

Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique

Novembre 2013

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport rédigé par
Annie Tessier

Le présent rapport a été discuté avec le Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 22 mars 2013.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont disponibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Équipe de projet

Auteurs

Annie Tessier, Ph. D, M. Sc. santé publique, B. Sc. erg.

Direction

Gilles Cuillierier

Sylvie Bouchard

Conseiller scientifique

Jacques Moreau

Recherche d'information scientifique

Denis Santerre

Soutien documentaire

Micheline Paquin

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Révision Littera Plus

Traduction

Mark Wickens

Mise en page

Christine Lemire

Vérification bibliographique

Denis Santerre

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISBN 978-2-550-69503-5 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-69502-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique. Rapport rédigé par Annie Tessier. ETMIS 2013; 9(9): 1-62

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Marie-France Beauregard, chef d'administration de programmes, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

M^{me} Monick Coupal, conseillère en organisation des services, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires (AQESSS).

M. Serge Dutrisac, chef de l'administration des programmes des Services psychosociaux généraux, Hull-Aylmer-Gatineau, chef par intérim de l'administration des programmes des services santé ambulatoires et à domicile de Hull.

M^{me} Nathalie Girouard, conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec (OPQ).

M. Claude Paquette, coordonnateur à la qualité de l'exercice et au soutien professionnel, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ).

M. Frédéric Parizeau, agent de planification, de programmation et de recherche - secteur services sociaux et réadaptation, Direction de l'organisation des services et des opérations réseau, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

M^{me} Marie-Lyne Roc, chargée d'affaires professionnelles, Direction du développement professionnel, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ).

Autres contributions

Outre les lecteurs externes, l'Institut tient aussi à remercier M. André Forest, pilote d'orientation I-CLSC au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et M^{me} Sylvie Beauchamp, de l'INESSS, qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés, ainsi que M^{me} Catherine Roy qui a participé à la revue systématique pour la sélection des documents et l'évaluation de leur qualité.

Déclaration de conflit d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M^{me} Isabelle Ganache

- Éthicienne, commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^{re} Nathalie Champoux

- Médecin de famille, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Professeure agrégée de clinique et chercheure, Département de médecine familiale, Université de Montréal

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), santé mentale, enfance, jeunesse et famille, et santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique et président, Comité de bioéthique, CHU Sainte-Justine
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M. Roger Jacob

- Ingénieur et directeur de Grandir en santé, CHU Sainte-Justine

D^r Michel Labrecque

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval
- Chercheur clinicien, Unité de médecine familiale, Centre de recherche et Chaire de recherche du Canada sur l'implantation de la prise de décision partagée en soins primaires, Centre hospitalier universitaire de Québec

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur agrégé, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Membre associé, Département d'épidémiologie et biostatistique, Université McGill

M^{me} Claudine Laurier

- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Louise Lavergne

- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Esther Leclerc

- Directrice générale adjointe aux Affaires cliniques, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution de la pratique en oncologie et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

D^r Daniel Reinharz

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre et professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin

- Professeur titulaire et directeur, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Membre observateur MSSS

D^{re} Sylvie Bernier

- Directrice, Direction de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIERES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	i
EN BREF	ii
RÉSUMÉ	iii
SUMMARY	vi
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	ix
GLOSSAIRE	x
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
1.1 Exploitation de la banque de données québécoise I-CLSC.....	2
1.2 Revue systématique	2
1.3 Inventaire d'indicateurs de qualité	5
1.4 Comité consultatif	5
2 PORTRAIT DE LA SITUATION AU QUÉBEC	7
3 EFFICACITÉ ET INNOCUITÉ DES INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE.....	10
3.1. Relations intrafamiliales	11
3.2. Relations de couple	14
3.3. Adaptation sociale.....	19
3.3.1. Vieillesse	19
3.3.2. Épuisement du proche aidant	26
3.3.3. Bien-être subjectif.....	28
3.4. Violence conjugale et familiale	30
3.4.1. Victime de violence entre conjoints	30
3.4.2. Auteur de violence conjugale	32
3.5. Gestion de la colère et de l'agressivité	33
3.6. Agression à caractère sexuel	35
3.7. Deuil	37
3.8. Difficultés professionnelles et stress.....	39
3.9. Symptômes de la dépression	42
3.10. Autres facteurs à considérer	43
4 INDICATEURS DE QUALITÉ	47
DISCUSSION	48
CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES	52

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les services sociaux généraux représentent la porte d'entrée principale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour l'ensemble de la population. Ces services sont destinés aux personnes ayant des problèmes d'ordre social ou psychologique.

Actuellement, l'intervention de courte durée (ICD) est offerte par les services de « consultation sociale » et « consultation psychologique » à l'ensemble des personnes qui présentent un problème d'ordre social ou psychologique. Toutefois, on observe un manque de connaissances relatives aux catégories de problèmes pour lesquels les interventions sont efficaces. En outre, certains s'interrogent sur l'éventualité que ces interventions seraient contre-indiquées pour répondre à certains problèmes et sur les effets non prévus et indésirables de ce type d'intervention.

C'est dans ce contexte que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a été mandaté pour examiner l'efficacité et l'innocuité des ICD.

L'analyse des données scientifiques et les conclusions de ce rapport se veulent un éclairage pour reconnaître le potentiel des ICD dans les services sociaux généraux et devrait permettre de mieux utiliser ce type d'intervention.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.,
président-directeur général

EN BREF

Les services sociaux généraux¹ représentent la porte d'entrée principale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour l'ensemble de la population. L'intervention de courte durée (ICD) est actuellement dispensée par les services sociaux généraux : services de consultation sociale et de consultation psychologique. Toutefois, on observe un manque de connaissances relativement aux catégories de problèmes pour lesquels ces interventions sont efficaces.

Pour répondre à la question à l'étude, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit un avis relatif à l'efficacité et à l'innocuité des interventions sociales et psychologiques de courte durée. L'INESSS a fait appel à un comité consultatif, exploité la banque de données I-CLSC, procédé à une revue systématique qui inclut 104 références dont 51 études synthèses, 51 essais cliniques randomisés (ECR) et 2 tables rondes d'experts. Un inventaire des indicateurs de qualité des interventions utilisés dans la littérature a également été réalisé.

L'analyse des données scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité des interventions sociales et psychologiques doit prendre en considération plusieurs contraintes méthodologiques. Malgré ces dernières, dont, notamment le fait que la définition du concept des ICD est très large et floue, l'analyse des données scientifiques, appuyée sur des données contextuelles et le savoir d'experts, indique clairement que l'ICD, quelle que soit l'approche utilisée, est de légèrement à modérément efficace pour favoriser des changements significatifs chez les personnes présentant une grande variété de problèmes d'ordre psychologique et social.

La question se pose de savoir s'il y a des ICD plus efficaces que d'autres pour un problème en particulier. Cette question fait l'objet d'un débat qui persiste depuis plus de trente ans malgré la réalisation de nombreuses recherches. Une proportion importante de chercheurs est d'avis que les données scientifiques ne permettent pas d'affirmer de façon définitive qu'il y a une différence d'efficacité entre les ICD selon l'approche utilisée. Cependant, la conclusion portant sur l'équivalence des interventions est considérée par plusieurs comme la conséquence des limites méthodologiques inhérentes aux études quantitatives, et plus particulièrement aux ECR.

Plusieurs chercheurs affirment que le milieu devrait aller au-delà de l'évaluation des interventions basées sur des approches spécifiques et examiner les facteurs et les éléments communs aux techniques utilisées – l'utilisateur, le clinicien, l'alliance thérapeutique, les attentes de l'utilisateur et les variables non spécifiques de l'intervention. Les éléments communs aux interventions efficaces, dont l'inclusion dans le contenu thérapeutique des habiletés de résolution de problème de même que l'utilisation des jeux de rôles et la révision de l'atteinte des objectifs, seraient essentiels à l'efficacité de toute intervention. Le champ des modes d'intervention est également à explorer. Par exemple, des outils technologiques (courrier électronique, jeux vidéo ou devoirs électroniques) pourraient être utilisés pour améliorer l'adhésion de la personne aux interventions quelle que soit l'approche spécifique utilisée.

1. Le terme « services sociaux généraux » est utilisé pour désigner les services sociaux du programme « Services généraux - activités cliniques et d'aide ».

RÉSUMÉ

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été sollicité par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour étudier l'efficacité et l'innocuité des interventions sociales et psychologiques de courte durée (ICD). L'ICD se définit ici exclusivement en fonction de sa durée dans le temps, qui ne dépasse généralement pas douze rencontres. Les services sociaux généraux représentent la porte d'entrée principale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour l'ensemble de la population. Actuellement, l'ICD est offerte par les services de « consultation sociale » et de « consultation psychologique » à l'ensemble des personnes qui présentent un problème d'ordre social ou psychologique. Toutefois, on observe un manque de connaissances relatives aux catégories de problèmes pour lesquels les ICD sont efficaces.

Afin de colliger des données scientifiques et contextuelles ainsi que le savoir des experts dans le contexte des ICD pour résoudre des problèmes d'ordre social et psychologique, plusieurs méthodes ont été utilisées. En plus de l'exploitation de la banque de données québécoise I-CLSC et de la consultation de douze représentants des ordres professionnels concernés et des agences/directions des CSSS, l'INESSS a réalisé une revue systématique qui porte sur 104 références dont 51 études synthèses, 51 essais cliniques randomisés (ECR) et 2 tables rondes d'experts. Plus de la moitié des articles proviennent d'Europe, 38 des États-Unis et 9 du Canada. Parmi les études, 35 sont considérées comme d'excellente qualité, 44 de bonne qualité et 25 de faible qualité.

L'analyse des données scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité des interventions sociales et psychologiques doit prendre en considération plusieurs contraintes méthodologiques. Parmi celles-ci, on trouve notamment le flou qui entoure la définition du concept des ICD pour résoudre les problèmes d'ordre social et psychologique, la divergence d'opinions quant à la nomenclature et à la typologie des approches dans les divers milieux cliniques, le nombre limité d'études systématiques et de qualité publiées, l'inégalité dans la répartition des études par approche – les études portent principalement sur l'intervention inspirée des approches cognitivo-comportementale (ACC) – et l'existence signalée par plusieurs auteurs de composantes qui, au-delà de l'approche, peuvent influencer sur l'efficacité. En conséquence, les ICD ne sont pas présentées et discutées uniquement sous l'angle de l'approche utilisée, mais l'analyse considère d'autres éléments pertinents tels que les caractéristiques de la clientèle, l'objectif de l'intervention et les modalités d'application. La question de l'efficacité des interventions touche les huit grandes catégories de problème suivantes :

1. Relations intrafamiliales
2. Relations de couple
3. Adaptation sociale (cette catégorie comprend trois sous-sections : le vieillissement, l'épuisement du proche aidant et le bien-être subjectif)
4. Violence conjugale et familiale
5. Gestion de la colère et de l'agressivité
6. Agression à caractère sexuel
7. Deuil
8. Difficultés professionnelles et stress

Malgré les contraintes méthodologiques, l'analyse des données scientifiques, appuyée sur des données contextuelles et le savoir d'experts, indique clairement que l'ICD, quelle que soit l'approche utilisée, est de légèrement à modérément efficace pour favoriser des changements significatifs chez les personnes présentant une grande variété de problèmes psychologiques et sociaux. Plus précisément, cette analyse permet à l'INESSS d'énoncer les constats suivants :

- L'analyse des articles retenus dans la revue systématique suggère qu'en général les ICD ont un effet modéré sur les relations intrafamiliales, les relations de couple, les symptômes de dépression et d'anxiété chez la personne âgée, l'épuisement du proche aidant, la gestion de la colère, l'agressivité et le deuil compliqué. Les ICD ont un petit effet sur l'insomnie chez la personne âgée et elles ont possiblement un effet sur l'adaptation au vieillissement, le bien-être subjectif et les difficultés professionnelles.
- Les ICD ne sont pas indiquées pour intervenir auprès des auteurs de violence.
- Les personnes dont la raison principale de consultation est un traumatisme lié à de la violence semblent requérir plus de treize séances et devraient possiblement être orientées vers un autre type d'intervention que les ICD.
- Les interventions auxquelles la famille participe sont recommandées pour les problématiques familiales. Alors que 11 % des interventions offertes en services sociaux généraux en CSSS sont liées aux problématiques de la famille, moins de 1 % des interventions concernent l'ensemble des membres de la famille.
- En général, les services offerts dans les CSSS sont de faible intensité; le nombre moyen d'interventions par usager est de moins de quatre séances et, 14 % des usagers reçoivent des interventions qui durent entre deux et trois mois alors que la plupart des études publiées portent sur des interventions de dix à douze semaines.
- L'analyse des résultats des études qui comparent directement les ICD entre elles suggère qu'il n'y a pas de différence d'efficacité.
- Les données suggèrent que l'utilisation de matériel médiatique (livre, dépliant, cassette vidéo ou audio, site Web) est à considérer. Le matériel médiatique représente une option économique efficace lorsque ce matériel est utilisé seul, du moins dans le cas des problèmes de gravité modérée, et il peut être utilisé en complément à la consultation d'un intervenant.

Plusieurs chercheurs partagent l'opinion selon laquelle l'examen des approches basées sur les données probantes devrait également considérer deux concepts, soit : les facteurs communs et les éléments communs. Les facteurs communs sont les composantes personnelles et interpersonnelles communes à toutes les interventions (par exemple, alliance thérapeutique, caractéristiques de l'utilisateur). Certains de ces facteurs joueraient un rôle plus important dans l'efficacité de l'ICD que les techniques particulières aux différentes approches. Il est suggéré que l'étude de l'efficacité soit guidée par les facteurs communs et la nécessité de faire correspondre les interventions choisies aux caractéristiques de l'utilisateur. Quant aux éléments communs, ils réfèrent aux techniques d'intervention associées à des résultats positifs et ne sont pas propres à une approche, mais plutôt partagées par plusieurs (ou toutes), par exemple, l'utilisation de jeux de rôles, les devoirs, etc. En tout, cinq facteurs et éléments communs pourraient avoir un effet sur l'efficacité d'une intervention : les caractéristiques de l'utilisateur, les caractéristiques du clinicien, l'alliance thérapeutique, les attentes de l'utilisateur et les variables non spécifiques de l'intervention.

En ce qui concerne les usagers des services sociaux généraux (consultation sociale et consultation psychologique), la banque de données I-CLSC nous informe qu'ils sont

majoritairement des femmes dont l'âge moyen est de 42 ans. La durée moyenne d'un épisode de services est de 80 jours. Les usagers font l'objet, en moyenne, de 3,8 interventions par épisode de services. Les services sont offerts principalement par des travailleurs sociaux professionnels/agents d'intervention en service social et des agents de relations humaines. La principale raison à l'appui des demandes de services, soit pour 34 % des interventions, est les problèmes d'adaptation sociale (isolement, estime de soi, transition dans les cycles de vie...) suivis des problèmes de relations de couple (16 % des interventions) et des problèmes de relations intrafamiliales (11 %).

Des indicateurs de qualité ont été inventoriés à partir des articles recensés pour réaliser la revue systématique et de sites Web spécialisés. L'exploration de la littérature confirme que les résultats des ICD sont mesurés principalement sous l'angle organisationnel. La détermination d'indicateurs de qualité portant sur des résultats cliniques et non pas sur des processus d'intervention est un travail complexe qui pourrait faire l'objet d'une analyse subséquente.

SUMMARY

Efficacy of short-term social and psychological interventions: A systematic review

The Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to examine the efficacy and safety of short-term social and psychological interventions (STIs). STIs are defined here solely on the basis of their duration, which generally does not exceed 12 meetings. General social services are the main entry point to health and social services centres (CSSSs) for the population as a whole. Currently, STIs are provided through "social consultation" and "psychological consultation" services to anyone with a social or psychological problem. However, knowledge concerning the types of problems for which STIs are effective is lacking.

Several methods were used to gather scientific and contextual data including the consultation of experts in the area of STIs for social and psychological problems. In addition to using Québec's I-CLSC database and consulting 12 representatives from the professional orders concerned and from agencies/ CSSS management, INESSS conducted a systematic review of 104 references, including 51 reviews of systematic reviews, 51 randomized clinical trials (RCTs) and two expert roundtables. More than half of the articles were from Europe, 38 from the United States and 9 from Canada. Thirty-five of the studies were considered to be of excellent quality, 44 of good quality and 25 of poor quality.

Several methodological constraints should be taken into account when analyzing scientific efficacy and safety data on social and psychological interventions. These include the lack of clarity in the definition of the STI concept for social and psychological problems, differences in opinion over the nomenclature and typology of approaches in the various clinical settings, the limited number of published high-quality studies, the uneven distribution of studies by approach (studies mainly concern interventions inspired by cognitive behavioural approaches), and, as reported by several authors, the existence of components which, apart from the approach, can affect efficacy. Consequently, STIs are not presented and discussed solely from the perspective of the approach used. Rather, the analysis takes other relevant elements into consideration, such as clientele characteristics, the goal of the intervention and how it is executed. The question of intervention efficacy concerns the following eight main categories of problems:

1. Intrafamilial problems
2. Couple relationship
3. Social adaptation (this category is divided into three subcategories: aging, caregiver burnout, and subjective well-being)
4. Conjugal and familial violence
5. Anger management and aggressivity
6. Sexual assault
7. Grief
8. Work-related problems and stress

Despite the methodological constraints, the analysis of the scientific data, which was supported by contextual information and expert knowledge, clearly indicates that STIs, regardless of the approach used, are slightly to moderately effective in fostering significant changes in individuals

with a wide variety of social and psychological problems. More specifically, INESSS makes the following observations stemming from this analysis:

- The literature reviewed suggests that, in general, STIs have a moderate impact on intrafamilial relationships, the couple relationship, symptoms of depression and anxiety in the elderly, caregiver burnout, anger management, aggressivity and complicated grief. STIs have a minor impact on insomnia in the elderly, and they may have an impact on adjusting to aging, on subjective well-being, and on work-related problems.
- STIs are not suited for perpetrators of violence.
- Individuals whose main reason for consultation is violence-related trauma seem to require more than 13 sessions and should possibly be referred for a type of intervention other than STIs.
- For family problems, interventions in which the family participates are recommended. Although 11% of the interventions provided in the context of general social services at CSSSs have to do with family problems, less than 1% of the interventions involve members of the family.
- In general, the services provided at CSSSs are low intensity. The average number of interventions per client is less than four sessions, and 14% of clients receive interventions that last 2 to 3 months, although most published studies examine interventions of 10 to 12 weeks' duration.
- The analysis of the results of the studies that directly compared STIs with each other suggests that there is no difference in efficacy.
- The data suggest that consideration should be given to using media materials (books, pamphlets, video or audio cassettes, websites). These materials are an effective, economical option when used alone, at least in the case of moderately serious problems, and they can be used as a supplement to consulting a professional.

A number of researchers share the opinion that one should consider other concepts when examining evidence-based approaches, namely: common factors and common elements. Common factors are personal and interpersonal components common to all interventions (e.g., the therapeutic alliance and the client's characteristics). Some of these factors seem to play a more important role in the efficacy of STIs than the techniques specific to the different approaches. It is recommended that the study of STI's efficacy be guided by common factors and the need to match the interventions chosen with the client's characteristics. As for common elements, these are the intervention techniques associated with positive outcomes and are not specific to any one approach, but are instead shared by several (or all) of them, such as the use of role-playing, homework, etc. In all, five common factors and elements could have an impact on a given intervention's efficacy: client characteristics, clinician characteristics, the therapeutic alliance, client expectations and the nonspecific variables of the intervention.

Regarding the users of general social services (social and psychological consultations), the I-CLSC database indicates that most are women, with a mean age of 42 years. The mean duration of a service episode is 80 days, and, on average, clients receive 3.8 interventions per service episode. Services are provided mainly by professional social workers/social services intervention officers and human relations officers. The main reason for service requests, that is, for 34%, is social adaptation problems (isolation, self-esteem, transitioning through life cycles), followed by couple relationship problems (16%) and intrafamilial relationship problems (11%).

Quality indicators were identified from the articles included in the systematic review and from specialized websites. An exploration of this literature confirmed that STI outcomes are measured mainly from an organizational standpoint. Determining quality indicators for clinical outcomes, and not with regards to intervention processes, is a complex task, which might form the subject of future analysis.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACC	Approche cognitivo-comportementale
AMSTAR	<i>Assessment of Multiple Systematic Reviews</i>
APA	American Psychiatric Association
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , 4th edition
ECR	Essai clinique randomisé
EMDR	Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
ESPT	État de stress post-traumatique (<i>post traumatic stress disorder</i>)
ICD	Intervention de courte durée
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

GLOSSAIRE

Adaptation dyadique

Engagement de l'un ou des deux partenaires pour créer ou rétablir un équilibre physique, psychologique ou social chez les deux partenaires, chacun pris individuellement et dans l'unité qu'ils forment comme couple [Bodenmann *et al.*, 2006].

Ampleur de l'effet

Reflète le gain du groupe traité par rapport au groupe témoin. Elle est généralement définie comme la différence des moyennes entre le groupe expérimental et le groupe témoin divisée par l'écart type dans le groupe témoin ou les deux groupes. Une ampleur d'effet est considérée comme petite lorsqu'elle est entre 0,20 et 0,50, moyenne entre 0,50 et 0,80 et grande au-delà de 0,802.

Approche centrée sur la résolution de problème

Selon cette approche, la personne est aidée à s'adapter aux changements liés aux cycles de vie et aux divers événements qui surviennent dans son environnement, à procéder à des changements dans ses attitudes et ses comportements pour maintenir un équilibre dynamique entre elle et son environnement. Les difficultés sont envisagées comme des problèmes de fonctionnement à résoudre de façon logique [Bilodeau, 2005]. L'approche de résolution de problème cherche à augmenter les comportements désirés par la personne traitée, ce qui diffère de la thérapie comportementale axée sur le problème, qui vise à diminuer les comportements problématiques [Bannink, 2007].

Approche cognitive-comportementale (ACC)

Approche qui repose sur le principe que, si un comportement inadapté peut être appris, il peut aussi être désappris. Selon cette école, les attitudes, les habitudes ainsi que les pensées négatives sont des réponses apprises, et le meilleur moyen de s'en débarrasser est d'en apprendre de nouvelles qui sont plus constructives. L'accent est mis sur le présent. En cours de thérapie, le psychologue aide la personne traitée à prendre conscience de ses pensées et croyances et à les remplacer par des évaluations et des jugements plus réalistes [OPQ, 2002].

Approche existentielle-humaniste

Approche basée sur la relation thérapeutique comme principal outil de changement. De par sa relation avec un psychologue qui fait preuve d'authenticité, de compréhension et d'acceptation, l'utilisateur vivra une expérience nouvelle dans laquelle il pourra se permettre de redécouvrir qui il est, se montrer sous son vrai jour et ainsi poursuivre son développement qui était jusqu'alors interrompu. La thérapie est centrée non pas sur le passé, mais bien sur le présent. Elle se penche généralement sur les émotions éprouvées par la personne et sur son vécu actuel [OPQ, 2002].

2. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Glossaire en ETS [site Web]. Disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?switchLang=fr>.

Approche psychodynamique-analytique

Approche selon laquelle le problème psychologique se développe quand une personne agit sans être consciente de ses vraies motivations et de ses vraies peurs. Les psychologues qui appartiennent à cette école voient le problème vécu par l'utilisateur comme l'expression de conflits inconscients engendrés par des expériences passées. En prenant conscience de ces conflits, la personne pourra mieux comprendre pour quelle raison elle agit de telle ou telle façon, pourquoi elle ressent telle ou telle émotion, et ainsi accroître sa liberté d'agir et de penser [OPQ, 2002].

Approche systémique-interactionnelle

Approche selon laquelle les difficultés présentées par l'utilisateur dépendent des relations que ce dernier entretient avec lui-même et son entourage. Les psychologues favorisant cette orientation aideront donc la personne à développer de nouveaux modes d'interaction dans ses relations avec les autres en recherchant des solutions qui concilient au mieux les attentes de chacun. Cette approche regroupe des méthodes d'intervention souvent utilisées pour répondre à un problème précis [OPQ, 2002].

