais accomplir beaucoup de choses [22].
Je suis chaleureux (se) [24]. Je me sens à l'aise dans la vie [22]. Je peux accomplir n'importe quoi ; je sais que je vais y arriver [24].