Bien-être subjectif

Bon état mental, qui inclut les évaluations tant positives que négatives que les gens font de leur vie et les réactions affectives qu'ils ont à l'égard de leurs expériences [OCDE, 2013].

Bibliothérapie

Intervention réalisée à l'aide de livres ou d'autre matériel écrit. Les documents fournissent de l'information ainsi que des exercices que la personne fait par elle-même [Fournier *et al.*, 2012].

Éléments communs

Techniques associées à des résultats positifs et qui ne sont spécifiques à aucune approche, mais plutôt partagées par plusieurs (ou par toutes), par exemple, l'utilisation de jeux de rôles, les devoirs, etc. [Snyder et Balderrama-Durbin, 2012].

Empowerment

Processus par lequel une personne (ou un groupe social ou une collectivité) acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer, et ce, dans une perspective de perfectionnement et d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement [Bilodeau, 2005].

Facteurs communs

Composantes personnelles et interpersonnelles communes à toutes les interventions (par exemple, alliance thérapeutique, motivation de l'utilisateur, compétences du clinicien) [Snyder et Balderrama-Durbin, 2012].

Intervention de courte durée (ICD)

Intervention qui se définit exclusivement en fonction de sa durée dans le temps, qui ne dépasse généralement pas douze rencontres. Elle ne se réfère pas à un cadre théorique particulier.

Psychoéducation

Dans son sens le plus souvent employé, le terme « psychoéducation » provient d'un usage anglo-saxon qui ne doit pas être confondu avec le champ d'exercice de la profession de psychoéducateur. Au Québec, la psychoéducation et le modèle psychoéducatif font référence aux interventions de réadaptation réalisées auprès de personnes qui éprouvent ou qui sont à risque d'éprouver des difficultés d'adaptation (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec). La psychoéducation est souvent définie par les auteurs anglo-saxons comme une intervention qui a pour but d'augmenter les connaissances et d'enseigner des habiletés [Gallagher-Thompson et Coon, 2007].

Psychothérapie

Au sens de la Loi 21 adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en 2009, la psychothérapie est définie comme : « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien » [Office des professions du Québec, 2012].

Interventions autres que de la psychothérapie

Il existe d'autres interventions voisines de la psychothérapie mais qui n'en sont pas, dont la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, l'accompagnement individuel (*coaching*) et l'intervention de crise [Office des professions du Québec, 2012].

La **rencontre d'accompagnement** « vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, lui permettant de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, le professionnel ou l'intervenant peut prodiguer des conseils ou faire des recommandations » [Office des professions du Québec, 2012].

L'**intervention de soutien** « vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant ses forces et ses ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Elle implique notamment de rassurer, prodiguer des conseils et fournir de l'information relativement à l'état de la personne ou encore à la situation vécue » [Office des professions du Québec, 2012].

L'**intervention conjugale et familiale** « vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille par l'intermédiaire d'entretiens auxquels participent souvent l'ensemble de ses membres. Elle a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante » [Office des professions du Québec, 2012].

L'**éducation psychologique** « vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental.

L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi » [Office des professions du Québec, 2012].

La **réadaptation** « vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer les habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales » [Office des professions du Québec, 2012]. Le **suivi clinique** « consiste en des rencontres qui permettent l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à des personnes qui présentent des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ce suivi peut s'inscrire dans un plan d'intervention au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur l'instruction publique, se dérouler dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou d'interventions de soutien, tel que définies précédemment et également impliquer de la réadaptation ou de l'éducation psychologique. Il peut aussi viser l'ajustement de la pharmacothérapie » [Office des professions du Québec, 2012].

Le **coaching** « vise l'actualisation du potentiel par le développement de talents, ressources ou habiletés de personnes qui ne sont ni en détresse, ni en souffrance, mais qui expriment des besoins particuliers en matière de réalisations personnelles ou professionnelles » [Office des professions du Québec, 2012].

L'**intervention de crise** « consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins » [Office des professions du Québec, 2012].

Psychothérapie interpersonnelle

Intervention axée sur les problèmes interpersonnels, où l'intervenant et l'utilisateur travaillent en collaboration afin de déterminer les effets des principaux domaines problématiques associés aux conflits interpersonnels, aux transitions de rôle, au deuil et à la perte, et de reconnaître les habiletés sociales de même que leurs effets sur les actuels symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes. Le but est de réduire les symptômes en apprenant à s'adapter à ces situations ou de résoudre ces problèmes interpersonnels [Fournier et al., 2012].

Réminiscence

Processus par lequel une personne pense ou raconte à une autre personne des expériences personnelles passées significatives [Pinquart et Forstmeier, 2012].

Le terme « intervention » et les huit catégories de problèmes ciblées par le rapport sont utilisés tels qu'ils sont définis dans le système I-CLSC :

Adaptation sociale

« Difficultés d'adaptation à un milieu ou à une situation autre que conjugale et familiale, troubles personnels d'apprentissage et de développement, incluant : remise en question personnelle face à soi-même et à son choix de vie, besoin d'affirmation, troubles des apprentissages, cycles de vie et problèmes de transition, etc. Ces difficultés et troubles concernent l'utilisateur lui-même » (source : I-CLSC).

Agression à caractère sexuel

« Gestes, paroles ou attitudes qui, à des fins d'ordre sexuel, sont utilisés contre la volonté d'une personne, incluant : attouchements, viol, inceste, appels obscènes et harcèlement sexuel. L'expression " agression à caractère sexuel " englobe l'expression " abus sexuels " » (source : I-CLSC).

Deuil

« Difficultés au niveau de la famille ou du couple reliées au décès d'un membre de la famille ou d'un(e) conjoint(e) » (source : I-CLSC).

Difficultés professionnelles

« Difficultés ayant pour origine le travail, le milieu de travail, le chômage et la recherche d'un emploi, incluant : harcèlement en milieu de travail, retrait préventif, relations interpersonnelles au travail, épuisement professionnel, etc. » (source : I-CLSC).

Difficultés liées aux relations de couple

« Difficultés reliées à l'expression de la vie de couple, incluant : communication dans le couple, rupture du couple, etc. » (source : I-CLSC).

Difficultés liées aux relations intrafamiliales

« Difficultés perturbant la dynamique familiale, incluant : relations parents-enfants (peu importe l'âge de l'individu), décès dans la famille, compétences parentales, etc. » (source : I-CLSC).

Gestion de la colère et de l'agressivité

Gestion des « problèmes posés par un comportement socialement inapproprié. Ce comportement porte préjudice à autrui ou à la personne elle-même » (source : I-CLSC).

Intervention

« Une ou plusieurs actions posées pour un usager (individu, groupe, communautaire) qui exigent une revue systématique significative au dossier, excluant l'évaluation individuelle en vue de l'inscription à un groupe – la lecture du dossier, la préparation du matériel, la rédaction de la note au dossier et de tout autre document, la transmission ou la réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc. ou la confirmation du résultat d'une démarche » (source : I-CLSC).

Violence conjugale et familiale

« Difficultés ou troubles découlant de comportements ou de gestes agressifs, brusques et répétés d'un conjoint ou d'une conjointe ou d'un membre de la famille envers un autre membre de la famille et portant atteinte à l'intégrité. La violence peut se manifester sous différentes formes : physique, psychologique, verbale ou émotionnelle » (source : I-CLSC).

INTRODUCTION

Contexte

Les services sociaux généraux³ représentent la porte d'entrée principale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour l'ensemble de la population. Ils comprennent les services suivants : 1) accueil, analyse, orientation et référence; 2) consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social); 3) intervention de crise dans le milieu 24/7; 4) volet psychosocial en contexte de sécurité civile ; 5) consultation sociale; et 6) consultation psychologique. Les services dispensés par les services sociaux généraux des CSSS visent les personnes ayant des problèmes d'ordre social ou psychologique.

Actuellement, l'intervention de courte durée (ICD) est offerte par les services de « consultation sociale » et « consultation psychologique » à l'ensemble des personnes qui présentent un problème d'ordre social ou psychologique. Toutefois, on observe un manque de connaissances relatives aux catégories de problèmes pour lesquels les interventions sont efficaces. Le Ministère s'est également interrogé sur l'éventualité que les ICD seraient contre-indiquées pour répondre à certains problèmes et sur les effets non prévus et indésirables de ce type d'intervention. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été sollicité par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour examiner l'efficacité et l'innocuité des ICD. Le présent rapport s'inscrit dans les orientations ministérielles à l'égard des ICD incluses dans l'offre de services sociaux généraux.

L'analyse de la littérature scientifique devrait permettre au MSSS de soutenir les orientations relatives à la clientèle visée par ces ICD. Les connaissances ainsi générées permettront d'établir des constats quant à l'efficacité et à l'innocuité des ICD et de leurs modalités d'application pour ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des services.

Question d'évaluation

La question de recherche porte sur l'efficacité de l'ICD. Celle-ci se définit exclusivement en fonction de sa durée dans le temps, qui ne dépasse généralement pas douze rencontres, tel que le Ministère l'a précisé dans sa demande. Elle ne se réfère pas à un cadre théorique spécifique et elle regroupe plusieurs approches. Elle est distincte de la thérapie brève qui est une approche en soi. Les ICD sont menées selon diverses approches – systémique, centrée sur les solutions, structurelle, etc. Le présent rapport ne décrit pas les approches de façon approfondie, mais les lecteurs intéressés peuvent se référer aux publications des auteurs Dorvil et Bilodeau [Dorvil et Mayer, 2009; Bilodeau, 2005]. Bien que les services sociaux généraux s'adressent à toute la population, l'étude sur l'efficacité des ICD dans ce rapport cible les adultes.

L'INESSS et ses partenaires ministériels ont retenu la question d'évaluation suivante :

- pour chaque problématique ciblée, quelles sont l'efficacité et l'innocuité de l'ICD?

3. Le terme « services sociaux généraux » est utilisé pour désigner les services sociaux du programme « Services généraux - activités cliniques et d'aide » du MSSS.

1 MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport a été élaboré de façon à colliger des données scientifiques et contextuelles ainsi que le savoir d'experts dans le contexte des ICD pour des problèmes d'ordre social et psychologique. Les sections suivantes décrivent les méthodes utilisées à cette fin. Un portrait des usagers et de leur utilisation des services a été dressé pour permettre d'établir un parallèle avec la littérature. Une revue systématique a recueilli des données scientifiques. Un inventaire non exhaustif d'indicateurs de qualité a été réalisé pour documenter les indicateurs et les outils d'évaluation utilisés dans la littérature pour mesurer les résultats d'interventions sociales et psychologiques. Enfin, un comité consultatif a accompagné la démarche.

1.1 Exploitation de la banque de données québécoise I-CLSC

La banque de données administrative du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)⁴ a été mise à profit pour dresser un profil des usagers et de leur utilisation des services sociaux généraux. L'INESSS a travaillé avec le pilote d'orientation I-CLSC du Ministère pour obtenir de la RAMQ, à l'été 2012, des tableaux décrivant : 1) la durée moyenne d'une assignation 2) les délais d'attente moyens; et 3) la fréquence des variables suivantes : le nombre d'usagers et le nombre d'interventions selon le sexe de l'utilisateur, par type d'intervention, par raison d'intervention et par catégories d'intervenants.

1.2 Revue systématique

Le Québec fait face à de nombreux et d'importants problèmes d'ordre social. Certains problèmes réels et majeurs ne sont pas discutés dans ce rapport. Il faut se rappeler que les sujets abordés doivent correspondre au mandat des services sociaux généraux de consultation sociale et psychologique dont la clientèle est distincte de celle desservie par les programmes de services spécifiques tels que « dépendance » ou « jeunes en difficulté ». De plus, des données scientifiques doivent avoir été publiées pour pouvoir répondre à la question d'évaluation, c.-à-d. de savoir si l'ICD est efficace pour le problème donné. L'exploration initiale de la littérature, une consultation auprès du comité consultatif et les données de la banque I-CLSC sur les raisons des interventions en CSSS nous ont guidés dans la priorisation des problèmes à étudier. La recherche d'information a porté sur les huit grandes catégories de problème suivantes :

1. Relations intrafamiliales
2. Relations de couple
3. Adaptation sociale qui couvre trois sous-sections : le vieillissement, l'épuisement du proche aidant et le bien-être subjectif
4. Violence conjugale et familiale
5. Gestion de la colère et de l'agressivité

4. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) est une banque commune de données qui permet d'obtenir de l'information normalisée de qualité sur la clientèle et les services des CSSS (mission CLSC). On y trouve principalement des données sur l'utilisateur (individu, groupe et communautaire), les interventions, les activités ponctuelles et la demande de services normalisée. La transmission à la banque commune est mensuelle et l'exploitation des données permet, entre autres, une comparaison entre les CSSS (mission CLSC) sur les plans régional et provincial.

6. Agression à caractère sexuel
7. Deuil
8. Difficultés professionnelles et stress

Dans la littérature, les approches sont généralement classées en quatre groupes : analytiques, cognitivo-comportementales (ACC), existentielles/humanistes et systémiques. Les approches et les techniques utilisées dans les CSSS comprennent la thérapie centrée sur la résolution de problème et la solution, l'approche systémique, l'empowerment, l'analyse transactionnelle et la psychothérapie neurolinguistique⁵. Toutefois, on trouve peu d'études portant sur l'efficacité de ces approches. De plus, l'examen de la littérature et nos rencontres avec les membres du comité consultatif nous ont permis d'observer la divergence d'opinions quant à la nomenclature et à la typologie des approches dans les divers milieux cliniques.

L'exploration de la littérature scientifique sur l'efficacité des ICD a permis de repérer des contraintes méthodologiques dont on se doit de tenir compte à l'occasion de l'analyse des données scientifiques, notamment :

- le nombre limité d'études systématiques de bonne qualité publiées concernant chaque problème et le fait qu'elles sont très inégalement réparties selon les approches (les études portent principalement sur l'ACC);
- l'existence de composantes qui influent sur l'efficacité au-delà de l'approche (par exemple, les éléments et les facteurs communs);
- la plupart des études comparent les ICD à des groupes témoins (traitement usuel, attente...), mais peu comparent directement les approches entre elles;
- la diversité des résultats obtenus, qui est tributaire des objectifs et des caractéristiques des personnes qui font l'objet de l'intervention;
- les frontières entre les approches théoriques et les techniques utilisées se chevauchent dans la pratique.

En conséquence, les ICD ne sont pas présentées et discutées uniquement sous l'angle de l'approche utilisée (le mode d'intervention), mais l'analyse considère d'autres éléments pertinents tels les caractéristiques de la clientèle, l'objectif de l'intervention et les modalités (les particularités telles que l'intervention en groupe ou individuelle). Les membres du comité consultatif ont appuyé ce choix.

Recherche d'information

Nous avons procédé à une revue systématique des publications scientifiques originales et des synthèses (méta-analyses, revues systématiques, guides de pratique, rapports d'évaluation) qui apprécient l'efficacité et l'innocuité des ICD pour des problèmes d'ordre social et psychologique. Les bases de données MEDLINE (PubMed), Embase, Web of Science, CINAHL, ERIC, PsycInfo, Social Care Online, Campbell Library et Cochrane Library ont été interrogées entre août et octobre 2011. Initialement, la recherche portait sur les articles publiés en anglais ou en français depuis 2004, mais compte tenu de l'abondance de la littérature, nous nous sommes limités aux six dernières années (2006 à 2011 inclusivement). Une mise à jour a été faite en octobre 2012.

5. L'approche de psychothérapie neurolinguistique fait également partie des ACC. Selon le site *Web PasseportSanté.net*, une étude réalisée par l'Université de Bielefeld en Allemagne conclut qu'il n'y a pas d'études de qualité à ce jour pour confirmer l'efficacité de cette approche. Les résultats de cette étude ne semblent pas avoir été publiés.

Étant donné que la définition du concept des ICD pour les problèmes d'ordre social et psychologique est très large et floue nous avons procédé à une recherche d'information exploratoire en trois étapes de forage pour raffiner les stratégies. La stratégie de recherche a été bâtie en incluant les termes : i) psychothérapie, qui regroupe, entre autres, les thérapies comportementale, cognitive, brève et psychodynamique; ii) problèmes sociaux, qui englobent divorce, inceste, suicide, violence; iii) psychologie sociale, qui englobe les relations interpersonnelles et familiales; et iv) au moins un terme pour chaque catégorie de problème. La recherche d'information est présentée à l'annexe A.

De plus, les références des études retenues ont été examinées, ce qui explique que certains articles inclus dans la revue ont été publiés en dehors de la période de temps ciblée par la recherche d'information.

Nous avons également procédé à une recherche manuelle de la table des matières des revues scientifiques clés suivantes (de janvier 2012 à avril 2013) :

<i>Aging and Mental Health</i>	<i>Journal of Mental Health</i>
<i>American Journal of Psychotherapy</i>	<i>Journal of Occupational Health Psychology</i>
<i>Canadian Journal of Community Mental Health</i>	<i>Journal of Occupational Rehabilitation</i>
<i>Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy</i>	<i>Research on Social Work Practice</i>
<i>Clinical Psychology Review</i>	<i>Santé mentale au Québec</i>
<i>Gerontologist, The</i>	<i>Social Work In Mental Health</i>
<i>Journal of Marital Family Therapy</i>	

De plus, nous avons recherché la littérature grise scientifique sur Internet à partir de sites de regroupement reconnus dans le milieu comme les sites gouvernementaux et les regroupements professionnels (annexe A).

Sélection des documents

La sélection et la validation des documents a été réalisée par entente interjuges (A.T. et C.R.); ces personnes ont travaillé de façon indépendante, et tout désaccord a été réglé par discussion entre elles. Elles ont lu les titres et les résumés de tous les articles recensés par la recherche d'information et ont procédé à la lecture des articles au complet pour ceux retenus à la première étape. La notion de courte durée a été prise dans son sens large : alors que la plupart des études publiées portent sur des interventions de 10 à 12 semaines, quelques-unes rapportent des interventions de 25 à 30 heures ou de 30 semaines. La limite de durée de l'ICD est difficile à fixer.

Compte tenu des possibles facteurs de confusion qui peuvent compromettre la validité des résultats, la présente revue systématique vise notamment des études contrôlées. Dans une étude sans groupe témoin, il est difficile d'attribuer avec certitude le changement observé à l'intervention étudiée. Plusieurs autres facteurs pourraient y être associés, tels qu'une amélioration due au simple passage du temps. Ces études sans groupe témoin ont leur utilité, mais le choix de les exclure a été justifié par le fait que la présente revue systématique porte spécifiquement sur l'efficacité des interventions.

Les articles constituant le corpus du présent rapport ont été sélectionnés à partir des critères suivants :

Critères d'inclusion :

- les articles portant sur les adultes ayant des problèmes d'ordre social et psychologique faisant partie des huit catégories de problèmes retenues pour la revue systématique;
- les articles portant sur l'efficacité ou l'innocuité d'une ICD dans le domaine psychologique ou social;
- l'intervention pouvait être offerte aussi bien dans un milieu clinique que dans des milieux familiaux, de travail ou communautaire.

Critères d'exclusion :

- les articles ne fournissant pas l'information nécessaire pour reconnaître le type d'intervention ou la population à l'étude;
- les études sans groupe témoin, les études de cas, les séries de cas;
- les articles traitant de questions d'organisation de services ou d'évaluation.

Extraction des données

L'information a été extraite des articles en s'appuyant sur une grille portant notamment sur le devis de recherche, la population, le problème, l'intervention (approche et durée), le comparateur (le cas échéant), les résultats et la qualité de l'étude.

Évaluation de la qualité

La qualité méthodologique des études a été évaluée par les deux professionnelles (A.T. et C.R.) suivant les critères du *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)⁶ pour les essais cliniques randomisés (ECR) et les études de cohorte et ceux de la grille *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR) [Shea *et al.*, 2009; 2007] pour les revues systématiques. La qualité a été qualifiée de la façon suivante : i) de faible qualité si des lacunes méthodologiques pouvaient potentiellement compromettre la validité des résultats; ii) de bonne qualité si les lacunes étaient peu ou non compromettantes; et iii) d'excellente qualité si aucune lacune n'était observée.

1.3 Inventaire d'indicateurs de qualité

Les indicateurs ont été inventoriés à partir des articles recensés pour la revue systématique. Des sites Web spécialisés ont également été consultés (la liste est présentée à l'annexe E).

1.4 Comité consultatif

Un comité consultatif composé de douze représentants des ordres professionnels concernés et des agences/directions des CSSS a accompagné l'INESSS dans sa démarche de préparation du rapport. Les membres du comité se sont rencontrés à trois reprises, soit les 20 juin 2012, 10 octobre 2012 et 27 février 2013, avec les objectifs suivants :

⁶ Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Critical Skills Appraisal Programme: Making sense of evidence [site Web]. Oxford, Royaume-Uni : CASP. Disponible à : <http://www.casp-uk.net/>.

- déterminer les problèmes psychologiques et sociaux prioritaires à étudier;
- aider à l'élaboration de la désignation et de la définition des différentes approches d'ICD dispensées par les services sociaux généraux de consultation sociale et de consultation psychologique;
- donner de l'information sur les domaines à évaluer par des indicateurs de qualité;
- commenter la version préliminaire du rapport produit par l'INESSS.

2 PORTRAIT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

La banque de données administrative du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)⁷ a été mise à profit pour dresser un profil des usagers et de leur utilisation des services sociaux généraux. Les termes « assignation » et « intervention » sont utilisés tels que définis dans I-CLSC. L'INESSS a travaillé avec le pilote d'orientation I-CLSC du Ministère pour obtenir de la RAMQ, à l'été 2012, des tableaux décrivant : 1) la durée moyenne d'une assignation⁸ 2) les délais d'attente moyens; et 3) la fréquence des variables suivantes : le nombre d'usagers et le nombre d'interventions⁹ selon le sexe de l'usager, par type d'intervention, par raison de l'intervention et par catégorie d'intervenant.

La consultation de la banque de données I-CLSC a permis de documenter l'utilisation des services sociaux généraux (profil d'intervention 420) pour les deux centres d'activité suivants : i) les services psychosociaux autres que les soins à domicile (centre d'activité 6562); et ii) la psychologie (centre d'activité 6564) dans les CSSS du Québec, pour l'année 2010-2011. La banque de données indique des tendances notamment quant au nombre de demandes de service et de personnes bénéficiaires de ces services, aux principales raisons d'intervention, à la durée moyenne du suivi et au nombre moyen d'interventions par usager. Les données sont présentées de façon détaillée à l'annexe B.

On a relevé 106 426 demandes de service ayant pour objet « services psychosociaux généraux », dont 50 751 ont été acceptées et l'usager a été orienté vers le programme-services. De ces demandes de service, 29 900 ont été traitées et terminées à l'intérieur du processus d'accueil. Les autres demandes ont été refusées, soit pour non-respect des critères d'admissibilité aux services définis par le CSSS, parce que les services n'étaient pas dispensés au CSSS, parce que l'usager avait été orienté vers des ressources externes ou parce que celui-ci avait refusé le service proposé.

Le délai moyen d'attente de l'usager, mesuré en jours, est défini comme étant la « Date de la 1^{re} intervention (peu importe la nature) » – « Date de la réception ». Selon les données, le délai moyen sur le plan national est de 31,3 jours, ce qui comprend 3,3 jours entre la réception de la demande et la prise de décision, auxquels s'ajoutent 28,0 jours entre la décision et la première intervention.

Les femmes représentent 65,8 % des usagers de ces services au Québec en 2010-2011. Les usagers ont en moyenne 41,6 ans. Le groupe des 30 à 49 ans représente les plus grands utilisateurs de services (40 % des usagers).

Le nombre d'assignations renvoie au nombre de demandes acceptées et pour lesquelles des interventions sont réalisées; les demandes traitées et terminées à l'intérieur du processus

7. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) est une banque commune de données qui permet d'obtenir de l'information normalisée de qualité sur la clientèle et les services des CSSS (mission CLSC). On y trouve principalement des données sur l'usager (individu, groupe et communautaire), les interventions, les activités ponctuelles et la demande de service normalisée. La transmission à la banque commune est mensuelle et l'exploitation des données permet, entre autres, une comparaison entre les CSSS (mission CLSC) sur les plans régional et provincial.

8. L'épisode de service constitue l'assignation à un centre d'activité à la suite de l'acceptation de la décision.

9. Intervention : une ou plusieurs actions entreprises pour un usager (individu, groupe, communautaire), qui exigent une note significative au dossier – à l'exclusion de l'évaluation individuelle en vue de l'inscription à un groupe – la lecture du dossier, la préparation du matériel, la rédaction de la note au dossier et de tout autre document, la transmission ou la réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc. ou la confirmation du résultat d'une démarche.

d'accueil en sont exclues. Le nombre d'assignations débutées et fermées dans l'année 2010-2011 a été de 12 663 en services psychosociaux (autres que les soins à domicile) et de 294 en psychologie, soit un total de 12 957 assignations.

L'intensité des services peut être quantifiée en termes de durée de l'intervention ou de nombre de séances. La durée moyenne d'une assignation est de 79 jours en services psychosociaux et de 126 jours en psychologie (une moyenne de 80 jours). En combinant les deux centres d'activité, près de la moitié des assignations sont terminées dans les deux premiers mois (44 %) et environ 30 % durent plus de quatre mois (tableau B1 de l'annexe B. Nombre d'assignations et durée moyenne des assignations). Quant au nombre de séances, on dénombre un total de 210 063 interventions offertes à 55 768 usagers, ce qui correspond à une moyenne de 3,8 interventions par usager. On ne connaît pas la distribution de cette moyenne. Toutefois, si on suppose que les usagers font l'objet, en moyenne, d'une intervention par semaine, sachant que pour 14 % des usagers les assignations durent entre deux et trois mois, on peut supposer que seulement 14 % des usagers font l'objet de huit à douze interventions par assignation. Ils peuvent évidemment bénéficier d'interventions supplémentaires dans le contexte d'une autre assignation. Les psychologues ou les spécialistes du comportement humain de même que les éducateurs ou les techniciens en éducation spécialisée font en moyenne le plus grand nombre d'interventions par usager (5,4 et 5,2 interventions par usager respectivement) alors que les techniciens en assistance sociale en font le moins grand nombre (2,5 interventions par usager) et les travailleurs sociaux professionnels/agents d'intervention en service social réalisent 3,5 interventions par usager (tableau B2 de l'annexe B. Distribution de l'offre de services par catégorie d'intervenant).

Les services sont offerts principalement par les travailleurs sociaux professionnels/agents d'intervention en service social et les agents de relations humaines (44 % et 40 % des interventions respectivement). Peu d'interventions sont réalisées par les techniciens en assistance sociale et les psychologues/spécialistes du comportement humain (9 % et 6 % des interventions respectivement) et encore moins par les éducateurs/techniciens en éducation spécialisée et les psychoéducateurs (moins de 1 % chacun).

Les intervenants servent tous sensiblement la même clientèle, peu importe leur formation; tous les intervenants travaillent principalement auprès des personnes ayant des troubles d'adaptation. Toutefois, on note une différence chez les psychologues/spécialistes du comportement humain qui mettent à profit leur expertise en concentrant une plus grande proportion de leurs interventions sur les demandes qui concernent les troubles de l'humeur et de l'anxiété que les autres catégories d'intervenants – 20 % de leurs interventions comparativement à une moyenne de 6 % chez les autres intervenants.

La grande majorité des interventions sont individuelles (97,9 %). Seulement 1,6 % concernent le couple et 0,5 % la famille.

Les principales raisons des demandes de services sociaux généraux sont les problèmes d'adaptation sociale (isolement, estime de soi, transition dans les cycles de vie...) (34 % des interventions) suivis des problèmes associés à la vie de couple (16 % des interventions) et ceux concernant la vie familiale (11 %). En ajoutant les autres problématiques courantes suivantes : les problèmes sociaux divers (4 %), la violence conjugale et familiale (4 %), les difficultés professionnelles (6 %), on regroupe 75 % des interventions faites en CSSS (tableau B3 de l'annexe B). Le nombre d'interventions offert fluctue légèrement selon la problématique; les usagers qui présentent des problèmes d'adaptation sociale font l'objet, en moyenne, de 3,5 interventions, les usagers avec des problèmes liés à la vie de couple bénéficient de 3,1 interventions et ceux vivant problèmes associés à la vie familiale de 2,3 interventions.

La banque de données I-CLSC ne nous permet pas de spécifier les approches utilisées dans le milieu ni de documenter les facteurs et les éléments communs. L'information sur les interventions y est colligée sans référence à l'approche utilisée.

3 EFFICACITÉ ET INNOCUITÉ DES INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE

Sélection des études

L'efficacité et l'innocuité des ICD dans les services sociaux généraux ont été étudiées par l'entremise d'une revue systématique. La recherche d'information a permis de répertorier 3 536 articles. Du nombre, 3 160 ont été rejetés après la lecture des titres et des résumés et 284 autres l'ont été à la suite de leur lecture complète. De plus, douze articles ont été trouvés par la recherche manuelle des références et de la table des matières. La revue systématique porte donc sur 104 références, dont 51 études synthèses, 51 essais cliniques randomisés (ECR) et 2 tables rondes d'experts. Plus de la moitié des articles proviennent d'Europe, 38 des États-Unis et 9 du Canada. Parmi les études, 35 sont considérées comme d'excellente qualité, 44 de bonne qualité et 25 de faible qualité. La plupart des études publiées portent sur des interventions qui ont duré de 10 à 12 semaines, quelques-unes rapportent des interventions de 25 à 30 heures ou de 30 semaines. L'annexe A présente le processus de sélection des études, y compris la stratégie de recherche d'information et le diagramme de flux.

Les sections 3.1 à 3.9 portent sur les études traitant de l'efficacité et de l'innocuité des ICD selon les huit catégories de problématique visées par cette revue systématique. La définition des problématiques se trouve dans le glossaire. Selon le portrait de la situation au Québec, environ 75 % des interventions dans les services sociaux généraux (consultation sociale et psychologique) sont liées à ces huit catégories de problèmes. La frontière entre les services sociaux généraux et les services de santé mentale n'est pas parfaitement étanche. La revue systématique ne porte pas sur les services destinés aux personnes présentant des diagnostics de dépression ou d'anxiété. Compte tenu de l'ampleur de la littérature disponible, la problématique des symptômes de dépression et d'anxiété pourrait faire l'objet d'un avis en soi. Le rapport offre de l'information succincte concernant cette problématique et dirige le lecteur vers des guides de pratique clinique. Néanmoins, vu la prévalence relativement élevée des symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes âgées, une portion de la revue systématique portera sur ce thème dans le contexte de l'adaptation au vieillissement. Le comité consultatif a approuvé la priorisation des problématiques. Il est bon de se rappeler que les services dispensés par les services sociaux généraux des CSSS visent les personnes ayant des problèmes d'ordre social ou psychologique ponctuels ou situationnels, ou encore aigus et réversibles.

Rappelons que le terme « courte durée » implique de 10 à 12 séances, en règle générale, mais cela peut aller jusqu'à 30 selon les études. De plus, les termes « thérapie » et « intervention » ne font pas nécessairement référence à la définition de psychothérapie telle que définie au Québec par la Loi 21 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines¹⁰. Les interventions recensées font aussi référence à des interventions sociales ou psychologiques qui peuvent être offertes dans le cadre des services sociaux généraux.

10. Projet de loi n° 21 (2009, chapitre 28) - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Sanctionné le 19 juin 2009. Disponible à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>.

3.1. Relations intrafamiliales¹¹

En fonction des besoins de la personne et du système familial, les parents peuvent être dirigés soit vers le programme-service Jeunes en difficulté, soit vers les services sociaux généraux des CSSS. Selon la banque I-CLSC, en 2010-2011, 11,3 % des interventions faites en CSSS concernaient des problèmes associés à la vie familiale et à l'épuisement.

La prise en charge psychosociale des familles ayant des difficultés avec leur enfant intègre des interventions concernant les parents, l'enfant lui-même et parfois l'entourage, y compris les enseignants. Selon une enquête menée aux États-Unis, dans 44 % du temps d'une séance, les intervenants dirigent leurs stratégies d'intervention vers les parents [Haine-Schlagel *et al.*, 2012].

La question de l'efficacité et de l'innocuité des ICD concernant les familles vivant des difficultés qui perturbent la dynamique familiale a été étudiée à travers 20 articles dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau qui suit (annexe C 1).

Famille : 20 articles												
Devis		Qualité			Pays d'origine							
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada	Allemagne	Australie	EU	Irlande	Norvège	RU	NZ
11	9	5	6	9	1	1	2	8	2	1	4	1

Efficacité

Huit des onze revues systématiques/méta-analyses qui ont été recensées portent sur l'efficacité en général des ICD. Ces dernières, totalisant 212 études, suggèrent que les interventions parents-enfants sont efficaces tant pour les enfants que pour leurs parents et qu'elles ont un effet positif qui va de petit à modéré sur les comportements des enfants. L'effet va également de petit à modéré selon les études sur les compétences des parents à éduquer les enfants et la santé mentale des parents – y inclus dépression, anxiété, stress, colère, culpabilité, confiance et satisfaction maritale [Baldwin *et al.*, 2012; Barlow *et al.*, 2012; Eccleston *et al.*, 2012; Furlong *et al.*, 2012; McCart *et al.*, 2006; Montgomery *et al.*, 2006; Littell *et al.*, 2005; Curtis *et al.*, 2004].

Toutefois, les interventions parents-enfants ont été critiquées à plusieurs égards, notamment quant au maintien des améliorations dans le temps, au nombre élevé d'utilisateurs qui n'ont qu'une amélioration partielle de leur fonctionnement et à la généralisation d'un milieu à l'autre [Bushman et Peacock, 2010; Drugli et Larsson, 2006].

Approche

Les interventions multisystémiques répondent à l'indication qu'il est important d'inclure la famille dans les thérapies. Bien qu'une large méta-analyse (708 participants) appuie l'efficacité des interventions multisystémiques sur le plan des comportements perturbateurs des enfants [Weaver *et al.*, 2013; Curtis *et al.*, 2004], ces interventions peuvent être très exigeantes en ressources compte tenu de l'étendue de la démarche. La thérapie familiale structurée est la base théorique qui soutient les interventions multisystémiques. Les éléments de base de cette thérapie sont utilisés couramment et ils seraient particulièrement appropriés pour des

11. Définition : difficultés perturbant la dynamique familiale, y inclus : relations parents-enfants (peu importe l'âge de l'individu), décès dans la famille, compétences parentales, etc. (source : I-CLSC).

problèmes interpersonnels et de comportement vécus par des familles qui présentent des problèmes multiples [Weaver *et al.*, 2013].

Bien que l'intervention familiale en général soit reconnue comme efficace (petit effet sur des mesures liées à la consommation, la délinquance et les comportements d'internalisation et d'externalisation), l'analyse des données de 24 études dans une méta-analyse ne permet pas d'affirmer la supériorité d'un type de thérapie par rapport à un autre, qu'il s'agisse de thérapie familiale brève et stratégique, de thérapie familiale fonctionnelle, de thérapie familiale multidimensionnelle ou de thérapie familiale multisystémique [Baldwin *et al.*, 2012]. Une revue systématique antérieure n'avait pu conclure à la supériorité des approches multisystémiques comparativement à d'autres approches pour les jeunes de 10 à 17 ans vivant des problématiques d'ordre social, émotionnel et de comportement [Littell *et al.*, 2005].

Une méta-analyse indique que les approches comportementales et cognitivo-comportementales sont efficaces pour améliorer le bien-être des enfants ayant des troubles de comportement et celui de leurs parents [McCart *et al.*, 2006]. Les deux approches sont basées sur la théorie de l'apprentissage social. L'avantage présenté par l'ajout de l'enseignement de techniques de résolution de problème à l'entraînement parental comportemental est ambigu selon les résultats de deux études portant sur des populations différentes, mais dont les objectifs de l'intervention sont les mêmes. Ainsi, une petite étude n'a pu déceler un effet supplémentaire lié à l'ajout des techniques de résolution de problème chez un groupe de 26 parents [Bushman et Peacock, 2010]. Par ailleurs, une revue systématique portant sur 2 723 parents d'enfants ayant une maladie chronique a conclu que les ICD psychologiques de résolution de problème ont un effet positif sur les comportements et la santé mentale des parents [Eccleston *et al.*, 2012].

Dans le contexte des relations intrafamiliales, des programmes ont été mis en œuvre afin de proposer un ensemble d'actions dans un but particulier. Plusieurs programmes semblent avoir un effet bénéfique appréciable, qui se maintient après six mois, sur les problèmes de comportement et les habiletés parentales telles que l'autoefficacité (*parental self-efficacy*), l'anxiété et le stress des parents, notamment le « programme de parentage positif-triple P » (*Triple P-Positive Parenting Program*) [Boyle *et al.*, 2010; De Graaf *et al.*, 2008; Turner et Sanders, 2006], et le *Primary Care Triple P* autoadministré par l'entremise de livres, sans l'assistance d'un clinicien [Hahlweg *et al.*, 2008; Morawska et Sanders, 2006]. Le programme *Ces années incroyables* est aussi très populaire sur le plan international et au Québec où certains centres jeunesse l'utilisent [Letarte *et al.*, 2010; Drugli et Larsson, 2006]. Une méta-analyse a été réalisée pour comparer entre eux les programmes *Parent-Child Interaction Therapy* et le parentage positif-triple P; les résultats indiquent que les deux ont un effet positif sur le stress des parents, sans pouvoir déterminer la supériorité franche d'un des deux programmes [Thomas et Zimmer-Gembeck, 2007]. Lorsque l'efficacité clinique des programmes est égale, des éléments contextuels tels que le milieu d'intervention et les caractéristiques démographiques de la clientèle devraient être considérés afin de privilégier un programme.

Selon un groupe d'experts, l'identification des éléments communs peut être une avenue prometteuse pour améliorer l'efficacité des interventions [Garland *et al.*, 2008]. Le groupe a reconnu quelques éléments communs aux interventions efficaces, dont l'inclusion des habiletés de résolution de problème dans le contenu thérapeutique de même que l'utilisation des jeux de rôles et la révision de l'atteinte des objectifs (annexe D).

Modalités

Une revue Cochrane de 48 études sur l'efficacité des programmes d'éducation aux parents réalisés en groupe (approches comportementales et cognitivo-comportementales ou autres) conclut que les programmes sont moyennement efficaces pour améliorer la santé psychologique des parents – y compris dépression, anxiété, stress, colère, culpabilité, confiance et satisfaction conjugale [Barlow et al., 2012]. Une autre revue réalisée par Furlong pour le groupe Cochrane porte spécifiquement sur des enfants de 3 à 12 ans ayant des problèmes de conduite qui correspondent ou non aux critères diagnostiques. L'auteur conclut également que les interventions comportementales et cognitivo-comportementales en groupes d'éducation aux parents sont efficaces et efficientes à court terme pour améliorer la santé mentale des parents et leurs compétences à éduquer leurs enfants. Toutefois, les effets à long terme de ces interventions ne sont pas connus [Furlong et al., 2012].

L'examen de la littérature permet de soutenir l'efficacité des ICD par Internet, pour les enfants présentant des problèmes de dépression, d'anxiété, d'abus de substances et de désordre alimentaire. Toutefois, les résultats des douze études recensées sont modestes, et les interventions mentionnées tendent à cibler des participants de classe moyenne qui ont accès à Internet. Les auteurs soulèvent l'importance que les interventions soient adaptées culturellement. De plus, la motivation et la collaboration des participants ainsi que la convivialité du site et le soutien aux usagers sont des éléments clés à considérer [Siemer et al., 2011].

Plus précisément pour les parents, une revue Cochrane suggère que l'utilisation de matériel médiatique (livre, dépliant, cassette vidéo ou audio, site Web) pour enseigner aux parents des stratégies de gestion des comportements des enfants est à considérer. Le matériel médiatique représente une option économique efficace lorsqu'il est utilisé seul, du moins pour répondre à des problèmes familiaux modérés, et il peut être utilisé en complément de la rencontre avec un intervenant [Montgomery et al., 2006]. Une petite étude récente, qui corrobore ces résultats, a conclu que l'apprentissage des habiletés parentales par vidéo a un effet plus important sur le niveau du stress et la confiance des parents que le traitement habituel en ce qui concerne les parents d'enfants de 6 à 11 ans ayant des troubles de comportement ou du développement [Coughlin et al., 2009].

Parallèlement, aucune différence n'a été décelée entre deux versions du programme Parent-Child Interaction Therapy, basé sur du matériel écrit ou quatre séances de groupe en face à face. Dans l'étude randomisée comprenant 30 participants, les deux versions du programme atténuaient les problèmes de comportement chez les enfants de 3 à 6 ans, réduisaient l'utilisation de stratégies parentales inadéquates, tout en améliorant le sentiment de contrôle chez les parents [Berkovits et al., 2010]. Les résultats sont préliminaires compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

Difficultés relationnelles intrafamiliales

- Les ICD portant sur les relations intrafamiliales parents-enfants et les troubles de comportement sont efficaces tant pour les enfants que pour leurs parents. En général, elles ont un effet positif modéré sur les compétences des parents à éduquer leurs enfants et sur la santé mentale des parents – y compris dépression, anxiété, stress, colère, culpabilité, confiance et satisfaction de couple.
- L'intervention familiale de courte durée est efficace; supériorité d'un type de thérapie par rapport à un autre ne peut être déterminée.
- Les approches multisystémiques, comportementales et cognitivo-comportementales basées sur les techniques de résolution de problème sont efficaces pour améliorer le bien-être des enfants ayant des troubles de comportement et celui de leurs parents.
- Plusieurs programmes semblent avoir un effet bénéfique, qui se maintient après six mois, sur les problèmes de comportement et les habiletés parentales, dont : functional family therapy, Ces années incroyables, parent-child interaction therapy et le parentage positif-triple p. Lorsque l'efficacité clinique des programmes est égale, des éléments contextuels tels que le milieu d'intervention et les caractéristiques démographiques de la clientèle devraient être considérés afin de privilégier l'un d'entre eux.
- Quelques éléments communs aux interventions familiales efficaces ont été trouvés, dont l'inclusion des habiletés de résolution de problème dans le contenu thérapeutique de même que l'utilisation des jeux de rôles et la révision de l'atteinte des objectifs.
- Les données suggèrent que l'utilisation de matériel médiatique (livre, dépliant, cassette vidéo ou audio, site Web) pour enseigner aux parents des stratégies de gestion des comportements des enfants est à considérer.
- Les interventions comportementales et cognitivo-comportementales en groupes d'éducation destinés aux parents sont efficaces et efficaces à court terme pour améliorer la santé mentale des parents et leurs compétences à éduquer leurs enfants. Toutefois, les effets à long terme de ces interventions ne sont pas connus.

3.2. Relations de couple¹²

La réussite de la vie de couple est complexe. En 2008, plus de 50 % des mariages québécois se terminaient par un divorce¹³. Les difficultés d'un couple peuvent coexister avec plusieurs autres problèmes tels que la dépression, les troubles liés aux diverses dépendances, la violence, les problèmes sexuels, l'infertilité, les difficultés financières ou les problèmes de comportement chez l'enfant. Le lien entre ces problèmes est circulaire en ce sens qu'ils peuvent se générer l'un l'autre, les problèmes de couple étant parfois une cause, parfois une conséquence.

Le tableau suivant présente les douze articles qui nous informent sur l'efficacité des ICD auprès des couples en difficulté (annexe C 2).

12. Définition : difficultés liées à l'expression de la vie de couple, y compris : communication dans le couple, rupture du couple, etc. (source : I-CLSC).

13. Institut de la statistique du Québec (ISQ). Divorces selon la durée du mariage et taux de divortialité, Québec, 2006 à 2008 [site Web]. Disponible à : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/etat_matrm_marg/509.htm.

Couple : 12 articles									
Devis		Qualité			Pays d'origine				
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada	EU	Italie	P-B	Suisse
5	7	2	5	5	1	7	1	1	2

Efficacité

L'intervention conjugale de courte durée vise principalement à améliorer : l'adaptation dyadique [Bodenmann et al., 2006], les symptômes de dépression [Bodenmann et al., 2008], la satisfaction dans le couple, la communication, les émotions telles que l'hostilité, le comportement défensif et l'adaptation de l'enfant [Cummings et al., 2008].

Les résultats de trois études indiquent que les interventions conjugales de courte durée sont modérément supérieures à l'absence d'intervention et aussi efficaces que les interventions individuelles sur les symptômes de la dépression et la qualité de la relation de couple [Trudel et al., 2008; Bodenmann et al., 2006; Shadish et Baldwin, 2005].

L'efficacité de l'intervention conjugale de courte durée, toutes approches confondues, a été montrée par des méta-analyses dont celle de Shadish et Baldwin [2005] qui porte sur l'intervention conjugale comportementale. Selon ces auteurs, l'intervention conjugale comportementale traditionnelle tend à accroître certains comportements positifs tout en diminuant des comportements négatifs grâce à l'utilisation de plusieurs techniques, dont l'entraînement à la communication et à la résolution de problème, les contrats de contingence, l'échange de comportements, la désensibilisation, la restructuration cognitive et l'entraînement à l'expression des émotions. Selon cette méta-analyse qui inclut 30 études et 802 participants, l'approche comportementale est supérieure à l'absence d'intervention. Elle a un effet modéré sur la détresse, et l'ampleur de son effet est similaire à l'effet des autres approches en matière d'intervention conjugale. De plus, seuls l'entraînement à la communication et à la résolution de problème ainsi que la restructuration cognitive ont un effet important, alors que les autres facteurs tels que le nombre de séances ont peu d'effet [Shadish et Baldwin, 2005].

L'efficacité de l'intervention conjugale cognitivo-comportementale chez les nouveaux retraités a été examinée à l'occasion d'un ECR montréalais. Les 80 participants du groupe de prévention utilisant l'ACC conjugale ont présenté une amélioration statistiquement plus importante que le groupe qui n'a pas eu recours à l'intervention sur les plans de l'adaptation et du fonctionnement dans la vie de couple ainsi que des relations sexuelles [Trudel et al., 2008].

Des revues suggèrent certaines données sommaires relativement à l'efficacité des ICD, toutes approches confondues. Deux revues narratives apparaissent comme des documents clés; elles ont été réalisées par des auteurs reconnus dans le domaine et ont été citées fréquemment dans la littérature [Lebow et al., 2012; Snyder et al., 2006]. L'intervention conjugale produit des résultats cliniquement significatifs chez 70 % des couples [Lebow et al., 2012]. L'ampleur de l'effet varie entre $d = 0,50$ à $1,30$ selon les études et les résultats mesurés (moyenne de $0,84$). La conversion de l'ampleur de l'effet en percentiles nous permet de dire que la personne moyenne faisant l'objet d'une ICD pour de la détresse dans le couple constate une amélioration de son état à la suite de l'intervention par rapport à 80 % des individus qui ne font pas l'objet d'une intervention [Lebow et al., 2012]. Toutefois, on observe une amélioration significative de la satisfaction dans le couple chez les deux partenaires dans seulement 50 % des cas suivis. Les couples qui vivent le plus de détresse sont ceux qui bénéficient le moins de l'intervention

[Snyder et al., 2006]. De plus, les relations de 30 % à 60 % des couples traités se détériorent dans les deux ans qui suivent la fin de l'intervention [Snyder et al., 2006].

Approche

On dénombre cinq principales approches dans la littérature qui sont toutes de courte durée : l'intervention conjugale comportementale traditionnelle, l'intervention conjugale comportementale intégrative, l'intervention conjugale cognitivo-comportementale, l'intervention conjugale orientée vers l'introspection et l'intervention conjugale axée sur les émotions. Quant à l'intervention conjugale orientée vers l'adaptation, elle est en cours de développement. Trois études comparent directement les approches entre elles. Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différence : 1) entre l'intervention conjugale comportementale traditionnelle et l'intervention conjugale comportementale intégrative sur le plan de l'effet sur la satisfaction dans le couple [Christensen et al., 2010; Bodenmann et al., 2008; Wood et al., 2005]; 2) entre l'intervention conjugale orientée vers l'adaptation, la psychothérapie interpersonnelle et l'ACC sur le plan des symptômes de dépression et la qualité de la vie de couple [Christensen et al., 2010; Bodenmann et al., 2008; Wood et al., 2005]; et 3) entre la thérapie axée sur les émotions comparativement à l'intervention conjugale comportementale, à l'ACC et à la thérapie systémique sur le plan de l'adaptation dans le couple [Christensen et al., 2010; Bodenmann et al., 2008; Wood et al., 2005].

L'intervention conjugale orientée vers l'adaptation (coping-oriented couple therapy et coping enhancement training) a été récemment développée par Bodenmann en réponse à une préoccupation relative à l'effet du stress quotidien sur les interactions de couple. Elle va au-delà du perfectionnement des habiletés de communication et de résolution de problème et met l'accent sur l'adaptation au stress dans un contexte d'amélioration des compétences conjugales. L'intervention est basée sur la croyance voulant que les habiletés d'adaptation de l'individu et celles du couple en tant que dyade jouent un rôle important dans la stabilité et la qualité de la relation de couple, d'où le concept « d'adaptation dyadique » [Bodenmann et al., 2006]. Une étude longitudinale révèle que les couples qui ont fait l'objet de ce type d'intervention ont une qualité de vie de couple significativement meilleure à la fin de l'intervention que ceux qui n'ont pas fait l'objet de l'intervention (plus grande satisfaction relationnelle, intimité, communication), mais que les effets diminuent après deux ans [Bodenmann et al., 2006].

Une méta-analyse qui inclut 23 études fait état du peu de différences entre les approches Emotional Focused Therapy et Isolated Behavioral Marital Therapy [Wood et al., 2005].

L'approche conjugale comportementale intégrative met l'accent sur l'acceptation, la tolérance et la « pleine conscience » (mindfulness). Un ECR qui inclut 134 participants suggère que cette approche et l'approche comportementale traditionnelle sont toutes deux très efficaces et qu'il y a sensiblement peu de différences quant à leur effet sur la satisfaction dans le couple [Christensen et al., 2010]. De plus, l'ECR de Christensen suggère que les effets positifs de l'intervention conjugale comportementale se maintiennent jusqu'à cinq ans après l'intervention pour environ la moitié des couples suivis. Il est à noter que, dans cette étude, les couples participaient à un nombre de séances élevé, jusqu'à 26 séances. La persistance des effets peut être différente selon la durée de l'intervention.

Un autre ECR comparant les approches entre elles conclut que l'intervention conjugale orientée vers l'adaptation est aussi efficace pour réduire les symptômes de la dépression que l'intervention interpersonnelle (combinaison de travail individuel et de couple) et l'ACC (en séances individuelles) [Bodenmann et al., 2008]. L'intervention conjugale cognitivo-

comportementale met l'accent sur le changement des processus cognitifs tels que les attentes ou les attributions. Toutefois, l'intervention conjugale orientée vers l'adaptation est la seule à avoir un effet positif sur l'expression des émotions [Bodenmann et al., 2008].

Plusieurs études indiquent que l'intervention conjugale peut être un complément utile dans le traitement de problèmes concomitants aux problèmes conjugaux comprenant les troubles de la dépression, l'anxiété, les troubles liés aux substances et ceux de la personnalité limite [Lebow et al., 2012]. Dans ce contexte, améliorer les relations de couple est considéré comme une étape vers la résolution des problèmes individuels [Lebow et al., 2012]. Même s'il n'y a pas de problème dans le couple, une intervention conjugale peut tout de même aider les couples à gérer des situations de crise comme un diagnostic de cancer. Selon une méta-analyse (8 études, 567 participants), l'intervention conjugale pour les femmes qui vivent une relation de couple en difficulté a autant d'effet que l'intervention individuelle sur les symptômes de la dépression, en plus d'avoir des effets positifs sur la qualité des relations interpersonnelles [Barbato et D'Avanzo, 2008].

L'utilisation de l'intervention conjugale pour répondre à une problématique concomitante liée à la consommation de drogues ou d'alcool a également été étudiée. L'efficacité de l'intervention comportementale conjugale pour les couples aux prises avec ces troubles est soutenue par deux revues systématiques [Ruff et al., 2010; Powers et al., 2008]. L'intervention semble avoir un plus grand effet sur le plan de l'adaptation conjugale, la satisfaction à l'égard des relations, la consommation d'alcool ou de drogues (fréquence et conséquences), la violence conjugale ainsi que le bien-être psychosocial de l'enfant comparativement à l'intervention individuelle ou de groupe sans techniques comportementales. Typiquement, l'intervention conjugale est offerte de pair avec le programme des Alcooliques Anonymes ou des Narcotiques Anonymes et l'intervention individuelle. Les effets tendent à s'estomper après un an, mais des séances de prévention de rechute dans les deux années suivant l'intervention aident au maintien des changements [Ruff et al., 2010].

La revue narrative de Lebow décrit des particularités de certaines approches. Selon l'auteur, l'intervention axée sur les émotions est une autre approche reconnue comme étant fondée sur les données scientifiques pour les problèmes conjugaux. Toujours selon cet auteur, elle serait particulièrement indiquée pour les personnes victimes de traumatismes tels que les abus sexuels, étant donné que l'intervention axée sur les émotions met l'accent sur la régulation de l'affect et la création d'un lien solide entre les partenaires. Les études concernant cette approche portent généralement sur des interventions de durée moyenne (19 à 20 séances), et elles indiquent que les interventions de moins de 13 séances semblent moins efficaces [Lebow et al., 2012]. On pourrait en conclure que les personnes dont la raison principale de consultation est un traumatisme devraient être orientées vers des milieux qui proposent en général plus de 13 séances.

Modalités

La durée optimale des ICD est encore inconnue. La plupart des interventions étudiées consistent en 10 à 12 séances, avec quelques exceptions où l'intervention est plus courte (5 séances) ou plus longue (25 séances). En ce qui concerne les différentes modalités pour dispenser les services, un ECR de bonne qualité mais avec un échantillon restreint de 90 participants révèle que les thérapies de type bibliothérapie (par l'entremise de matériel écrit) seraient moins efficaces que celles auxquelles participe un intervenant [Cummings et al., 2008]. Christensen et

Doss réalisent actuellement une étude relative à la thérapie conjugale dispensée par l'entremise d'Internet¹⁴.

Au-delà de l'intervention utilisée, un certain nombre de facteurs communs spécifiques à l'ICD conjugale ont été proposés. La plupart des propositions convergent vers : i) conceptualiser les difficultés en termes relationnels et non individuels; ii) modifier les modes relationnels dysfonctionnels; iii) aider les partenaires à prendre conscience de leurs comportements d'évitement, basés sur leurs émotions; iv) améliorer la communication constructive (parler et écouter); et v) mettre l'accent sur les forces et renforcer les gains [Benson et al., 2012; Halford et Snyder, 2012].

Difficultés relationnelles de couple

- L'intervention conjugale de courte durée vise principalement à améliorer : l'adaptation dyadique, les symptômes de la dépression, la satisfaction dans le couple, la communication, les émotions telles que l'hostilité ou l'attitude défensive de même que l'adaptation de l'enfant.
- Plusieurs études ont démontré que les interventions conjugales sont modérément supérieures à l'absence d'intervention et aussi efficaces que les interventions individuelles.
- Les interventions conjugales sont particulièrement efficaces dans les deux premières années suivant la fin de ces interventions.
- Trois études comparent directement les approches entre elles. Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différence quant à l'efficacité entre les différentes approches.
- Plusieurs études préconisent l'intervention conjugale comme complément utile dans le traitement des troubles de la dépression et de ceux liés aux dépendances.
- Selon une revue narrative, l'intervention axée sur les émotions est particulièrement indiquée pour les personnes victimes d'un traumatisme, et l'intervention en 13 séances est moins efficace que celle en 20 séances.
- La durée optimale des ICD est encore inconnue. La plupart des interventions étudiées s'échelonnent sur 10 à 12 séances.
- Les interventions conjugales de type bibliothérapie (par l'entremise de matériel écrit) sont moins efficaces que les thérapies impliquant un intervenant.
- Les facteurs communs particuliers à l'intervention conjugale sont : i) conceptualiser les difficultés en termes relationnels et non individuels; ii) briser les modes relationnels dysfonctionnels; iii) aider les partenaires à prendre conscience de leurs comportements d'évitement, basés sur leurs émotions; iv) améliorer la communication constructive (parler et écouter); et v) mettre l'accent sur les forces et renforcer les gains.

14. Protocole publié sur le site Web du NIH, *Research Portfolio Online Reporting Tools (RePORT)*, disponible à : http://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=8323099&icde=12865474&ddparam=&ddvalue=&ddsub=&cr=930&csb=default&cs=ASC

3.3. Adaptation sociale¹⁵

La recherche d'information a permis de sélectionner plusieurs articles traitant des difficultés d'adaptation à un milieu ou à une situation autre que conjugale et familiale ainsi que des troubles de croissance personnelle. Ces articles ont été regroupés sous les thèmes du vieillissement, de l'épuisement du proche aidant et du bien-être.

3.3.1. Vieillissement

En général, la littérature traitant des personnes âgées s'intéresse aux personnes de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus. Les caractéristiques des personnes de ce groupe d'âge ont beaucoup changé dans les dernières décennies. Les gens vivent plus longtemps qu'avant; ils ont plus de temps de retraite et de loisirs, ils ont la perspective d'une meilleure santé et d'une plus grande productivité à un âge avancé. Certaines problématiques sont fréquemment observées chez les personnes âgées. Trente-quatre articles, dont la moitié sont des revues systématiques ou des méta-analyses, traitent de l'efficacité des ICD pour les problématiques fréquentes chez la personne âgée, soit l'insomnie, l'adaptation, les symptômes d'anxiété et de dépression (annexe C 3a -Vieillissement).

Insomnie

L'insomnie est un problème souvent exprimé par les personnes âgées. Le changement de la structure du sommeil est un processus normal du vieillissement. Toutefois, il ne faut pas ignorer les plaintes relatives au sommeil, car certains de ces problèmes, tels que la fatigue excessive durant le jour, peuvent être traités [Maglione et Ancoli-Israel, 2012]. Il est important de bien diagnostiquer les problèmes d'insomnie, qui sont souvent multifactoriels, pour que le plan d'intervention tienne compte des aspects physiques et psychologiques. Douze études, indiquées dans le tableau ci-dessous, traitent de ce problème.

Insomnie : 12 articles											
Devis			Qualité			Pays d'origine					
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Table ronde d'experts	Excellente	Bonne	Faible	Canada	EU	Finlande	Norvège	Pays-Bas	RU
3	7	2	3	7	2	1	6	1	1	1	2

Efficacité

L'American Academy of Sleep Medicine a publié des recommandations concernant le traitement de l'insomnie chez les adultes, à partir d'un consensus d'experts [Morgenthaler *et al.*, 2006]. Elle affirme que les interventions psychologiques et comportementales sont efficaces pour diminuer les troubles d'insomnie chez les adultes de tout âge, y compris les personnes âgées. Les interventions qu'elle recommande avec un haut niveau de certitude sont la thérapie par le contrôle des stimuli, la relaxation et l'ACC pour l'insomnie qui est une combinaison de contrôle des stimuli et de restriction du sommeil avec ou sans relaxation. Ces experts jugent qu'il y a un niveau modéré de certitude quant à la thérapie par restriction du sommeil, la thérapie à multiples composantes, la rétroaction biologique et l'intention paradoxale, et que les données

15. Définition : difficultés d'adaptation à un milieu ou à une situation autre que conjugale et familiale, troubles personnels d'apprentissage et de croissance personnelle, y compris : remise en question personnelle face à soi-même et à son choix de vie, besoin d'affirmation, troubles d'apprentissage, cycles de vie et problèmes de transition, etc. Ces difficultés et troubles concernent l'utilisateur lui-même (source : I-CLSC).

sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des conseils d'hygiène du sommeil comme technique employée seule [Schutte-Rodin *et al.*, 2008; Morgenthaler *et al.*, 2006]. Ces recommandations sont basées sur des données scientifiques qui peuvent être considérées comme faibles du fait du petit nombre d'études de qualité réalisées à ce sujet et considérant que les études sont non conclusives ou ne révèlent que des effets négligeables.

La revue Cochrane la plus récente conclut que l'ACC a un effet, du moins petit, sur l'insomnie chez les personnes âgées de plus de 60 ans. L'intervention permet de changer les mauvaises habitudes liées au sommeil et de remettre en question les idées, attitudes et croyances liées au sommeil [Montgomery et Dennis, 2003].

Une revue réalisée en 2009 n'a repéré que six études de qualité adéquate [De Niet *et al.*, 2009], qui ne permettaient pas de tirer des conclusions rigoureuses. Une autre revue réalisée en 2007 n'a repéré que trois études dont les auteurs concluaient que l'ACC de courte durée (8 séances), qui incorporait la restriction du sommeil et la restriction/compression du sommeil seule, avait un petit effet statistiquement significatif sur la qualité du sommeil chez les personnes âgées (ampleur d'effet d'au moins 0,2) comparativement à l'absence d'intervention [McCurry *et al.*, 2007].

En plus d'appuyer l'efficacité des ACC pour les personnes souffrant de troubles sur le plan de la qualité du sommeil, un ECR montréalais (160 participants) indique que les meilleurs résultats à long terme sont observés chez les personnes qui reçoivent pendant les six premières semaines une combinaison de médication et l'ACC, et qui continuent les séances d'ACC après l'arrêt de la médication [Morin *et al.*, 2009].

Un groupe d'experts soulève dans un article les possibles contre-indications de l'utilisation de la thérapie pour soulager les troubles d'insomnie en se basant sur leurs expériences cliniques. Par exemple, selon eux, la restriction du sommeil peut possiblement précipiter un épisode maniaque chez les personnes ayant une maladie bipolaire diagnostiquée comme condition concomitante. Dans ce cas, il est suggéré de mettre l'accent sur le contrôle des stimuli et la régularité de l'heure du réveil [Troxel *et al.*, 2012]. Il est également recommandé que les personnes dont la condition médicale est instable ou qui ne sont pas traitées reçoivent un traitement avant de commencer une intervention relative aux troubles du sommeil [Troxel *et al.*, 2012].

Approche

La plupart des interventions comportementales sont basées sur la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli. Un ECR a examiné les effets des ICD (8 semaines) selon l'étiologie du problème d'insomnie. L'ACC serait possiblement plus efficace que les interventions axées sur la relaxation pour les personnes ayant des fausses perceptions liées au sommeil [Edinger *et al.*, 2008].

Modalités

Les données scientifiques s'accumulent à propos des différentes modalités efficaces d'intervention contre l'insomnie. Deux ECR (total de 348 participants) indiquent que l'ACC à partir d'un livre et guidée par un clinicien semble prometteuse (effet modéré sur la qualité du sommeil) [Morgan *et al.*, 2012; Bjorvatn *et al.*, 2011]. L'utilisation de l'ACC par Internet est une option intéressante, mais elle doit être explorée davantage (un ECR avec seulement 45 adultes d'environ 50 ans). [Ritterband *et al.*, 2009].

Il semble que les intervenants n'aient pas besoin d'avoir reçu une formation poussée; les interventions dispensées dans des milieux d'intervention par des professionnels qui ont une formation limitée en matière de sommeil donnent des résultats positifs. Dans les deux études qui suivent, les ICD duraient 8 séances. Dans la première étude, l'ICD était offerte dans des services d'hygiène au travail par des infirmières qui avaient reçu une formation particulière de 15 heures [Järnefelt *et al.*, 2012], et dans l'autre étude les intervenants étaient des infirmières sans formation autre que d'avoir observé trois ou quatre séances de thérapie [Edinger *et al.*, 2008].

Selon un ECR de bonne qualité, la thérapie comportementale de très courte durée (deux séances en face à face et deux appels téléphoniques) est plus efficace que du matériel écrit pour améliorer la qualité du sommeil. En effet, respectivement 55 % et 13 % des participants n'avaient plus d'insomnies après les interventions [Buysse *et al.*, 2011].

Vieillesse - Insomnie

- L'American Academy of Sleep Medicine affirme que les interventions psychologiques et comportementales sont efficaces pour diminuer les troubles d'insomnie chez les adultes de tout âge, y compris les personnes âgées.
- Les interventions recommandées par ces experts, avec un haut niveau de certitude, sont la thérapie par le contrôle des stimuli, la relaxation et l'ACC pour l'insomnie, qui est une combinaison de contrôle des stimuli et de restriction du sommeil avec ou sans relaxation, alors qu'on observe un niveau modéré de certitude pour la thérapie par restriction du sommeil, la thérapie à multiples composantes, la rétroaction biologique et l'intention paradoxale. Les données sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des conseils d'hygiène du sommeil comme technique employée seule. Ces recommandations sont basées sur des données scientifiques qui peuvent être considérées comme faibles.
- Selon une revue Cochrane, l'ACC de courte durée (8 séances) qui incorpore la restriction du sommeil et la restriction/compression du sommeil seule agit, du moins légèrement, sur l'insomnie.
- Un ECR indique que les meilleurs résultats à long terme sont observés chez les personnes traitées initialement avec une combinaison de médication et l'ACC, et qui continuent l'ACC après l'arrêt de la médication.
- Selon des experts, la thérapie pour traiter l'insomnie peut être contre-indiquée pour des personnes ayant une maladie bipolaire ou toute condition médicale instable.
- Deux ECR indiquent que l'ACC à partir d'un livre et guidée par un clinicien semble prometteuse; l'intervention peut être dispensée par un clinicien dont la formation est limitée.
- L'utilisation de l'ACC par Internet est une option intéressante, mais elle doit être explorée davantage.

Problème d'adaptation

La littérature repérée révèle que les problèmes d'adaptation chez les personnes âgées sont abordés sous l'angle des compétences proactives. Le concept d'adaptation proactive peut se définir comme la promotion de changements désirés et la prévention de ceux non désirés. Le fondement de cette approche est la croyance que le vieillissement peut être heureux si on stimule la personne concernée afin qu'elle investisse dans son futur. Le tableau suivant présente les deux articles recensés portant sur ce sujet.

Adaptation : 2 articles						
Devis		Qualité			Pays d'origine	
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Pays-Bas	RU
0	2	1	1	0	1	1

Efficacité

Deux ECR indiquent que les personnes âgées semblent bénéficier des ICD en groupe, qui mettent l'accent sur les compétences d'adaptation proactive [Bode *et al.*, 2007; Burns *et al.*, 2005]. Au cours d'un ECR, les 158 participants aux quatre séances de groupe ont amélioré plus que le groupe en attente leurs compétences d'adaptation telles que : établissement d'objectifs réalistes, utilisation de la rétroaction, appréciation du futur et utilisation des ressources, et cela sans augmenter le niveau d'inquiétude et d'humeur négative [Bode *et al.*, 2007]. Les interventions psychologiques ne semblent pas avoir d'effet sur les fonctions cognitives ni sur l'autonomie; une étude sur l'intervention interpersonnelle psychodynamique de courte durée (6 séances) n'a pas permis de déceler une amélioration des fonctions cognitives et des activités de la vie quotidienne chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'Alzheimer et manifestant un déficit cognitif léger, ni d'observer de stress chez les proches aidants [Burns *et al.*, 2005].

Approches et modalités

Aucune donnée sur les approches et les modalités n'a été repérée.

Vieillesse - Difficulté d'adaptation

Deux ECR indiquent que :

- Les personnes âgées semblent bénéficier des interventions de courte durée en groupe qui mettent l'accent sur les compétences d'adaptation proactif.
- On observe une amélioration des compétences d'adaptation telles : établissement des objectifs réalistes, utilisation de la rétroaction, appréciation du futur et utilisation des ressources, sans augmenter le niveau d'inquiétude ni d'humeur négative.
- Les ICD ne semblent pas avoir d'effet sur la cognition ou l'autonomie.

Symptômes d'anxiété chez les personnes âgées

La question de l'efficacité des ICD pour les personnes âgées ayant des symptômes sous le seuil clinique d'anxiété et de dépression a été explorée ici, car ces problèmes sont communs chez les personnes âgées; en effet, jusqu'à 20 % de ces personnes ont des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs [Hendriks *et al.*, 2008; Ayers *et al.*, 2007]. Les données présentées ne prétendent pas faire état de la question compte tenu que le problème n'a pas été foré spécifiquement par la revue systématique. De plus, certaines des études recensées incluent des participants dont les symptômes correspondent aux critères diagnostiques. Puisque les problèmes d'anxiété et de dépression existent sur un continuum de gravité, l'information est présentée pour aider à bâtir une base de connaissance.

Symptômes d'anxiété : 4 articles							
Devis		Qualité			Pays d'origine		
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	EU	Pays-Bas	RU
3	1	2	2	0	2	1	2

Efficacité

Trois revues systématiques et un ECR publié après les revues (total de 72 études, plus de 1 000 participants) attestent l'efficacité des ICD chez les personnes âgées ayant des problèmes d'anxiété d'intensité variable [Stanley *et al.*, 2009; Hendriks *et al.*, 2008; Ayers *et al.*, 2007; Hill et Brettle, 2005]. Ces données confirment l'efficacité de la relaxation et de l'ACC pour soulager les symptômes de l'anxiété. La thérapie de soutien et la thérapie comportementale semblent prometteuses, mais il existe moins de données à cet égard.

Approche

L'ACC est plus efficace que l'absence d'intervention, mais on ne peut affirmer avec certitude qu'elle est supérieure aux autres interventions. Les études qui examinent l'efficacité de l'ACC, dont un ECR avec 134 personnes et une méta-analyse de sept études (297 participants), indiquent que l'ACC a un effet modérément plus grand que chez un groupe témoin (attente, appel téléphonique, groupe de discussion...) sur le niveau d'anxiété, l'inquiétude et la dépression chez les personnes âgées ayant un trouble d'anxiété généralisé [Stanley *et al.*, 2009; Hendriks *et al.*, 2008]. L'ACC étant l'approche la plus étudiée, elle peut donc apparaître de prime abord comme la plus prometteuse. Par exemple, la revue réalisée par Ayers conclut que les données les plus solides portent sur l'ACC avec relaxation ou la relaxation seule, mais les études recensées dans leur revue portaient principalement sur l'ACC, l'intervention comportementale et la relaxation. Cette conclusion ne signifie pas que ces interventions sont meilleures que les autres, mais tout simplement qu'elles ont été davantage étudiées [Ayers *et al.*, 2007].

Modalités

La littérature ne nous permet pas de juger de l'efficacité relative des modalités, mais elle nous indique simplement que les interventions étudiées durent en moyenne entre 4 et 15 séances et qu'environ la moitié sont dispensées en groupes et l'autre en séances individuelles [Stanley *et al.*, 2009; Hendriks *et al.*, 2008; Ayers *et al.*, 2007; Hill et Brettle, 2005].

Vieillesse - Symptômes d'anxiété chez les personnes âgées

- Trois revues systématiques et un ECR (total de 72 études, plus de 1 000 participants) attestent l'efficacité de l'ICD chez les personnes âgées ayant des problèmes d'anxiété d'intensité variable.
- Les données appuient l'efficacité de la relaxation et de l'ACC pour soulager les symptômes de l'anxiété. La thérapie de soutien et la thérapie comportementale semblent prometteuses, mais on a relevé moins de données à leur appui.
- La littérature ne nous permet pas de juger de l'efficacité relative des modalités d'application.

Symptômes de la dépression chez les personnes âgées

Les données indiquent que de 5 à 10 % des personnes âgées souffrent de symptômes de dépression sous le seuil clinique – symptômes cliniquement significatifs qui ne satisfont pas aux critères diagnostiques de la dépression. Ces symptômes sont souvent associés à une souffrance psychologique importante. Intervenir auprès de ces personnes peut prévenir le développement d'une dépression majeure ou en diminuer les symptômes [Cuijpers *et al.*, 2006].

Symptômes de la dépression : 16 articles											
Devis		Qualité			Pays d'origine						
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Allemagne	Angleterre	Canada	EU	Hong Kong	Pays-Bas	RU
11	5	6	8	2	3	1	1	3	1	4	3

Efficacité

Neuf méta-analyses/revues systématiques indiquent que les ICD sont efficaces chez les personnes âgées ayant des symptômes de dépression de sévérité variable [Lee *et al.*, 2012; Bell et D'Zurilla, 2009; Cuijpers *et al.*, 2009; Cole, 2008; Wilson *et al.*, 2008; Pinquart *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2006; Pinquart *et al.*, 2006; Hill et Brett, 2005]. Les interventions sont plus efficaces que d'être sur une liste d'attente, les effets de l'ICD sur les symptômes de dépression vont de modérés à grands et ils sont comparables à ceux de la pharmacothérapie (et même supérieurs chez les personnes ayant des symptômes mineurs) [Cuijpers *et al.*, 2006; Pinquart *et al.*, 2006]. Cuijpers affirme, à partir des résultats d'une méta-analyse de 112 études, que les ICD sont aussi efficaces auprès des adultes âgés qu'auprès des jeunes adultes (ampleur de l'effet = 0,74 et 0,67 respectivement) (la moitié des interventions comportent moins de 8 séances) [Cuijpers *et al.*, 2009]. Une méta-analyse réalisée par le groupe Cochrane à partir des données de neuf études qui ont duré entre 4 et 24 semaines conclut que la quantité de données scientifiques sur l'efficacité des ICD relatives à la dépression chez des personnes âgées est limitée, mais que les résultats sont positifs et reflètent ceux obtenus chez les adultes plus jeunes [Wilson *et al.*, 2008].

De plus, deux méta-analyses ont démontré que les interventions de moins de 20 séances (particulièrement l'ACC et la réminiscence) sont indiquées tant pour les personnes âgées vivant une dépression majeure que pour celles présentant des symptômes sous le seuil clinique [Pinquart *et al.*, 2007; 2006]. Ce constat est appuyé par un groupe de l'Université Johns Hopkins qui a réalisé une revue systématique pour examiner l'efficacité des thérapies non pharmacologiques chez les personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la communauté et présentant des symptômes de dépression sous le seuil clinique [Lee *et al.*, 2012]. Les interventions ont un effet sur les symptômes de la dépression, et elles peuvent ainsi permettre de prévenir une dépression majeure.

Une revue systématique de l'efficacité des ICD pour prévenir la dépression chez les personnes âgées révèle que les interventions telles que la psychoéducation, l'ACC ou l'examen rétrospectif de la vie (*life review*) ont un effet positif sur l'incidence de développement d'une dépression [Cole, 2008]. Les études incluses dans la revue tendent à utiliser les techniques cognitivo-comportementales pour aider l'individu à se prendre en charge (*empowerment*) et pour atténuer les pensées négatives [Cole, 2008].

Approche

Trois ECR regroupant 275 participants confirment l'efficacité de l'ACC. L'ACC qui dure entre 8 et 16 séances serait plus efficace quant aux symptômes liés à la dépression que l'absence d'intervention et même plus que la pharmacothérapie pour les personnes âgées souffrant de dépression allant de légère à modérée [Serfaty *et al.*, 2009; Laidlaw *et al.*, 2008; Floyd *et al.*, 2004]. Un ECR qui évalue l'effet de l'ACC sur 204 participants révèle que cet effet est supérieur comparativement à celui du groupe témoin de discussion, ce qui soutient l'hypothèse que les effets positifs de l'ACC ne sont pas seulement attribuables aux facteurs d'empathie et

d'attention, car ces derniers se trouvent aussi dans le groupe de discussion [Serfaty *et al.*, 2009]. Un autre ECR regroupant 40 participants a comparé l'efficacité de l'ACC de courte durée (moyenne de huit séances) au traitement usuel offert par un omnipraticien – qui consiste en de la pharmacothérapie pour 80 % des participants de l'étude. Les participants des deux groupes ont connu une amélioration – selon des outils de mesure de la dépression, du désespoir, de l'inquiétude, de la qualité de vie et de la satisfaction quant à ses relations sociales. Par contre, davantage de participants répondent encore aux critères diagnostiques de la dépression à la fin de l'intervention dans le groupe qui reçoit le traitement usuel comparativement au groupe qui reçoit l'ACC (60 % vs 30 % respectivement) [Laidlaw *et al.*, 2008]. Enfin, une autre étude appuie l'efficacité de l'ACC auprès d'adultes de 60 ans et plus recrutés dans la communauté. À la suite de l'ICD (16 séances), 45 % des personnes ont connu une réduction cliniquement significative de leurs symptômes de dépression [Floyd *et al.*, 2004].

Une attention spéciale doit être portée aux conclusions concernant la comparaison de l'efficacité des différentes approches. L'ACC est probablement l'approche la plus étudiée dans la littérature sur la dépression chez les personnes âgées [Laidlaw *et al.*, 2008]. Conséquemment, elle est souvent présentée comme la principale approche efficace. Toutefois, les trois études recensées qui comparent l'ACC à d'autres approches psychologiques, notamment à l'intervention psychodynamique brève [Wilson *et al.*, 2008], à l'approche comportementale et à la réminiscence [Cuijpers *et al.*, 2006] ainsi qu'à d'autres approches [Lam *et al.*, 2010; Bell et D'Zurilla, 2009], arrivent à la conclusion qu'il y a peu ou pas de différence entre elles.

Une autre approche qui a été examinée dans la littérature est la réminiscence. Elle convient bien aux personnes âgées, car ces dernières ont tendance à se remémorer les événements passés [Pot *et al.*, 2010]. Deux méta-analyses indiquent que la réminiscence est efficace. La plus récente d'entre elles, regroupant 128 études, démontre les effets de la réminiscence sur une vaste étendue de domaines liés aux symptômes de la dépression et au bien-être chez des personnes présentant des tableaux cliniques variés [Pinquart et Forstmeier, 2012]. Une des études incluses dans la méta-analyse porte spécifiquement sur les personnes manifestant des symptômes de dépression sous le seuil clinique. Elle consiste en un ECR comportant douze séances de groupe utilisant l'examen rétrospectif de la vie avec 171 participants [Pot *et al.*, 2010]. L'ampleur de l'effet sur les symptômes de dépression était statistiquement significative, et d'ampleur modérée immédiatement après l'intervention. Une autre méta-analyse, cette fois de 15 études, conclut également que la réminiscence, particulièrement l'examen rétrospectif de sa vie (*life review*), a un effet significatif modeste sur la satisfaction relative à sa vie et sur le bien-être émotionnel chez les personnes âgées ayant reçu un diagnostic de dépression [Bohlmeijer *et al.*, 2007].

Modalités

Les données ne sont pas concluantes quant aux modalités. Les auteurs de deux méta-analyses (plus de 100 études) ont conclu qu'une intervention en sept à douze séances individuelles peut possiblement optimiser l'équilibre entre l'efficacité et l'abandon thérapeutique [Pinquart *et al.*, 2007; 2006]. Toutefois, d'autres données provenant de deux méta-analyses et d'un ECR (également plus de 100 études) suggèrent que ni la modalité d'intervention (individuelle, de groupe ou par bibliothérapie), ni le nombre de séances n'influent significativement sur l'efficacité d'une intervention [Cuijpers *et al.*, 2009; Cuijpers *et al.*, 2006; Floyd *et al.*, 2004]. À la lumière d'un large essai clinique (249 participants), trois séances ne sont possiblement pas suffisantes pour engendrer des changements cliniques significatifs sur les plans de la qualité de vie, de l'anxiété, de la dépression et du nombre de consultations médicales [Lam *et al.*, 2010].

Finalement, la plupart des études mesurent les résultats uniquement à la fin de l'intervention. Ainsi, les méta-analyses ne permettent pas de conclure à propos du maintien des effets à long terme.

Selon des experts du domaine, les approches de psychothérapie interpersonnelle et l'ACC doivent être adaptées aux personnes âgées du fait des changements associés au vieillissement tels que la diminution de la vitesse du traitement de l'information [Bienenfeld, 2009; Iselin et Hinrichsen, 2008]. Premièrement, le matériel doit être présenté à un rythme plus lent; l'intervention prend souvent plus de temps. Par exemple, l'intervention pour traiter la dépression peut prendre de 16 à 20 séances pour une personne âgée au lieu de 12 pour un jeune adulte [Bienenfeld, 2009]. Deuxièmement, il serait avantageux d'utiliser des techniques facilitant la mémorisation. Les aide-mémoires tels que le cahier de notes sont particulièrement utiles pour cette clientèle. De plus, l'intervention peut inclure plusieurs modalités, dont l'ajout de démonstrations et de modelage aux consignes verbales [Bienenfeld, 2009]. Pour les personnes âgées déprimées ayant un déficit cognitif de léger à modéré, le point essentiel de l'adaptation de l'intervention serait d'inclure le proche aidant dans le processus thérapeutique afin de préparer une transition de rôle à l'intention de ce proche aidant [Miller *et al.*, 2006].

Vieillesse - Symptômes de la dépression chez les personnes âgées

- Neuf méta-analyses/revues systématiques indiquent que les ICD sont efficaces chez les personnes âgées ayant des symptômes de dépression de sévérité variable.
- L'ICD en cas de symptômes de dépression est aussi efficace auprès des personnes âgées qu'auprès des jeunes adultes; son effet sur les symptômes de la dépression va de modéré à grand et il est comparable à celui de la pharmacothérapie.
- Les thérapies sont indiquées tant pour les personnes âgées vivant une dépression majeure que pour celles présentant des symptômes sous le seuil clinique.
- La psychoéducation, la psychothérapie interpersonnelle, l'ACC, l'examen rétrospectif de la vie (life review), l'intervention psychodynamique brève et l'intervention comportementale, y compris la technique de résolution de problème, ont des effets positifs. Il n'y a pas d'indication qu'une approche spécifique serait plus efficace qu'une autre.
- Il n'y a pas de consensus à propos des meilleures modalités d'intervention (individuelle, de groupe ou par bibliothérapie) ni sur le nombre optimal de séances; toutefois, trois séances ne sont possiblement pas suffisantes pour engendrer des changements cliniques significatifs.
- Selon des experts, les interventions devraient être adaptées aux personnes âgées – ajouter des aide-mémoires ou des démonstrations, inclure le proche aidant, proposer un plus grand nombre de séances (de 16 à 20 au lieu de 12) et des séances plus structurées.

3.3.2. Épuisement du proche aidant

Lorsqu'une personne développe un problème incapacitant, le proche aidant est la personne qui prend la responsabilité de s'assurer du maintien du respect et de la dignité de cette personne. Le proche aidant peut être un membre de la famille comme l'époux ou l'épouse, qui est lui-même une personne de plus de 60 ans, ou un enfant adulte (fille, fils, belle-fille, etc.). Le proche aidant peut devoir répondre à une multitude de demandes et relever des défis particuliers selon la condition de la personne en perte d'autonomie. Il est appelé à jouer plusieurs rôles dont certains

peuvent être nouveaux pour lui – infirmière, pourvoyeur financier, responsable des travaux domestiques... Le rôle de proche aidant s’accompagne souvent de maladies physiques, d’inquiétudes financières, de symptômes de dépression, d’anxiété, de stress ou d’isolement social [Coon et Evans, 2009].

Les caractéristiques des trois articles qui nous informent sur l’efficacité des ICD pour répondre aux besoins des proches aidants sont présentées dans le tableau qui suit (annexe C 3b - Proche aidant) :

Épuisement du proche aidant : 3 articles							
Devis		Qualité			Pays d’origine		
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada	Espagne	EU
1	2	0	2	1	1	1	1

Efficacité

Les données sur l’efficacité des ICD reposent principalement sur la méta-analyse de Gallagher-Thompson et Coon [2007], qui tente de déterminer les interventions qui devraient être considérées comme « basées sur les données scientifiques ». Au cours de la recherche, l’accent a été mis sur les interventions basées sur les principes scientifiques en psychologie, mais l’étude évalue une grande diversité d’interventions y compris la gestion de cas, l’entraînement aux habiletés, le groupe de soutien, la psychoéducation et les interventions à composantes multiples. Les interventions ont été regroupées selon trois principales approches : la psychoéducation, la psychothérapie (ACC) et les interventions à composantes multiples. L’analyse des 19 articles inclus dans la méta-analyse révèle qu’en général les ICD (9 à 12 séances) ont un effet modéré sur le fardeau à porter, la dépression et la perception du bien-être chez le proche aidant (ampleur de l’effet variant entre 0,33 et 1,20) [Gallagher-Thompson et Coon, 2007].

Approche

La psychoéducation a généralement comme objectif d’accroître les connaissances du proche aidant concernant une condition particulière et de l’informer sur les ressources disponibles dans le milieu. De plus, elle peut inclure l’enseignement d’habiletés telles que la résolution de problème, les modifications de l’environnement et la gestion de la colère, du stress ou des troubles de comportement de la personne aidée. La même méta-analyse indique que les quatre techniques d’intervention en psychoéducation jugées valides sont l’entraînement aux habiletés de : i) gestion des comportements; ii) gestion de la dépression/amélioration de la satisfaction à l’égard de sa vie; iii) gestion de la colère; et iv) diminution progressive du seuil de déclenchement du stress [Gallagher-Thompson et Coon, 2007].

Les trois études recensées dans la méta-analyse portant sur la psychothérapie de courte durée utilisent ou sont fortement basées sur l’ACC. Elles indiquent l’ampleur considérable des effets de l’ACC sur les symptômes de détresse, notamment la dépression et l’anxiété chez l’aidant [Gallagher-Thompson et Coon, 2007]. L’efficacité de l’ACC a également été démontrée auprès de 125 proches aidants dans des centres de soins primaires à l’occasion d’un ECR de bonne qualité [Rodriguez-Sanchez et al., 2012].

Les interventions à composantes multiples intègrent deux différentes techniques ou plus dans une même intervention, par exemple l’entraînement aux habiletés est combiné à l’action d’un groupe de soutien et de counseling pour la famille. L’intervention à composantes multiples

semble avoir un petit effet sur les symptômes de dépression (l'ampleur de l'effet est faible et n'est basée que sur deux études) [Gallagher-Thompson et Coon, 2007].

Modalités

Les interventions recensées dans la méta-analyse de Gallagher-Thompson et Coon [2007] durent de 9 à 12 semaines et elles sont offertes par des intervenants ayant des expertises diverses.

Selon des experts, les besoins des proches aidants peuvent différer selon le stade où ils en sont dans leur rôle d'aidant, et l'objectif de l'intervention devrait varier en conséquence pour en optimiser l'effet [Foster *et al.*, 2009]. Par exemple, des chercheurs du Québec ont étudié l'effet d'une intervention de six séances de psychoéducation axée sur l'acquisition d'habiletés pour faire face à de nouveaux rôles, destinée aux proches aidants d'un membre de la famille ayant récemment reçu un diagnostic de démence. L'intervention entraînait des connaissances accrues, une plus grande confiance et un sentiment d'efficacité; ces besoins sont particulièrement présents lorsqu'un proche s'initie à son rôle d'aidant [Ducharme *et al.*, 2011].

L'épuisement du proche aidant

- L'analyse des 19 articles retenus dans une méta-analyse révèle qu'en général les ICD ont un effet modéré sur le fardeau, les symptômes de dépression et la perception du bien-être du proche aidant.
- Les trois principales approches discutées dans la littérature sont : la psychoéducation, la psychothérapie et les interventions à composantes multiples.
- Les interventions recensées durent de 9 à 12 semaines et elles sont offertes par des intervenants ayant des expertises diverses.
- Les quatre techniques d'intervention en psychoéducation jugées valides sont l'entraînement aux habiletés de : i) gestion des comportements; ii) gestion de la dépression/amélioration de la satisfaction à l'égard de sa vie; iii) gestion de la colère; et iv) diminution progressive du seuil de déclenchement du stress.
- Les ICD qui utilisent ou qui sont fortement basées sur l'ACC ont un effet d'une grande ampleur sur les symptômes de détresse, notamment la dépression et l'anxiété chez l'aidant.
- L'intervention à composantes multiples semble avoir un petit effet sur les symptômes de dépression.
- L'objectif de l'intervention devrait varier selon le stade où en est la personne dans son rôle d'aidant.

3.3.3. Bien-être subjectif¹⁶

Les termes affect positif, joie, satisfaction de vivre, qualité de vie et estime de soi sont parfois utilisés comme synonymes de bien-être [Mazzucchelli *et al.*, 2010].

Les caractéristiques des sept articles retenus sur ce sujet sont présentées dans le tableau qui suit (annexe C 3c - Bien-être).

Bien-être : 7 articles

16. Définition : bon état mental, y compris les évaluations tant positives que négatives que les gens font de leur vie et les réactions affectives qu'ils ont face à leurs expériences [OCDE, 2013].

Devis		Qualité			Pays d'origine					
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Allemagne	Australie	Corée	EU	Finlande	RU
1	6	2	3	2	1	1	1	2	1	1

Efficacité

Quelques études portent à croire que les ICD, on parle principalement ici de l'ACC, seraient efficaces pour améliorer le bien-être des gens. C'est le cas de l'étude Helsinki réalisée auprès de 326 jeunes adultes manifestant des troubles de l'humeur ou de l'anxiété [Lindfors et al., 2012] et de trois petits ECR [Waite et al., 2012; Jacob et al., 2010; Lim et al., 2010].

Un ECR a été réalisé pour évaluer l'efficacité de l'ACC à favoriser une meilleure connaissance de soi et, conséquemment, la maturité du perfectionnement professionnel et de l'estime de soi (particulièrement la confiance et l'indépendance) chez 40 étudiantes en Corée [Lim et al., 2010]. Un autre ECR cible les personnes ayant une pauvre estime de soi. Les onze personnes qui ont participé à dix séances individuelles d'ACC combinées à des cahiers d'exercices avaient une meilleure estime de soi à la fin de l'intervention que les onze autres personnes en attente de services [Waite et al., 2012]. Enfin, une étude pilote suggère qu'un groupe de psychoéducation (6 séances) a été efficace pour améliorer l'estime de soi de 43 femmes ayant un trouble de personnalité limite [Jacob et al., 2010].

Approche

La Helsinki Psychotherapy Study est l'une des rares études majeures qui comparent l'effet des interventions orientées vers la solution (12 séances), de la psychothérapie psychodynamique à court terme (20 séances) et de la psychothérapie psychodynamique à long terme (jusqu'à 3 ans) sur le concept de soi. Les résultats de l'étude indiquent qu'après un an l'intervention orientée vers la solution et la psychothérapie psychodynamique à court terme a un effet plus marqué sur le concept de soi que la psychothérapie psychodynamique à long terme. Toutefois, après trois ans, la psychothérapie psychodynamique (à court ou à long terme) est supérieure à l'intervention orientée vers la solution [Lindfors et al., 2012]. On peut conclure que les interventions avec une orientation psychodynamique sont particulièrement efficaces à long terme pour améliorer le concept de soi.

L'approche d'activation comportementale (behavioral activation) a également été examinée par plusieurs études. Une méta-analyse a repéré 20 études sur le sujet (interventions de 12 séances au maximum) et rapporte un effet significatif modéré de l'ICD sur le bien-être [Mazzucchelli et al., 2010].

La psychologie positive repose sur l'utilisation de stratégies cognitives et comportementales dans le but de favoriser des émotions positives et la force de caractère, et de donner un sens à la vie. Un article rapportant les résultats de deux ECR suggère qu'il est possible d'atteindre un plus grand bien-être avec une variété d'exercices positifs offerts pendant six semaines sur Internet, en groupe ou en séance individuelle [Seligman et al., 2006]. Un article récent décrit certains exercices positifs et comment ils peuvent être combinés pour s'adapter aux préférences notées dans une enquête réalisée auprès de 792 Américains. Les exercices sont les suivants : répondre à une situation de façon active et constructive, savourer le moment présent, identifier des situations qui se sont bien passées dans la journée, écrire un résumé de sa vie en se présentant sous son meilleur jour, visiter une personne pour la remercier et indiquer cinq de ses plus grandes forces [Schueller, 2010].

Bien-être subjectif

- Quelques études portent à croire que les ICD, encore ici on parle principalement de l'ACC, seraient efficaces pour améliorer le bien-être des gens.
- Les interventions avec une orientation psychodynamique sont particulièrement efficaces à long terme pour améliorer le concept de soi.
- L'approche d'activation comportementale (behavioral activation) a un effet significatif modéré sur le bien-être.
- La psychologie positive, qui repose sur des exercices positifs, est efficace pour favoriser des émotions positives et la force de caractère, ainsi que pour donner un sens à la vie.

3.4. Violence conjugale et familiale¹⁷

Ce chapitre traite des difficultés découlant de comportements ou de gestes agressifs, brusques et répétés ainsi que de l'agression sexuelle. Le problème est abordé sous deux angles, soit : la victime de violence entre conjoints et l'auteur de la violence. Sept articles ont servi à la synthèse (annexe C 4).

La littérature concernant la violence est imprégnée de deux messages : la sécurité de la victime et la responsabilisation de l'auteur de la violence. Ces deux préoccupations sont abordées par des services donnés parallèlement aux victimes et aux auteurs de la violence. L'intervention conjugale complète ces services pour certains couples. Le problème de la violence ne sera abordé ici que dans la perspective des adultes. Les problématiques des enfants victimes d'agression sexuelle et des adolescents agresseurs sont importantes, mais elles ne sont pas directement visées par les services sociaux généraux.

Violence : 7 articles								
Devis		Qualité			Pays d'origine			
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	EU	Espagne	Norvège	RU
Victime de violence entre conjoints : 3 articles								
1	2	1	1	1	1	1	0	1
Auteur de violence conjugale : 4 articles								
1	3	2	2	0	3	0	1	0

3.4.1. Victime de violence entre conjoints

Au Canada et selon les données de 2009, 6 % des hommes et 30 % des femmes vivront au moins un incident de violence entre conjoints dans leur vie [Statistique Canada, 2011]. Les effets de la violence sont dévastateurs sur les plans physique, social, psychologique et économique. Sur le plan psychologique, les effets les plus souvent observés chez les femmes sont : des symptômes

17. Définition : difficultés ou troubles découlant de comportements ou de gestes agressifs, brusques et répétés d'un conjoint ou d'une conjointe ou d'un membre de la famille envers un autre membre de la famille et portant atteinte à son intégrité. La violence peut se manifester sous différentes formes : physique, psychologique, verbale ou émotionnelle (source : I-CLSC).

de stress post-traumatique, de la détresse généralisée, de la tristesse, un sentiment d'inutilité, de la culpabilité, des symptômes de dépression, de la consommation de drogue ou d'alcool, une pauvre estime de soi, une difficulté à s'adapter à la vie quotidienne, une perception déformées de soi et du monde ainsi que des pensées suicidaires. Des ressources sociales et personnelles peuvent diminuer l'impact psychologique de la violence [Samuels-Dennis *et al.*, 2013].

Efficacité

Les résultats des ICD réalisées auprès de femmes violentées sont encourageants. Les plus positifs montrent qu'environ 90 % des femmes qui étaient en

Famille : 20 articles												
Devis		Qualité			Pays d'origine							
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada	Allemagne	Australie	EU	Irlande	Norvège	RU	NZ
11	9	5	6	9	1	1	2	8	2	1	4	1

état de stress post-traumatisme (ESPT) ne correspondent plus aux critères du diagnostic à la fin de la thérapie [Crespo et Arinero, 2010].

Approche

Toutefois, ce n'est qu'une certaine proportion des femmes violentées qui développent un ESPT. L'efficacité de différentes approches pour ces femmes qui ne répondent pas aux critères du diagnostic a été étudiée. Trois études (une méta-analyse, deux ECR pour un total de 1597 participants) évaluent l'efficacité de certaines ICD dans le contexte de la violence conjugale [Crespo et Arinero, 2010; Kaslow *et al.*, 2010; Ramsay *et al.*, 2009]. Une récente étude randomisée portant sur 53 femmes battues par leur partenaire confirme l'efficacité d'une brève ACC de groupe (8 semaines) pour diminuer les symptômes de la dépression, l'anxiété et l'ESPT chez les femmes qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de l'ESPT. De plus, il n'y aurait pas de différence entre l'ACC avec exposition et l'ACC avec de l'entraînement aux habiletés à la communication [Crespo et Arinero, 2010].

Un large ECR examine l'effet d'une intervention de psychoéducation de groupe adaptée culturellement (10 séances). Les résultats indiquent que l'intervention a un effet significativement plus grand sur les symptômes de dépression liés à la violence conjugale que les groupes de soutien chez les femmes afro-américaines [Kaslow *et al.*, 2010].

Une revue Cochrane a été réalisée en 2009 concernant l'efficacité des interventions de promotion des droits pour des femmes victimes de violence de la part de leur partenaire (advocacy intervention) [Ramsay *et al.*, 2009]. Ce type d'intervention, qui est basée sur l'autonomisation ou renforcement de l'autonomie (empowerment), a pour but d'aider les femmes victimes de violence en leur donnant de l'information et du soutien pour faciliter l'accès aux ressources dans la communauté. Les interventions, d'une durée de moins de douze heures, amènent une augmentation des comportements sécuritaires même deux ans après leur fin. Les données indiquent que l'intervention aide possiblement les femmes accueillies dans des refuges (diminution de la violence physique), mais on manque de données pour démontrer son efficacité quant aux femmes qui vivent encore avec leur partenaire [Ramsay *et al.*, 2009].

Aucune donnée sur les modalités n'a été repérée.

3.4.2. Auteur de violence conjugale

La majorité des auteurs de violence conjugale sont des hommes. Plusieurs d'entre eux commencent une thérapie seulement après avoir blessé sérieusement leur partenaire, et habituellement pour se conformer à un mandat judiciaire [Mbilinyi et al., 2011]. La thérapie met l'accent sur la résolution de conflits, la gestion de la colère et des autres émotions et sur la responsabilisation des auteurs face à leurs gestes violents [Mathieu et al., 2006]. Les thérapies se doivent d'aborder la violence conjugale et la toxicomanie compte tenu de leur chevauchement chez les auteurs de violence. Les hommes sont plus à risque de commettre des actes violents lorsqu'ils consomment des drogues, de l'alcool ou les deux [Mbilinyi et al., 2011].

Efficacité

En général, les résultats des études sont mixtes et les effets bénéfiques des diverses ICD se limitent aux personnes qui complètent le programme, qui ne consomment pas d'alcool ou de drogues et qui sont motivées [Mbilinyi et al., 2011]. Certaines études indiquent une diminution du risque de récidive d'environ 50 % après une thérapie [Mbilinyi et al., 2011; Gondolf et Jones, 2001]. Toutefois, l'abandon de la thérapie est très problématique, avec un taux d'attrition de 50 %, et il est tributaire de la consommation de drogues ou d'alcool ainsi que de la motivation.

Approche

Une revue Cochrane a étudié l'efficacité de l'ACC chez les auteurs de violence conjugale. Six études randomisées portant sur 11 771 hommes ont été repérées. Les interventions d'une durée moyenne de 26 semaines ont été réalisées en groupe. Cette méta-analyse n'a pas permis de conclure à l'efficacité de cette approche, c.-à-d. que les résultats indiquaient une diminution de la probabilité de récidive non significative statistiquement [Smedslund et al., 2011].

Tel que mentionné précédemment, l'abandon de la thérapie est très fréquent. L'intervention motivationnelle brève peut potentiellement atténuer ce problème. L'intervention motivationnelle brève consiste en une à trois séances, et son objectif est d'aider la personne à résoudre son ambivalence concernant la décision d'entreprendre des changements difficiles dans ses comportements. Pour ce faire, elle propose de l'information objective et normative sur la consommation et les comportements violents, basée sur une rétroaction personnalisée. Selon deux ECR (147 participants), les interventions motivationnelles brèves d'une séance de 90 minutes seraient utiles pour inciter les auteurs de violence qui consomment drogue ou alcool à amorcer une thérapie, qu'elle soit offerte en personne [Schumacher et al., 2011] ou par téléphone [Mbilinyi et al., 2011]. On n'a pas relevé de données dans la littérature à propos de la pertinence d'offrir plus d'une séance motivationnelle.

Modalités

Selon la revue Cochrane, les thérapies pour les hommes violents envers leur partenaire étudiées dans la littérature durent souvent six mois ou plus [Smedslund et al., 2011]. Une seule étude suggère qu'une intervention de trois mois a autant d'effet sur la récidive de la violence qu'une intervention de neuf mois [Gondolf et Jones, 2001].

Dans le contexte de la thérapie pour auteur de violence conjugale, trois options se présentent quant aux modalités d'intervention : intervention individuelle, de couple ou de groupe. Selon un expert, les interventions individuelles en parallèle pour chacun des partenaires ne permettent pas de travailler sur les problèmes relationnels du couple. Par ailleurs, l'intervention en couple

dans les situations de violence conjugale présente un danger : l'utilisation de la thérapie par l'auteur de la violence pour se justifier ou victimiser à nouveau sa conjointe ou son conjoint [Harris, 2006]. L'intervention de couple pourrait être un complément à l'intervention individuelle. Dans son éditorial, Harris rapporte que plusieurs études suggèrent de limiter l'intervention de couple aux situations de violence mineure (pousser, bousculer) et pour les couples dont l'homme violent accepte ses responsabilités [Harris, 2006]. L'intervention de groupe est une autre qui a ses avantages, car elle facilite l'expression par l'échange au sein d'un groupe et favorise les capacités d'introspection et de verbalisation [HAS, 2009].

Violence conjugale

- Les ACC de courte durée en groupe (8 semaines) sont très efficaces pour réduire les symptômes de dépression, d'anxiété et d'ESPT chez les femmes qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'ESPT.
- L'intervention de psychoéducation de groupe adaptée culturellement (10 séances) a un effet significativement plus grand sur les symptômes de dépression liés à la violence conjugale que les groupes de soutien chez les femmes afro-américaines.
- Il n'y a pas assez de données pour démontrer l'efficacité des interventions de promotion des droits chez des femmes victimes de violence qui vivent encore avec leur partenaire (advocacy intervention).
- Les résultats des études sont mitigés quant à l'efficacité des ICD chez les auteurs de violence conjugale. Les effets bénéfiques des diverses ICD auprès de ces personnes se limitent à celles qui complètent le programme, qui ne consomment ni drogue ni alcool et qui sont motivées. Les interventions sont longues (plus de six mois) et se doivent d'aborder le problème de la consommation de drogues ou d'alcool.
- Les interventions motivationnelles brèves d'une séance de 90 minutes seraient utiles pour favoriser la motivation à amorcer une thérapie chez les auteurs de violence qui consomment des drogues ou de l'alcool, que ces interventions soient réalisées en personne ou par téléphone.
- L'intervention de couple peut être un complément à l'intervention individuelle. Toutefois, elle devrait être limitée aux situations de violence mineure et aux couples dont l'homme violent accepte ses responsabilités. L'intervention de groupe est une autre modalité qui présente des avantages.

3.5. Gestion de la colère et de l'agressivité¹⁸

Les comportements agressifs portent préjudice à autrui ou à la personne elle-même. L'agressivité peut être dirigée vers soi, vers d'autres personnes ou vers des objets physiques. Toutefois, la plupart du temps, une personne proche est ciblée [Glancy et Saini, 2005].

Les données qui suivent sont basées sur un article portant sur la revue de cinq méta-analyses, qui synthétise les résultats de 165 études. Certaines données ont été relevées directement des méta-analyses originales (annexe C 5).

Colère et agressivité : 1 article		
Devis	Qualité	Pays d'origine

18. Définition : problèmes posés par un comportement socialement inapproprié. Ce comportement porte préjudice à autrui ou à la personne elle-même (source : I-CLSC).

Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada
1	0	0	1	0	1

Efficacité

Cette revue réalisée entre 1995 et 2005 couvre les approches de relaxation, multi composante, cognitive, comportementale et psychoéducative. Les résultats suggèrent un effet positif des ICD sur la colère et l'agressivité. L'ampleur des effets va de modérée à grande selon les études, et les effets se maintiennent au cours du suivi (moyenne de 18 mois) [Glancy et Saini, 2005].

Approche

Encore une fois, les études portant sur le problème de la gestion de la colère et de la violence utilisent principalement les approches contenant des composantes cognitives, comportementales ou les deux. L'efficacité des approches psychanalytique, éducative ou de relaxation est peu connue. Ce manque de données ne signifie pas qu'elles ne sont pas efficaces, mais qu'elles n'ont pas été évaluées suffisamment pour tirer des conclusions [Glancy et Saini, 2005]. La colère a différentes dimensions, dont : l'expression de la colère, les comportements colériques, l'agressivité au volant... Selon une des méta-analyses de cette revue qui synthétise les résultats de 23 études, certaines ICD pourraient être plus indiquées que d'autres selon la dimension ciblée, mais cette hypothèse n'a pas encore été confirmée [Del Vecchio et O'Leary, 2004].

Modalités

La recherche examine principalement les interventions de groupe (80 % des études) probablement parce que la majorité des interventions touchant la colère sont réalisées dans des milieux correctionnels, résidentiels ou scolaires [Glancy et Saini, 2005]. Toutefois, une des méta-analyses suggère que la thérapie individuelle a un effet plus concret sur les comportements agressifs que la thérapie de groupe (moins de variabilité entre les participants).

Selon l'auteur de la revue des cinq méta-analyses, huit séances seraient suffisantes pour modifier positivement les problèmes de colère et d'agressivité, alors qu'augmenter le nombre de séances au-delà de huit est associé à une augmentation de l'abandon de la thérapie [Glancy et Saini, 2005].

Colère et agressivité

- Les ICD sur la colère et l'agressivité ont un effet positif qui va de modéré à grand selon les études, et les effets se maintiennent au cours du suivi (moyenne de 18 mois).
- Les études sur le problème de la gestion de la colère et de la violence portent principalement sur les approches contenant des composantes cognitives, comportementales ou les deux. L'efficacité des approches psychanalytique, éducative ou de relaxation est peu connue.
- La thérapie individuelle a un effet plus notable sur les comportements agressifs que la thérapie de groupe.
- Huit séances seraient suffisantes pour modifier positivement les problèmes de colère et d'agressivité.

3.6. Agression à caractère sexuel¹⁹

À l'échelle mondiale, 8 % des hommes et 20 % des femmes vivent de la violence sexuelle avant d'atteindre l'âge de 18 ans et 47 % des survivants de viol développent des symptômes de l'ESPT persistant trois mois après l'évènement [Regehr *et al.*, 2013]. L'agression sexuelle peut avoir des répercussions sur la vie de l'adulte, puisqu'elle affecte le fonctionnement physique, psychologique et social d'un individu [Taylor et Harvey, 2010].

Les données suivantes sont basées sur quatre articles (annexe C 6).

Agression à caractère sexuel : 4 articles							
Devis		Qualité			Pays d'origine		
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Canada	EU	NZ
4	0	3	0	1	1	1	2

Efficacité

Quatre revues systématiques/méta-analyses (85 études) indiquent que les ICD chez les victimes d'agression sexuelle ont un effet positif qui va de modéré à grand sur les symptômes de l'ESPT et de traumatisme, les symptômes d'internalisation et d'externalisation, l'estime de soi, le fonctionnement interpersonnel, les symptômes globaux et le fonctionnement en général [Taylor et Harvey, 2010; Regehr *et al.*, 2009; Taylor et Harvey, 2009; Vickerman et Margolin, 2009]. Une première méta-analyse portant sur 44 études a conclu que les thérapies ont un effet bénéfique chez les adultes qui ont vécu de la violence sexuelle au cours de leur enfance. Les ICD ont un effet d'une ampleur modérée sur les symptômes de l'ESPT et de traumatisme, les symptômes d'internalisation et d'externalisation, l'estime de soi, le fonctionnement interpersonnel, les symptômes globaux et de fonctionnement en général. De plus, ces effets modérés se maintiennent pendant au moins six mois après la fin de l'intervention. Les études portent sur des interventions de type ACC orientée vers l'introspection, éclectique ou autre. Les deux tiers des interventions ont été réalisées en groupe et ont duré entre 10 et 20 semaines [Taylor et Harvey, 2010].

Taylor et Harvey ont réalisé une deuxième méta-analyse de 15 études portant sur 694 victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte, qui vivent un syndrome de stress post-traumatique ou qui ont des symptômes de traumatisme reliés au viol [Taylor et Harvey, 2009]. Même si la recherche inclut toutes les approches, la plupart des études utilisent des interventions de type ACC en séances individuelles. Les résultats rapportés concernent des symptômes ou des problèmes de stress, d'anxiété, de dépression, de psychopathologie, d'adaptation sociale et d'estime de soi. Le taux de succès des ICD est de 70,8 %, l'ampleur de l'effet est grande ($g = 0,9$) et se maintient de 6 à 12 mois après la fin de l'ICD. Malgré ces résultats encourageants, les auteurs d'une autre revue systématique notent que de 25 % à 50 % des victimes d'agression sexuelle continuent à manifester des symptômes qui répondent aux critères de diagnostic de l'ESPT après la thérapie ou encore elles qu'elles abandonnent cette dernière [Vickerman et Margolin, 2009]. La dernière revue systématique, qui n'inclut que les études avec des groupes témoins afin de tenir compte du fait que plusieurs victimes récupèrent spontanément dans les mois suivant un traumatisme, a également conclu que les thérapies (ACC et comportementale) atténuent significativement la

19. Définition : gestes, paroles ou attitudes qui, à des fins d'ordre sexuel, sont utilisés contre la volonté d'une personne, y compris : attouchements, viol, inceste, appels obscènes, harcèlement sexuel. L'expression « agression à caractère sexuel » englobe l'expression « abus sexuels » (source : I-CLSC).

détresse (stress, anxiété, dépression, culpabilité, dissociation) [Regehr *et al.*, 2013]. Cette toute récente revue a exploré 19 banques de données, les études repérées portent sur les thérapies de nature cognitive, et la recherche n'a permis de trouver aucune étude portant sur la thérapie psychodynamique.

Approche

Dans les revues systématiques et les méta-analyses mentionnées ci-dessus, la majorité des études sur les survivants d'une agression sexuelle portent sur les ACC, y compris la méthode d'inoculation contre le stress, la thérapie du processus cognitif (*cognitive processing therapy*) et la thérapie d'exposition au stress (*exposure therapy*). D'autres approches ont également été utilisées, notamment l'entraînement à l'affirmation de soi, la thérapie orientée vers l'introspection et le « counseling par encouragement » (*supportive counseling*).

Selon une revue de 20 études, l'ACC a plus d'effet que le counseling par encouragement, particulièrement sur les symptômes de l'ESPT, et il semble y avoir peu de différences quant à leurs effets entre les différentes techniques d'ACC (la thérapie du processus cognitif, l'exposition prolongée, la méthode d'inoculation contre le stress et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) [Vickerman et Margolin, 2009].

Modalités

L'effet de certains éléments modérateurs a été examiné dans la littérature. Selon la première méta-analyse de Taylor, une régression notable des symptômes serait obtenue par les interventions individuelles plutôt qu'en groupe [Taylor et Harvey, 2009]. Selon sa deuxième méta-analyse, la supériorité des interventions individuelles ne se manifeste que dans le cas des symptômes de traumatisme; il n'y a pas de différence entre les interventions individuelles et en couple en ce qui concerne les autres symptômes tels que l'internalisation, l'externalisation et le fonctionnement interpersonnel [Taylor et Harvey, 2010]. Les interventions de plus de dix séances (particulièrement jusqu'à 16) ont possiblement plus d'effet comparativement à celles de moins de six séances – les données indiquent une tendance sans être consistantes. Dans toutes les études incluses dans la méta-analyse, les interventions basées sur deux séances par semaine sont supérieures à celles basées sur une séance par semaine [Taylor et Harvey, 2009]. Enfin, l'utilisation de techniques semi-structurées, de manuels et de devoirs est associée à des résultats positifs [Taylor et Harvey, 2010; 2009].

Agression à caractère sexuel

- Le taux de succès des ICD est de 71 %. L'effet des interventions a une ampleur qui va de modérée à grande sur les symptômes de l'ESPT et de traumatisme, les symptômes d'internalisation et d'externalisation, l'estime de soi, le fonctionnement interpersonnel, les symptômes globaux et de fonctionnement en général chez les victimes d'agression à caractère sexuel.
- Les effets se maintiennent pendant au moins six mois après la fin de l'intervention.
- De 25 % à 50 % des victimes d'agression sexuelle continuent à présenter des symptômes qui répondent aux critères diagnostiques de l'ESPT après la thérapie ou encore elles abandonnent cette dernière.
- La majorité des études sur les survivants d'une agression sexuelle portent sur les ACC. Il semble y avoir peu de différences entre les résultats des différentes techniques d'ACC.
- Une amélioration plus marquée quant aux symptômes de traumatisme serait obtenue par les interventions individuelles plutôt qu'en groupe.
- Les interventions de plus de dix séances (particulièrement jusqu'à 16) ont possiblement plus d'effet comparativement à celles de moins de six séances. Il est préférable d'offrir deux séances par semaine au lieu d'une et de faire appel à des techniques semi-structurées, à des manuels et à des devoirs.

3.7. Deuil²⁰

La mort d'un proche est une expérience inhérente à toute vie. Toutefois, pour environ 10 % des endeuillés, l'expérience se complique par des symptômes psychologiques et physiques pathologiques, d'où le terme deuil compliqué [Kersting et al., 2011]. Cette condition se distingue de la dépression et elle est caractérisée par une détresse de séparation intense, des pensées intrusives et émotivement troublantes, un sentiment profond de vide et d'absence de sens et la difficulté à accepter la réalité de la perte [Currier et al., 2010]. Le deuil compliqué a été considéré comme une condition qui requiert davantage d'études selon la nouvelle version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V [Kersting et al., 2011].

Six articles ont servi à documenter l'efficacité des ICD concernant le deuil compliqué (annexe C 7).

Deuil : 6 articles							
Devis		Qualité			Pays d'origine		
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Belgique	EU	Pays-Bas
3	3	2	4	0	1	3	2

Efficacité

Plusieurs études basées sur des analyses par sous-groupes de personnes ont permis de reconnaître que les ICD ne sont pas requises pour les personnes qui vivent un deuil normal. Par

20. Définition : difficultés de la famille ou de la personne associées au décès d'un membre de la famille, d'un conjoint ou d'une conjointe (source : I-CLSC).

ailleurs, trois revues systématiques/méta-analyses (total de 116 études) ont établi l'utilité des ICD dans les cas de deuil compliqué [Wittouck *et al.*, 2011; Currier *et al.*, 2010; Currier *et al.*, 2008]. La moyenne de l'ampleur de l'effet des ICD sur le deuil est modérée. Une méta-analyse basée sur les données provenant de 1 655 participants révèle que les interventions (10 à 16 séances) ne préviennent pas le développement d'un deuil compliqué, mais qu'elles sont bénéfiques pour ceux qui vivent un deuil compliqué (diminution modérée des symptômes de deuil) [Wittouck *et al.*, 2011]. Une large méta-analyse conclut également, à partir des résultats de 61 études, que les interventions devraient être limitées aux personnes qui présentent des symptômes marqués de deuil (deuil compliqué) [Currier *et al.*, 2008]. Les mêmes auteurs ont démontré, à partir d'une autre revue systématique, l'efficacité des ICD menées exclusivement auprès des personnes vivant un deuil compliqué [Currier *et al.*, 2010].

Approche

Des études originales ont tenté de comparer l'efficacité des approches, sans que l'une d'elles n'établisse franchement sa supériorité. Ainsi, un ECR basé sur 54 participants suggère que l'ACC (12 séances) est significativement supérieure au counseling par encouragement (*supportive counseling*) pour traiter les symptômes de deuil et psychologiques généraux [Boelen *et al.*, 2007]. Un autre ECR (95 participants) conclut que la combinaison des interventions de psychothérapie interpersonnelle et d'ACC est plus efficace que la psychothérapie interpersonnelle seule dans les cas de deuil; l'état de 53 % des personnes qui bénéficient des interventions combinées s'améliore comparativement à 28 % de celles qui reçoivent seulement la psychothérapie interpersonnelle [Shear *et al.*, 2005]. Toutefois, dans une méta-analyse de 11 études, il a été déterminé qu'il n'y a pas de différences entre les approches quant à leurs résultats [Currier *et al.*, 2010]. Conséquemment, la prise en charge du deuil compliqué intègre des stratégies dérivées de l'approche de psychothérapie interpersonnelle, d'ACC et d'entrevue motivationnelle [Shear, 2010]. L'hypothèse est que les stratégies de psychothérapie interpersonnelle encouragent l'établissement de relations sociales satisfaisantes et aident à modifier les relations problématiques alors que les stratégies d'ACC incluent l'utilisation d'un journal et de devoirs de même que des exercices d'imagination [Shear, 2010]. L'ACC agit sur le deuil compliqué en ciblant les pensées et les comportements mal adaptés [Boelen *et al.*, 2007].

Modalités

L'option d'offrir des interventions par Internet a été explorée dans un large ECR d'excellente qualité (757 participants) où les gens étaient invités à faire des exercices d'écriture pendant sept semaines. Il apparaît que ces exercices d'écriture ont un effet petit, mais significatif sur le sentiment d'isolement et sur l'humeur, et qu'ils ne réduisent pas les symptômes de deuil ou de dépression [Van der Houwen *et al.*, 2010].

L'intervention individuelle serait utile comme intervention initiale pour atténuer le sentiment de solitude émotionnelle causé par le décès d'un proche, d'après l'expérience clinique d'un groupe de neuf thérapeutes expérimentés en deuil. Le travail de groupe peut, quant à lui, être bénéfique plus tard dans le processus de deuil pour faciliter la participation dans la société et alléger la solitude sociale [Vlasto, 2010].

Deuil

- Les ICD sont efficaces pour diminuer les symptômes de deuil; la moyenne de l'ampleur de l'effet des interventions en matière de deuil est modérée, mais ces interventions devraient être limitées aux personnes qui présentent des symptômes marqués de deuil.
- Les données tendent à favoriser l'intégration des stratégies dérivées de l'approche de psychothérapie interpersonnelle, d'ACC et d'entrevue motivationnelle pour la prise en charge du deuil compliqué.
- Les exercices d'écriture ont un effet petit, mais significatif sur le sentiment d'isolement et sur l'humeur, et ils ne réduisent pas les symptômes de deuil ou de dépression.
- Selon des thérapeutes expérimentés, l'intervention individuelle serait utile comme intervention initiale pour atténuer le sentiment de solitude émotionnelle causé par le décès d'un proche. Le travail de groupe peut quant à lui être bénéfique plus tard dans le processus de deuil pour faciliter la participation dans la société et alléger la solitude sociale.

3.8. Difficultés professionnelles et stress²¹

La perte d'un emploi, avec le stress financier et la perte du rôle associés, la surcharge de travail ainsi que la précarisation de l'emploi sont des situations qui peuvent engendrer une multitude de problèmes. Les personnes peuvent présenter des symptômes physiques, mais également vivre des difficultés d'ordre affectif ou des problèmes de relations interpersonnelles et devoir faire face à des changements importants dans leur vie. Malgré la récession économique mondiale et une croissance du stress au quotidien, peu d'études portent spécifiquement sur les ICD contre l'épuisement professionnel ou sur les conséquences de la non-participation au marché du travail. L'épuisement est parfois perçu comme un problème en lui-même ou comme une phase préliminaire à la dépression. De plus, les difficultés professionnelles et le stress peuvent être perçus comme des conséquences de la maladie mentale, et vice versa [Harris et Harris, 2009].

Par contre, la question du stress a davantage été étudiée. Environ le quart des Québécois de 18 ans et plus disaient éprouver « assez » ou « beaucoup » de stress dans la vie quotidienne en 2007-2008, la proportion étant la même chez les hommes et les femmes. Le groupe des 25-44 ans est proportionnellement plus nombreux que la population en général à vivre un stress quotidien élevé, soit un tiers de ces personnes. À l'inverse, seulement une personne sur dix de 65 ans et plus rapporte éprouver un niveau de stress élevé dans la vie de tous les jours²². L'association entre le stress et la santé est bien connue. Être capable de gérer efficacement le stress peut réduire son impact négatif.

L'analyse des données porte sur quatre revues systématiques/méta-analyses et six ECR (annexe C 8).

21. Définition : difficultés ayant pour origine le travail, le milieu de travail, le chômage et la recherche d'un emploi, y compris : harcèlement en milieu de travail, retrait préventif, relations interpersonnelles au travail, épuisement professionnel, etc. (source : I-CLSC).

22. Institut de la statistique du Québec (ISQ). État de santé de la population (mise à jour - 1 octobre 2010) [site Web]. Disponible à : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/con_eta/con_eta_3.htm.

Difficultés professionnelles et stress : 10 articles												
Devis		Qualité			Pays d'origine							
Méta-analyse ou revue systématique	Étude originale	Excellente	Bonne	Faible	Allemagne	Canada	Danemark	EU	Finlande	Japon	Pays-Bas	RU
4	6	6	3	1	2	1	1	1	1	1	2	1

Efficacité

La recherche a permis de repérer un seul article de qualité portant spécifiquement sur les ICD contre l'épuisement professionnel. C'est un groupe de chercheurs d'Allemagne qui s'est penché sur cette question [Korczak et al., 2012]. Leur recherche dans 31 banques de données électroniques couvrant les années de 2006 à 2011 a permis de recenser 17 études de qualité. Les auteurs concluent que les données scientifiques établissent solidement l'efficacité de l'ACC quant à la régression des symptômes d'épuisement émotionnel, mais il manque de certitude en ce qui concerne les interventions en général [Korczak et al., 2012].

En santé au travail, l'ACC qui met l'accent sur la gestion du stress est basée typiquement sur la psychoéducation, l'analyse du comportement, la relaxation, le perfectionnement des habiletés sociales, la gestion du temps et la restructuration des processus cognitifs. L'ACC semble plus efficace chez les personnes présentant des symptômes légers de dépression que pour les personnes ayant des symptômes plus importants, ce qui suggère que les interventions devraient être axées différemment dans ces derniers cas [Korczak et al., 2012].

En ce qui concerne le stress au travail, les six études recensées suggèrent que les ICD auraient des effets positifs sur divers indicateurs de bien-être, mais pas sur l'absentéisme. Ainsi, trois ECR suggèrent que les ICD (de 2 à 3 mois) de gestion du stress au travail en général (quel que soit le type d'intervention) ont un effet petit, mais significatif sur les symptômes liés aux problèmes de santé mentale, les ressources et réponses psychologiques (l'estime de soi, la capacité d'adaptation), la qualité de vie au travail et les indices physiologiques (la tension artérielle ou la concentration de cortisol) [Willert et al., 2009; Billings et al., 2008; Nickel et al., 2007]. Toutefois, selon trois revues Cochrane, les interventions psychologiques n'ont pas d'effet significatif sur l'absentéisme au travail en ce qui concerne les travailleurs en général [Van der Klink et al., 2001] et les personnes ayant des troubles d'adaptation [Arends et al., 2012] ni les personnes déprimées [Nieuwenhuijsen et al., 2008]. Cette conclusion va de pair avec la présomption que l'absentéisme n'est influencé que faiblement par la perception de la santé, mais elle est multifactorielle et tributaire des valeurs culturelles, de la personnalité et de l'attitude envers la maladie [Knekt et al., 2008].

Approche

L'ACC, la relaxation qui met l'accent sur la relaxation physique et mentale pour faire face aux conséquences du stress, les interventions à composantes multiples, la gestion du stress et le Qigong (forme d'exercice/méditation) sont des approches employées, selon la littérature, pour aider les gens à faire face au stress dans leur quotidien. Selon une vaste méta-analyse de 48 études, l'ACC serait supérieure à la relaxation, aux interventions à composantes multiples et aux interventions uniquement organisationnelles quant aux ressources et aux réponses psychologiques (estime de soi, capacité d'adaptation), aux symptômes d'anxiété et de dépression et à la qualité du travail [Van der Klink et al., 2001]. Deux revues systématiques

concluent que les programmes dirigés à la fois vers les individus et vers les organismes employeurs sont plus efficaces pour contrer l'épuisement émotionnel [Korczak et al., 2012; Van der Klink et al., 2001].

Un groupe d'étude en psychothérapie a publié les résultats d'une recherche sur les effets de la thérapie sur les capacités de travail et les capacités fonctionnelles. Cette recherche, à laquelle 326 personnes ont participé, suggère que la résolution de problème et la psychothérapie psychodynamique améliorent les capacités de travail [Knekt et al., 2011]. La régression des symptômes de dépression semble précéder l'amélioration des habiletés de travail [Knekt et al., 2011].

Modalités

L'efficacité des ICD peut être amplifiée par des séances de rafraîchissement [Korczak et al., 2012]. Les ICD (12 à 20 séances) ont un effet plus rapide sur les habiletés au travail que les interventions de longue durée (jusqu'à trois ans), mais à long terme, les interventions de longue durée sont plus efficaces sur le plan des habiletés au travail [Knekt et al., 2008]. Des interventions aussi courtes qu'une séance de groupe suivie de trois contacts par courrier électronique parviennent à produire une différence quant aux symptômes de la dépression (diminution de 2,21 points sur l'échelle *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*), mais elles n'ont pas d'effet sur la confiance en soi [Kojima et al., 2010]. Une étude pilote d'un groupe de Vancouver porte à croire qu'une intervention de type ACC comportant huit appels téléphoniques destinés à des participants à un programme d'aide aux employés peut réduire les symptômes de la dépression (amélioration de 8,54 points sur le « module dépression » du *Personal Health Questionnaire*) et les difficultés à performer, mais pas l'absentéisme [Lam et al., 2011].

Il est intéressant de noter que, dans certaines études, les intervenants n'ont pas de formation spécifique à l'approche employée. Par exemple, dans l'étude qui examinait l'efficacité des contacts par courrier électronique, des intervenants spécialisés en ACC faisaient une partie des interventions tout en soutenant les intervenants non spécialisés qui réalisaient le reste des interventions [Kojima et al., 2010].

Comme pour toutes les problématiques, l'appréciation d'une approche dépend des résultats utilisés pour son évaluation et des objectifs thérapeutiques. Dans le cas de difficultés associées au travail, les interventions peuvent porter sur les symptômes psychologiques ou sur les incapacités au travail. À cet égard, un groupe de chercheurs a publié une revue exhaustive des outils disponibles pour évaluer les interventions dans le domaine de la santé au travail [Nieuwenhuijsen et al., 2010].

Difficultés professionnelles et stress

- Les données scientifiques établissent solidement l'efficacité de l'ACC quant à la régression des symptômes d'épuisement émotionnel, mais il manque de certitude en ce qui concerne les interventions en général.
- Les ICD (2 à 3 mois) en matière de gestion du stress au travail en général (quelle que soit l'intervention) ont un effet petit, mais significatif sur les symptômes liés aux problèmes de santé mentale, les ressources et réponses psychologiques, la qualité de vie au travail et les indices physiologiques tels que la tension artérielle ou la concentration de cortisol. Toutefois, les interventions psychologiques n'ont pas d'effet significatif sur l'absentéisme au travail.
- L'ACC, la relaxation qui met l'accent sur la relaxation physique et mentale pour faire face aux conséquences du stress, les interventions à composantes multiples, la gestion du stress et le Qigong (forme d'exercice/méditation) sont des interventions employées pour aider les gens à faire face au stress dans leur quotidien.
- L'ACC serait supérieure à la relaxation, aux interventions à composantes multiples et aux interventions uniquement organisationnelles sur le plan des ressources et des réponses psychologiques (comme l'estime de soi et la capacité d'adaptation), des symptômes d'anxiété et de dépression et de la qualité du travail. Les programmes en cette matière devraient être dirigés à la fois vers les individus et vers les organismes employeurs.

3.9. Symptômes de la dépression

Les symptômes de la dépression sont très prévalents et ils peuvent être présents à divers degrés de gravité. Les personnes présentant ces symptômes peuvent être prises en charge à la fois par les services sociaux généraux (pour une gravité de faible à modérée) et par le programme spécifique en santé mentale (pour une gravité de modérée à sévère). Il est à noter que 5,7 % des interventions réalisées en CSSS services sociaux généraux, soit les services de consultation sociale et de psychologie, sont associées à des troubles de l'humeur ou à l'anxiété.

Les données scientifiques concernant l'efficacité des ICD dans ce domaine sont abondantes, ce qui a permis l'élaboration de guides de pratique clinique. Conséquemment, cette problématique n'a pas été retenue pour la revue systématique. Le lecteur intéressé pourra consulter les guides. De plus, un protocole de soins a été réalisé par des chercheuses québécoises dans le cadre du Projet Jalons. Le document est intitulé *Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne* [Fournier et al., 2012]. Les chercheuses ont développé ce modèle de bonne pratique en adaptant, avec la méthode ADAPTE, les guides de pratique du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) [Parikh et al., 2009] et du National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE, 2009]. Elles ont évalué la qualité des guides en se servant de la grille *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE). Les experts ont discuté en sous-groupe pour en arriver à un consensus sur l'adoption des recommandations adaptées au contexte et aux utilisateurs.

Le protocole recommande au clinicien qui intervient auprès d'une personne présentant des symptômes persistants de dépression sous le seuil clinique ou qui souffre de dépression légère à modérée, d'envisager d'offrir des interventions sociales ou psychologiques de faible intensité, c.-à-d. bibliothérapie, soutien individuel à l'autogestion des soins (6 à 8 séances) et thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur, qui dure habituellement de 9 à 12 semaines.

Selon le protocole, une intervention de faible intensité de type résolution de problème peut également être envisagée lorsque la personne vit des difficultés personnelles qui peuvent contribuer à la symptomatologie dépressive, tels que des problèmes familiaux ou des difficultés financières ou professionnelles.

3.10. Autres facteurs à considérer

Facteurs communs, éléments communs et leur intégration

Plusieurs chercheurs partagent l'opinion que l'examen des approches basées sur les données probantes devrait également considérer deux concepts, soit les facteurs communs et les éléments communs [Barth *et al.*, 2012]. Les facteurs communs sont les composantes personnelles et interpersonnelles communes à toutes les interventions, par exemple l'alliance thérapeutique et la motivation de l'utilisateur. Certains de ces facteurs joueraient un rôle plus important dans l'efficacité de l'ICD que les techniques particulières des différentes approches. Il est suggéré que l'analyse de la thérapie soit guidée par les facteurs communs et de faire correspondre les interventions choisies aux caractéristiques de la personne traitée [Castonguay, 2010]. De même, certains éléments communs se réfèrent aux techniques associées à des résultats positifs et ne sont spécifiques à aucune approche, mais plutôt partagés par plusieurs (ou toutes), par exemple l'utilisation de jeux de rôles et les devoirs [Bodenmann et Randall, 2012]. Le terme « *integrative* » est parfois utilisé dans le contexte de l'intégration des éléments communs de succès de façon à individualiser les approches selon les besoins particuliers de chaque individu. Les termes « *assimilative* », « transthéorique » et « pluraliste » peuvent également être utilisés [Snyder et Balderrama-Durbin, 2012].

En tout, cinq facteurs et éléments communs pourraient avoir un effet sur l'efficacité d'une intervention : l'utilisateur, le clinicien, l'alliance thérapeutique, les attentes de l'utilisateur et les variables non spécifiques de l'intervention [Snyder et Balderrama-Durbin, 2012].

Caractéristiques de l'utilisateur

Outre le problème principal qui amène la personne souffrante à consulter et les facteurs techniques, les caractéristiques de l'utilisateur peuvent influencer sur l'issue thérapeutique [Castonguay, 2010]. La sévérité des symptômes, la chronicité et la présence de conditions associées peuvent rendre les changements plus difficiles à réaliser. La littérature est abondante concernant l'importance d'adapter culturellement les interventions. Il en est de même pour le niveau socio-économique et d'éducation. Enfin, il est important de considérer les caractéristiques personnelles telles que l'intelligence, la motivation, la collaboration et l'attitude envers la thérapie au moment de la planification de l'intervention. En fait, d'après la ligne éditoriale du site Web PasseportSanté.net, la plupart des experts affirment que la collaboration et la détermination de l'utilisateur jouent un rôle majeur dans le succès de l'intervention²³.

Caractéristiques du clinicien

Plusieurs études sur les ICD proviennent du Royaume-Uni. Un groupe de 20 experts du Département de la santé au Royaume-Uni a développé un modèle de compétences pour les cliniciens qui mènent des interventions psychologiques chez les personnes ayant des troubles de

23. PasseportSanté.net. Psychothérapie – Présentation [site Web], disponible à : http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=psychotherapies_th.

la dépression ou de l'anxiété [Roth et Pilling, 2007]. Le modèle comprend des compétences génériques et des compétences pour l'ACC. Les compétences génériques comprennent :

- connaissance et compréhension des problèmes de santé mentale;
- connaissance et habileté à fonctionner selon les codes d'éthique professionnels;
- connaissance d'un modèle d'intervention et habileté à le comprendre et à l'appliquer;
- habileté à s'engager auprès de l'utilisateur;
- habileté à créer et à maintenir une bonne alliance thérapeutique, et avoir une prise sur la perception du monde du point de vue de l'utilisateur;
- habileté à gérer le contenu émotionnel des séances;
- habileté à préparer la fin d'une intervention;
- habileté à entreprendre les évaluations (histoire pertinente et évaluation de la pertinence d'une intervention);
- habileté à profiter de la supervision.

Les données scientifiques proviennent d'études dans lesquelles la formation et la supervision des cliniciens sont priorisées. Il est raisonnable de présumer que ces éléments contribuent de façon importante à l'efficacité des interventions [Roth et Pilling, 2007]. L'examen des compétences génériques peut être un outil utile à la supervision pour juger d'une performance et remédier à une performance sous-optimale [Roth et Pilling, 2007].

Tel que mentionné dans le guide publié en Nouvelle-Zélande, les données scientifiques proviennent du milieu de la recherche où les approches sont appliquées comme dans les manuels. Toutefois, dans la pratique, les intervenants tendent à utiliser des approches moins structurées. Les ressources peuvent aussi être insuffisantes dans les services de première ligne pour offrir des thérapies aussi structurées. Malgré ces restrictions, il est recommandé que tous les intervenants aient les connaissances suffisantes et nécessaires pour enseigner des stratégies cognitives simples telles que la résolution de problème et la planification du temps [NZGG, 2008]. Dans une toute récente revue systématique, il a été observé que les intervenants qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale (infirmière, omnipraticien) réalisent surtout des techniques de résolution de problème et que leurs interventions dans ce domaine sont aussi efficaces que celles réalisées par des professionnels de la santé mentale [Nieuwsma *et al.*, 2012].

Au Québec, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines réserve le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie aux psychologues, médecins et détenteurs d'un permis de psychothérapeute [Office des professions du Québec, 2012]. L'utilisation de la plupart des approches n'est cependant pas un acte réservé. Il existe toutefois des associations nationales et internationales qui ont publié des normes de certification. Il serait néanmoins important de mentionner à cet égard que les services de consultation sociale et psychologique des services généraux des CSSS ne requièrent pas nécessairement des services de psychothérapie.

Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est généralement décrite comme un lien affectif basé sur la confiance, la collaboration, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du clinicien, qui relie les deux personnes dans une maîtrise adéquate et professionnelle de la dynamique du transfert et du contre-transfert. Idéalement, les objectifs de la thérapie sont clairs, bien compris et acceptés par les deux parties, dans un esprit de collaboration. Les deux personnes s'entendent à propos

de leurs tâches respectives et elles les considèrent comme importantes et pertinentes. L'alliance thérapeutique serait plus déterminante que tout autre aspect spécifique de l'intervention et expliquerait jusqu'à 30 % des résultats thérapeutiques [Summers et Barber, 2003; Martin *et al.*, 2000].

Innocuité

L'échec thérapeutique est un problème fréquent, qui peut se définir de plusieurs façons. Selon les résultats des études réalisées dans la communauté, 14 % des usagers récupèrent, 21 % s'améliorent, 57 % ne présentent pas de changement et l'état de 8 % se détériore [Lampropoulos, 2011]. Les thérapies peuvent avoir des effets néfastes, c.-à-d. que les résultats de l'intervention sont parfois pires que s'il n'y avait pas eu d'intervention, ce qui est différent d'une intervention « non aidante » (sans effet). Les interventions ayant des effets néfastes causent un préjudice en aggravant le problème ciblé par l'intervention ou en affectant d'autres domaines. La question de l'innocuité des ICD est peu traitée dans la littérature. La détection des effets néfastes est complexe, les effets peuvent ne pas être mesurés, être attribués à d'autres facteurs ou masqués par une récupération spontanée. Dans le cas d'une détérioration documentée, il est difficile de déterminer si la détérioration est associée à l'intervention ou à l'évolution naturelle de la problématique [Barlow, 2010; Dimidjian et Hollon, 2010; Lilienfeld, 2007]. Les causes de l'échec sont principalement les caractéristiques de l'utilisateur (choix d'intervention qui correspond au niveau de motivation de l'utilisateur), les caractéristiques du thérapeute (alliance thérapeutique, sélection des objectifs et séquence des composantes thérapeutiques), les facteurs techniques (fréquence, durée, utilisation de devoirs, exercices pratiques) et les facteurs environnementaux (conditions organisationnelles permettant l'application d'interventions appuyées par des données scientifiques) [Dimidjian et Hollon, 2010]. La revue *Journal of Clinical Psychology* a consacré un numéro complet en 2011 au sujet de l'échec thérapeutique (volume 67, numéro 11). La problématique est examinée sous l'angle de différentes interventions. Les auteurs formulent plusieurs recommandations, notamment la nécessité de mesurer périodiquement les processus et les résultats, de veiller à l'alliance thérapeutique, de résoudre les ruptures d'alliance, de prolonger la durée de l'intervention au besoin, d'ajuster le rythme, de faire preuve de flexibilité et de demeurer centré sur l'utilisateur [Lampropoulos, 2011].

Évaluation continue

L'implantation de la pratique d'évaluation continue de l'évolution de l'utilisateur peut être prometteuse quant à l'amélioration de la qualité des services. Certains outils servent à évaluer de façon continue l'évolution de l'utilisateur et fournissent de la rétroaction systématique à l'intervenant à propos de la réponse thérapeutique. Ils peuvent aider les intervenants à reconnaître les personnes qui ne répondent pas à l'intervention [Overington et Ionita, 2012] et ainsi permettre d'entreprendre les actions appropriées pour changer le cours de l'intervention [Halford *et al.*, 2012]. L'information permet également aux organismes de juger leur action par rapport à des points de repère nationaux. On trouve également le terme « suivi systématique du progrès réalisé en thérapie et rétroaction » dans la littérature. L'association américaine des psychologues recommande aux intervenants de surveiller en continu les réponses des usagers à la relation thérapeutique et à l'intervention en cours [Sales et Alves, 2012]. Selon l'association, la surveillance crée des occasions de rétablir la collaboration, d'améliorer les relations, de modifier les stratégies techniques et d'éviter la fin prématurée des thérapies [Sales et Alves, 2012].

L'association québécoise appuie cette position; elle a d'ailleurs publié récemment un cahier qui fait état du survol de plusieurs outils [OPQ, 2012].

Il y a deux types d'outils d'évaluation continue du progrès. Le premier type concerne les outils standardisés, quantitatifs et autodéclarés. En général, l'administration de ces outils requiert entre 2 et 15 minutes. Plusieurs d'entre eux peuvent être complétés par un programme informatique qui quantifie le changement chez l'utilisateur, notamment par rapport à un seuil préétabli ou aux résultats initiaux de cet usager. Parmi les plus utilisés selon la littérature, on trouve le *Clinical Outcome Routine Evaluation*. Un autre type d'outil recueille de l'information par des questions ouvertes. Les usagers répondent à des questions comme « Que veut accomplir l'utilisateur en thérapie? ». Le *Simplified Personal Questionnaire (PQ)* en est un exemple; il consiste en une entrevue semi-structurée au cours de laquelle l'utilisateur indique environ dix problèmes sur lesquels il désire travailler en thérapie et il les priorise. D'autres exemples d'outils sont présentés à l'annexe F.

4. INDICATEURS DE QUALITÉ

Un inventaire non exhaustif d'indicateurs de qualité a été réalisé pour documenter les indicateurs et les outils d'évaluation utilisés dans la littérature pour mesurer les résultats d'interventions sociales et psychologiques. La détermination d'indicateurs cliniques de qualité fondés scientifiquement et pertinents peut soutenir l'amélioration continue de la qualité des services offerts par les services sociaux généraux. Les indicateurs pourraient être utilisés par les intervenants et les gestionnaires du réseau à différentes fins telles que le soutien à des activités d'évaluation de la qualité et de pratique réflexive ou l'évaluation de projets pilotes et autres initiatives cliniques. Les indicateurs inventoriés peuvent potentiellement soutenir l'amélioration continue de la qualité des services offerts par les services sociaux généraux. L'annexe E énumère les indicateurs inventoriés et présente des exemples d'outils pour les mesurer ainsi que des études qui utilisent ce type d'outils.

Le comité consultatif a été mis à profit pour déterminer les indicateurs à évaluer. Les constats ressortant de l'analyse de la littérature et de la consultation auprès du comité consultatif sont les suivants :

- l'exploration de la littérature confirme que les résultats des interventions sont mesurés dans la littérature principalement sous l'angle organisationnel;
- plusieurs des indicateurs organisationnels reconnus par le comité se trouvent dans les normes organisationnelles du document ministériel « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux »;
- la détermination d'indicateurs de qualité qui portent sur des résultats cliniques et non pas sur des processus d'intervention est un travail complexe;
- la définition d'indicateurs cliniques de façon opérationnelle requiert une réflexion approfondie, ce qui pourrait être le sujet d'une analyse subséquente à réaliser selon les priorités du Ministère.

DISCUSSION

Un portrait des usagers et de leur utilisation des services a été dressé pour permettre d'établir un parallèle avec la littérature. La banque de données I-CLSC nous indique que les usagers des services sociaux généraux (consultation sociale et consultation psychologique) sont majoritairement des femmes dont l'âge moyen est de 42 ans. La durée moyenne d'un épisode de services est de 80 jours. Les usagers font l'objet, en moyenne, de 3,8 interventions par épisode de services. Les services sont offerts principalement par des travailleurs sociaux professionnels/agents d'intervention en service social et des agents de relations humaines. La principale raison à l'appui des demandes de services, soit pour 34 % des interventions, est les problèmes d'adaptation sociale (isolement, estime de soi, transition dans les cycles de vie...) suivis des problèmes de relations de couple (16 % des interventions) et des problèmes de relations intrafamiliales (11 %). Malheureusement, les données n'ont pas été recueillies dans l'optique d'une analyse des pratiques cliniques.

Le concept des ICD pour les problèmes d'ordre social et psychologique est très large et flou, ce qui a rendu la recherche d'information difficile à réaliser. Par souci d'inclure le maximum de données, la stratégie de recherche a utilisé des termes génériques. Au départ, la stratégie a permis de repérer plus de 3 000 articles. On a ciblé la stratégie en la limitant aux études de synthèse ou aux études contrôlées. Ainsi, le corpus de cette revue compte 104 références dont 79 vont d'excellente à bonne quant à leur qualité.

Une des limites de la revue systématique réside dans le fait que les études portent principalement sur des problèmes dont l'intensité va de modérée à grave. Cependant, la transférabilité des résultats pour un degré de gravité à un autre n'est pas validée. De plus, les caractéristiques des usagers et celles des cliniciens ainsi que l'alliance thérapeutique sont des facteurs communs aux interventions qui semblent être reconnus comme essentiels au succès « thérapeutique » des interventions, mais dont les effets n'ont pas été évalués de façon systématique dans le contexte des ICD. Une autre limite particulière aux données scientifiques est la quantification de l'effet d'une intervention. Selon Glass, si on compare les résultats provenant exclusivement d'études publiées dans les revues à ceux provenant d'études non publiées telles que des dissertations ou des présentations, l'ampleur de l'effet est augmentée d'environ un tiers d'un écart type (ET) en faveur du traitement [Del Vecchio et O'Leary, 2004].

L'analyse de la littérature scientifique sur l'efficacité des ICD a permis de reconnaître des contraintes méthodologiques dont on se doit de tenir compte, notamment :

- le nombre limité d'études systématiques de bonne qualité publiées et le fait qu'elles sont très inégalement réparties selon les approches (les études portent principalement sur l'ACC);
- la question de l'innocuité des ICD est peu traitée dans la littérature repérée;
- l'existence de composantes qui influent sur l'efficacité au-delà de l'approche (par exemple les éléments et les facteurs communs);
- la comparaison des interventions par rapport à des groupes témoins (traitement usuel, attente...), plutôt qu'une comparaison directe entre les interventions;
- la diversité des résultats obtenus est tributaire des objectifs et des caractéristiques des personnes qui font l'objet de l'intervention;

- les frontières entre les approches théoriques et les techniques utilisées se chevauchent dans la pratique.

Malgré les contraintes méthodologiques, l'analyse des données scientifiques, appuyée sur des données contextuelles et le savoir d'experts, indique clairement que l'ICD, quelle que soit l'approche utilisée, est efficace pour favoriser des changements significatifs chez les personnes présentant une grande variété de problèmes psychologiques et sociaux. Plus précisément, cette analyse permet à l'INESSS d'énoncer les constats suivants :

- L'analyse des articles retenus dans la revue systématique suggère qu'en général les ICD ont un effet modéré sur les relations intrafamiliales, les relations de couple, les symptômes de la dépression et l'anxiété chez la personne âgée, l'épuisement du proche aidant, la gestion de la colère, l'agressivité et le deuil compliqué. Les ICD ont un petit effet sur l'insomnie chez la personne âgée et elles ont possiblement un effet sur l'adaptation au vieillissement, le bien-être subjectif et les difficultés professionnelles.
- Les ICD ne sont pas indiquées pour les auteurs de violence.
- Les personnes dont la raison principale de la consultation est un traumatisme associé à de la violence semblent requérir plus de 13 séances et devraient possiblement être orientées vers un autre type d'intervention que les ICD.
- Les interventions auxquelles la famille participe sont recommandées pour les problématiques familiales. Alors que 11 % des interventions offertes en services sociaux généraux en CSSS sont associées aux problématiques de la famille, moins de 1 % des interventions s'adressent à l'ensemble des membres de la famille.
- En général, les services offerts dans les CSSS sont de faible intensité; le nombre moyen d'interventions par usager est de moins de quatre séances et 14 % des usagers bénéficient d'interventions qui durent entre deux et trois mois alors que la plupart des études publiées portent sur des interventions de dix à douze semaines.
- Les résultats des études qui comparent directement les ICD entre elles suggèrent qu'il n'y a pas de différence d'efficacité.
- Les données suggèrent que l'utilisation de matériel médiatique (livre, dépliant, cassette vidéo ou audio, site Web) est à considérer. Le matériel médiatique représente une option économique qui est efficace si on l'utilise seul, du moins dans le cas des problématiques jugées de gravité modérée, et qui peut être utilisé en complément de la relation avec un intervenant.

La question se pose de savoir si certaines ICD sont plus efficaces que d'autres pour une problématique particulière. La question semble simple. Toutefois, elle fait l'objet d'un débat qui persiste depuis plus de 30 ans malgré la réalisation de nombreuses recherches. Une proportion importante de chercheurs est d'avis que les données scientifiques ne permettent pas d'affirmer de façon formelle qu'il y a une différence d'efficacité entre les ICD. Cependant, la conclusion portant sur l'équivalence des interventions est considérée par plusieurs comme la conséquence des limites méthodologiques inhérentes aux études quantitatives, et plus particulièrement aux ECR, dans l'univers de l'intervention psychologique et sociale de courte durée. Dans les ECR, les diagnostics et les interventions sont considérés comme des variables indépendantes qui peuvent être mesurées de façon fiable. Toutefois, les participants aux études qui présentent des comorbidités (troubles de l'axe I ou II) sont habituellement exclus alors que, dans les milieux cliniques, les usagers ont souvent des problèmes multiples. Quant aux interventions, les résultats des études comparatives dépendent des typologies de ces interventions. Les études portent

principalement sur les ACC. Il est possible que les symptômes habituellement ciblés par les autres types d'interventions soient plus diffus, sévères et difficiles à soulager. Du reste, plusieurs thérapeutes des milieux cliniques utilisent des interventions telles que l'analyse transactionnelle et la psychothérapie neurolinguistique. Toutefois, un nombre limité d'études portant sur l'efficacité de ces approches sont disponibles pour permettre une synthèse objective [Budd et Hughes, 2009; Hunsley et Di Giulio, 2002]. Les résultats obtenus au cours d'essais contrôlés peuvent être différents de ceux obtenus dans la pratique courante pour de multiples raisons dont la fidélité stricte à une approche théorique, la motivation et la formation des cliniciens [Bottéro, 2008]. Enfin, les présupposés des chercheurs à propos d'une intervention donnée peuvent également avoir une influence sur les résultats.

CONCLUSION

L'analyse des données scientifiques, appuyée sur des données contextuelles et le savoir d'experts, indique clairement que l'ICD, quelle que soit l'approche utilisée, est efficace pour favoriser des changements significatifs chez les personnes présentant une grande variété de problèmes d'ordre psychologique et social. Plus précisément, cette analyse suggère que les ICD ont un effet modéré sur les relations intrafamiliales, les relations de couple, les symptômes de la dépression et l'anxiété chez la personne âgée, l'épuisement du proche aidant, la gestion de la colère, l'agressivité et le deuil compliqué. Les ICD ont un petit effet sur l'insomnie chez la personne âgée et elles ont possiblement un effet sur l'adaptation au vieillissement, le bien-être subjectif et les difficultés professionnelles.

Quant à l'efficacité comparative des différentes ICD relativement à une problématique donnée, de multiples synthèses d'études ont mené au « dodo verdict », c.-à-d. à affirmer que toutes les approches d'ICD fonctionnent. Ce terme fait allusion au livre d'Alice au pays des merveilles de Lewis Carroll, dans lequel le dodo, l'oiseau-juge, déclare que tous ceux qui ont participé à la course ont gagné. Toutefois, la question soulève encore beaucoup de controverses. La plupart des études n'observent pas de différences marquées entre les approches, mais d'autres auteurs critiquent la méthodologie de ces études – sélection des études et des participants, les outils utilisés pour mesurer les résultats, la définition d'un groupe témoin, le choix de comparer au groupe témoin ou d'utiliser d'autres approches.

Plusieurs chercheurs affirment que le milieu devrait aller au-delà de l'évaluation des interventions basées sur des approches spécifiques et examiner les facteurs et les éléments communs aux techniques utilisées – l'utilisateur, le clinicien, l'alliance thérapeutique, les attentes de l'utilisateur et les variables non spécifiques de l'intervention. Les éléments communs aux interventions efficaces, dont l'inclusion des habiletés de résolution de problème dans le contenu thérapeutique de même que l'utilisation des jeux de rôles et la révision de l'atteinte des objectifs, sont essentiels pour garantir l'efficacité de toute intervention. Le champ des modalités d'intervention est également à explorer. Par exemple, des outils technologiques (courrier électronique, jeux vidéo ou devoirs électroniques) pourraient être utilisés pour améliorer l'adhésion de l'utilisateur aux interventions quelle que soit l'approche utilisée.

Malgré les limites imposées par la littérature scientifique, il importe de reconnaître le potentiel des ICD dans les services sociaux généraux. Leur efficacité est prometteuse selon les études cliniques et elle devra être démontrée sur le terrain en misant sur le jugement professionnel des intervenants et leur capacité à évaluer les pratiques.

RÉFÉRENCES

- Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006389.
- Ayers CR, Sorrell JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol Aging* 2007;22(1):8-17.
- Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):281-304.
- Bannink FP. Solution-focused brief therapy. *J Contemp Psychother* 2007;37(2):87-94.
- Barbato A et D'Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatr Q* 2008;79(2):121-32.
- Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: A perspective. *Am Psychol* 2010;65(1):13-20.
- Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD002020.
- Barth RP, Lee BR, Lindsey MA, Collins KS, Strieder F, Chorpita BF, et al. Evidence-based practice at a crossroads: The timely emergence of common elements and common factors. *Res Soc Work Pract* 2012;22(1):108-19.
- Bell AC et D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;29(4):348-53.
- Benson LA, McGinn MM, Christensen A. Common principles of couple therapy. *Behav Ther* 2012;43(1):25-35.
- Berkovits MD, O'Brien KA, Carter CG, Eyberg SM. Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of parent-child interaction therapy. *Behav Ther* 2010;41(3):375-87.
- Bienenfeld D. Cognitive therapy with older adults. *Psychiatr Ann* 2009;39(9):828-32.
- Billings DW, Cook RF, Hendrickson A, Dove DC. A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *J Occup Environ Med* 2008;50(8):960-8.
- Bilodeau G. *Traité de travail social. Politiques et interventions sociales*. Rennes, France : Éditions de l'École nationale de la santé publique; 2005 : 124-48.
- Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: A randomized controlled comparative study. *Scand J Psychol* 2011;52(6):580-5.
- Bode C, de Ridder DT, Kuijer RG, Bensing JM. Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *Gerontologist* 2007;47(1):42-51.

- Bodenmann G et Randall AK. Common factors in the enhancement of dyadic coping. *Behav Ther* 2012;43(1):88-98.
- Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N, et al. Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):944-54.
- Bodenmann G, Pihet S, Shantinath SD, Cina A, Widmer K. Improving dyadic coping in couples with a stress-oriented approach: A 2-year longitudinal study. *Behav Modif* 2006;30(5):571-97.
- Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, van den Bout J. Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(2):277-84.
- Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F. The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007;11(3):291-300.
- Bottéro A. Psychothérapies. Le problème des "facteurs communs". *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 2008;35:9-13.
- Boyle CL, Sanders MR, Lutzker JR, Prinz RJ, Shapiro C, Whitaker DJ. An analysis of training, generalization, and maintenance effects of Primary Care Triple P for parents of preschool-aged children with disruptive behavior. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010;41(1):114-31.
- Budd R et Hughes I. The Dodo Bird Verdict—Controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother* 2009;16(6):510-22.
- Burns A, Guthrie E, Marino-Francis F, Busby C, Morris J, Russell E, et al. Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:143-7.
- Bushman BB et Peacock GG. Does teaching problem-solving skills matter? An evaluation of problem-solving skills training for the treatment of social and behavioral problems in children. *Child Fam Behav Ther* 2010;32(2):103-24.
- Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med* 2011;171(10):887-95.
- Castonguay LG. La recherche au service des cliniciens. *Cahier recherche et pratique* 2010;1(1):4-6.
- Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2):225-35.
- Cole MG. Brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(6):435-43.
- Coon DW et Evans B. Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here? *Geriatr Nurs* 2009;30(6):426-36.
- Coughlin M, Sharry J, Fitzpatrick C, Guerin S, Drumm M. A controlled clinical evaluation of the parents plus children's programme: A video-based programme for parents of children

- aged 6 to 11 with behavioural and developmental problems. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009;14(4):541-58.
- Crespo M et Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol* 2010;13(2):849-63.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Andersson G. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *Int Psychogeriatr* 2009;21(1):16-24.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(12):1139-49.
- Cummings EM, Faircloth WB, Mitchell PM, Cummings JS, Schermerhorn AC. Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community families. *J Fam Psychol* 2008;22(2):193-202.
- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *Int J Cognit Ther* 2010;3(1):77-93.
- Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull* 2008;134(5):648-61.
- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM. Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *J Fam Psychol* 2004;18(3):411-9.
- De Graaf I, Speetjens P, Smit F, de Wolff M, Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behav Modif* 2008;32(5):714-35.
- De Niet GJ, Tiemens BG, Kloos MW, Hutschemaekers GJ. Review of systematic reviews about the efficacy of non-pharmacological interventions to improve sleep quality in insomnia. *Int J Evid Based Healthc* 2009;7(4):233-42.
- Del Vecchio T et O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2004;24(1):15-34.
- Dimidjian S et Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 2010;65(1):21-33.
- Dorvil H et Mayer R. Les approches théoriques. Dans : *Problèmes sociaux*. Tome I : Théories et méthodologies. Sainte-Foy, Qc : Presse de l'Université du Québec; 2009 : 15-29.
- Drugli MB et Larsson B. Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(7):392-9.
- Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, Kergoat M-J, Legault AJ, Beaudet LM, Zarit SH. "Learning to become a family caregiver" Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *Gerontologist* 2011;51(4):484-94.
- Eccleston C, Palermo TM, Fisher E, Law E. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD009660.

- Edinger JD, Carney CE, Wohlgenuth WK. Pretherapy cognitive dispositions and treatment outcome in cognitive behavior therapy for insomnia. *Behav Ther* 2008;39(4):406-16.
- Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith NL, Floyd DL, Rokke PD. Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behav Modif* 2004;28(2):297-318.
- Foster SM, Layton HS, Qualls SH, Klebe KJ. Tailored caregiver therapy: Consumer response to intervention. *Clin Gerontol* 2009;32(2):177-97.
- Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInter v1reLigne.pdf.
- Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD008225.
- Gallagher-Thompson D et Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007;22(1):37-51.
- Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS. Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(5):505-14.
- Glancy G et Saini MA. An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treat Crisis Interv* 2005;5(2):229-48.
- Gondolf EW et Jones AS. The program effect of batterer programs in three cities. *Violence Vict* 2001;16(6):693-704.
- Hahlweg K, Heinrichs N, Kuschel A, Feldmann M. Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: Short- and long-term effects. *Behav Modif* 2008;32(5):659-81.
- Haine-Schlagel R, Brookman-Frazee L, Fettes DL, Baker-Ericzen M, Garland AF. Therapist focus on parent involvement in community-based youth psychotherapy. *J Child Fam Stud* 2012;21(4):646-56.
- Halford WK et Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behav Ther* 2012;43(1):1-12.
- Halford WK, Hayes S, Christensen A, Lambert M, Baucom DH, Atkins DC. Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behav Ther* 2012;43(1):49-60.
- Harris E et Harris MF. Reducing the impact of unemployment on health: Revisiting the agenda for primary health care. *Med J Aust* 2009;191(2):119-22.
- Harris GE. Conjoint therapy and domestic violence: Treating the individuals and the relationship. *Couns Psychol Q* 2006;19(4):373-9.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La

- Plaine, France : HAS; 2009. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf.
- Hendriks GJ, Oude Voshaar RC, Keijsers GP, Hoogduin CA, van Balkom AJ. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(6):403-11.
- Hill A et Brettell A. The effectiveness of counselling with older people: Results of a systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research* 2005;5(4):265-72.
- Hunsley J et Di Giulio G. Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *Scientific Review of Mental Health Practice* 2002;1(1):11-22.
- Iselin G et Hinrichsen GA. La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec* 2008;33(2):67-85.
- Jacob GA, Gabriel S, Roepke S, Stoffers JM, Lieb K, Lammers CH. Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: A pilot study. *Int J Group Psychother* 2010;60(3):373-87.
- Järnefelt H, Lagerstedt R, Kajaste S, Sallinen M, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. *J Occup Rehabil* 2012;22(4):511-21.
- Kaslow NJ, Leiner AS, Reviere S, Jackson E, Bethea K, Bhaju J, et al. Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(4):449-58.
- Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 2011;131(1-3):339-43.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, Virtala E. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2011;132(1-2):37-47.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järviskoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity—A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008;107(1-3):95-106.
- Kojima R, Fujisawa D, Tajima M, Shibaoka M, Kakinuma M, Shima S, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: A controlled clinical trial. *Ind Health* 2010;48(4):495-502.
- Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assess* 2012;8:Doc05.
- Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(8):843-50.
- Lam CL, Fong DY, Chin WY, Lee PW, Lam ET, Lo YY. Brief problem-solving treatment in primary care (PST-PC) was not more effective than placebo for elderly patients screened positive of psychological problems. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(10):968-80.

- Lam RW, Lutz K, Preece M, Cayley PM, Bowen Walker A. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for clients with depressive symptoms in an employee assistance program: A pilot study. *Ann Clin Psychiatry* 2011;23(1):11-6.
- Lampropoulos GK. Failure in psychotherapy: An introduction. *J Clin Psychol* 2011;67(11):1093-5.
- Lebow JL, Chambers AL, Christensen A, Johnson SM. Research on the treatment of couple distress. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):145-68.
- Lee SY, Franchetti MK, Imanbayev A, Gallo JJ, Spira AP, Lee HB. Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: A systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(3):522-9.
- Letarte M-J, Normandeau S, Allard J. Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse Negl* 2010;34(4):253-61.
- Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2007;2(1):53-70.
- Lim JY, Kim MA, Kim SY, Kim EJ, Lee JE, Ko YK. The effects of a cognitive-behavioral therapy on career attitude maturity, decision making style, and self-esteem of nursing students in Korea. *Nurse Educ Today* 2010;30(8):731-6.
- Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(11):946-53.
- Littell JH, Popa M, Forsythe B. Multisystemic therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17. *Campbell Systematic Reviews*. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2005. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/5/>.
- Maglione JE et Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Dans : *The Oxford handbook of sleep and sleep disorders*. New York, NY : Oxford University Press; 2012 : 769-86.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):438-50.
- Mathieu C, Bélanger C, Brisebois H. Thérapie de groupe pour hommes violents envers leur conjointe : abandon thérapeutique chez ces hommes. *Santé mentale au Québec* 2006;31(1):169-87.
- Mazzucchelli TG, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *J Posit Psychol* 2010;5(2):105-21.
- Mbilinyi LF, Neighbors C, Walker DD, Roffman RA, Zegree J, Edleson J, O'Rourke A. A telephone intervention for substance-using adult male perpetrators of intimate partner violence. *Res Soc Work Pract* 2011;21(1):43-56.
- McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2006;34(4):527-43.
- McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychol Aging* 2007;22(1):18-27.

- Miller MD, Richards V, Zuckoff A, Martire LM, Morse J, Frank E, Reynolds III CF. A model for modifying interpersonal psychotherapy (IPT) for depressed elders with cognitive impairment. *Clin Gerontol* 2006;30(2):79-101.
- Montgomery P et Dennis JA. Cognitive behavioral interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003161.
- Montgomery P, Bjornstad GJ, Dennis JA. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD002206.
- Morawska A et Sanders MR. Self-administered behavioral family intervention for parents of toddlers: Part I. Efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):10-9.
- Morgan K, Gregory P, Tomeny M, David BM, Gascoigne C. Self-help treatment for insomnia symptoms associated with chronic conditions in older adults: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):1803-10.
- Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep* 2006;29(11):1415-9.
- Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301(19):2005-15.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression. NICE clinical guidelines 90 and 91. Londres, Royaume-Uni : NICE; 2009. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf>.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. An evidence-based best practice guideline. Wellington, Nouvelle-Zélande : NZGG; 2008. Disponible à : <http://www.health.govt.nz/publication/identification-common-mental-disorders-and-management-depression-primary-care>.
- Nickel C, Tanca S, Kolowos S, Pedrosa-Gil F, Bachler E, Loew T, et al. Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training: A randomized, prospective, controlled trial. *Psychol Med* 2007;37(8):1141-9.
- Nieuwenhuijsen K, Franche RL, van Dijk FJ. Work functioning measurement: Tools for occupational mental health research. *J Occup Environ Med* 2010;52(8):778-90.
- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006237.
- Nieuwsma J, Trivedi R, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams J. Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med* 2012;43(2):129-51.
- Office des professions du Québec. Guide explicatif. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec, Qc : Office des professions du Québec; 2012. Disponible à :

http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif.pdf.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). 10 outils pour évaluer l'efficacité des interventions en psychothérapie. Cahier recherche et pratique. Montréal, Qc : OPQ; 2012. Disponible à : http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_11_Cahier_RetP_10_outils_pour_evaluer_lefficacite_des_interventions_en_psychotherapie.pdf.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). La psychothérapie offre un nouveau regard sur la vie. Les psychologues et la psychothérapie. Montréal, Qc : OPQ; 2002. Disponible à : http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2Publ_Depl_Psychotherapie.pdf.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). OECD guidelines on measuring subjective well-being. Paris, France : Éditions OCDE; 2013. Disponible à : <http://www.oecd.org/statistics/Guidelines%20on%20Measuring%20Subjective%20Well-being.pdf>.

Overington L et Ionita G. Progress monitoring measures: A brief guide. Canadian Psychology/Psychologie canadienne 2012;53(2):82-92.

Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, Patten SB. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. J Affect Disord 2009;117(Suppl 1):S15-25.

Pinquant M et Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. Aging Ment Health 2012;16(5):541-58.

Pinquant M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. Aging Ment Health 2007;11(6):645-57.

Pinquant M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. Am J Psychiatry 2006;163(9):1493-501.

Pot AM, Bohlmeijer ET, Onrust S, Melenhorst AS, Veerbeek M, De Vries W. The impact of life review on depression in older adults: A randomized controlled trial. Int Psychogeriatr 2010;22(4):572-81.

Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PM. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2008;28(6):952-62.

Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005043.

Regehr C, Alaggia R, Dennis J, Pitts A, Saini M. Interventions to reduce distress in adult victims of rape and sexual violence: A systematic review. Res Soc Work Pract 2013;23(3):257-65.

Regehr C, Alaggia R, Saini M. Interventions to reduce distress in adult victims of sexual violence and rape. Protocol for the Campbell Collaboration Systematic Review, 2009. Disponible à : <http://www.campbellcollaboration.org/lib/download/658/>.

- Ritterband LM, Thorndike FP, Gonder-Frederick LA, Magee JC, Bailey ET, Saylor DK, Morin CM. Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(7):692-8.
- Rodriguez-Sanchez E, Patino-Alonso MC, Mora-Simon S, Gomez-Marcos MA, Perez-Penaranda A, Losada-Baltar A, Garcia-Ortiz L. Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: A randomized trial. *Gerontologist* 2012;53(3):397-406.
- Roth AD et Pilling S. The competences required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for people with depression and with anxiety disorders. Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT). Londres, Angleterre : Department of Health; 2007. Disponible à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_078535.pdf.
- Ruff S, McComb JL, Coker CJ, Sprenkle DH. Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: A substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Fam Process* 2010;49(4):439-56.
- Sales CM et Alves PC. Individualized patient-progress systems: Why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 2012;53(2):115-21.
- Samuels-Dennis J, Bailey A, Killian K, Ray SL. The mediating effects of empowerment, interpersonal conflict, and social support on the violence-PTSD process among single mothers. *Can J Commun Ment Health* 2013;32(1):109-24.
- Schueller SM. Preferences for positive psychology exercises. *J Posit Psychol* 2010;5(3):192-203.
- Schumacher JA, Coffey SF, Stasiewicz PR, Murphy CM, Leonard KE, Fals-Stewart W. Development of a brief motivational enhancement intervention for intimate partner violence in alcohol treatment settings. *J Aggress Maltreat Trauma* 2011;20(2):103-27.
- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008;4(5):487-504.
- Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006;61(8):774-88.
- Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, Buszewicz M, Murad S, King M. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(12):1332-40.
- Shadish WR et Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(1):6-14.
- Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62(10):1013-20.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(21):2601-8.
- Shear MK. Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereave Care* 2010;29(3):10-4.
- Siemer CP, Fogel J, Van Voorhees BW. Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(1):135-53.
- Smedslund G, Clench-Aas J, Dalsbo TK, Steiro A, Winsvold A. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Campbell Systematic Reviews*. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2011. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/27/>.
- Snyder DK et Balderrama-Durbin C. Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and research. *Behav Ther* 2012;43(1):13-24.
- Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. *Annu Rev Psychol* 2006;57:317-44.
- Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, et al. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA* 2009;301(14):1460-7.
- Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2011. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-fra.pdf>.
- Summers RF et Barber JP. Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry* 2003;27(3):160-5.
- Taylor JE et Harvey ST. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clin Psychol Rev* 2010;30(6):749-67.
- Taylor JE et Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2009;14(5):273-85.
- Thomas R et Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35(3):475-95.
- Troxel WM, Germain A, Buysse DJ. Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI). *Behav Sleep Med* 2012;10(4):266-79.
- Trudel G, Boyer R, Villeneuve V, Anderson A, Pilon G, Bounader J. The Marital Life and Aging Well Program: Effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sex Relation Ther* 2008;23(1):5-23.
- Turner KM et Sanders MR. Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther* 2006;37(2):131-42.
- Van der Houwen K, Schut H, van den Bout J, Stroebe M, Stroebe W. The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behav Res Ther* 2010;48(5):359-67.

- Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91(2):270-6.
- Vickerman KA et Margolin G. Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2009;29(5):431-48.
- Vlasto C. Therapists' views of the relative benefits and pitfalls of group work and one-to-one counselling for bereavement. *Counselling and Psychotherapy Research* 2010;10(1):60-6.
- Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012;43(4):1049-57.
- Weaver A, Greeno CG, Marcus SC, Fusco RA, Zimmerman T, Anderson C. Effects of structural family therapy on child and maternal mental health symptomatology. *Res Soc Work Pract* 2013;23(3):294-303.
- Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2009;35(2):145-52.
- Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD004853.
- Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):69-78.
- Wood ND, Crane DR, Schaalje GB, Law DD. What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *Am J Fam Ther* 2005;33(4):273-87.