

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Analyse des caractéristiques
personnelles et cliniques associées à
une réponse favorable aux
interventions psychosociales visant à
prévenir et traiter les symptômes et
troubles mentaux courants

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

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Analyse des caractéristiques personnelles et cliniques associées à une réponse favorable aux interventions psychosociales visant à prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants

Rédaction

Sophie Bernard
Joëlle Brassard
Micheline Lapalme

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Direction

Marie-Claude Sirois

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Sophie Bernard, M. Sc.
Joëlle Brassard, M. Sc.
Micheline Lapalme, Ph. D.
Sophie Léveillé, M. A.
Émilie Proteau-Dupont, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. Éd., M. Sc. adm.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Bin Chen, *tech. doc.*

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu
Julie Dionne

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D..

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN 978-2-550-94282-5 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteurs spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Toute autre utilisation de cette publication, incluant sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Analyse des caractéristiques personnelles et cliniques associées à une réponse favorable aux interventions psychosociales visant à prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. État des connaissances rédigé par Sophie Bernard, Joëlle Brassard et Micheline Lapalme. Québec, Qc : INESSS; 2023. 174 p.

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

Groupe d'experts

Les membres du groupe d'experts ayant participé aux travaux sont :

M^{me} Annie Bossé, usagère partenaire; formatrice sur le rétablissement en santé mentale, organismes communautaires et cours universitaires; paire aidante au CISSS de Lanaudière

M^{me} Catherine Briand, professeure et vice-doyenne, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR); chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

M^{me} Janie Houle, psychologue communautaire; professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM); chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

M^{me} Martine Lafleur, infirmière; pilote clinico-organisationnelle pour le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM), Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Julie Lane, professeure spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants, Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale, Faculté d'éducation; directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke; chercheure à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de l'Estrie, au Centre de recherche sur le vieillissement et dans l'équipe RENARD

M. Michel Perreault, psychologue-chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheur régulier à l'Institut universitaire sur les dépendances

M. Martin D. Provencher, psychologue; professeur titulaire, Faculté des sciences sociales – École de psychologie, Université Laval; chercheur régulier au Centre d'évaluations et d'interventions en santé mentale (CÉISM) ainsi qu'aux centres de recherche VITAM et CERVO

Lecteurs et lectrice externes

Les lecteurs et lectrice externes ont validé les aspects méthodologiques du présent rapport de même que l'exactitude de son contenu et sa qualité scientifique, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport, les lecteurs et lectrice externes sont :

M. Guillaume Foldes-Busque, psychologue; professeur titulaire au Département des sciences sociales – École de psychologie, Université Laval; Directeur au Centre d'études et d'intervention en santé mentale (CÉISM); chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et au Centre de recherche du CISS de Chaudière-Appalaches

M. Sébastien Grenier, psychologue, professeur agrégé au Département de psychologie, Université de Montréal, chercheur boursier Senior FRQS au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Directeur du Laboratoire d'étude sur l'anxiété et la dépression gériatrique (LEADER) et du programme VIEsÂGE (Vivre sans anxiété pour les personnes âgées)

M^{me} Kristel Tardif-Grenier, professeure agrégée, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais; co-directrice du Laboratoire de recherche *Tout un village*; chercheure régulière à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD) et au Groupe de recherche sur les environnements scolaires (GRES)

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

Pour ce rapport, les patients, usagers, proches aidants et citoyens sont :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Comité délibératif permanent de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Les membres du Comité délibératif permanent sont :

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, cheffe du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill

D^r Serge Bergeron, chef intérimaire du Département régional de médecine générale, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Jacinthe Cloutier, directrice des programmes Déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme (DI-DP-TSA), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; co-porteuse de la mission Institut universitaire DI-TSA

D^{re} Julie Deschambeault, professeure de clinique; responsable médicale pour les activités d'amélioration continue de la qualité du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval; cheffe de service des soins palliatifs au Centre hospitalier de Lanaudière; co-cheffe médecine générale, CISSS de Lanaudière, volet CHSLD

M^{me} Johanne Dion, psychologue clinicienne, CISSS de la Côte-Nord (retraîtée - 30 décembre 2022)

M^{me} Marianne Dion-Labrie, conseillère-cadre expérience-client et éthique, CISSS de la Montérégie-Est

D^r Éric Latimer, professeur titulaire, Département de psychiatrie; membre associé, Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail; membre associé, Institut pour la santé et la politique sociale, Université McGill; professeur adjoint, sciences informatiques, Université Lakehead

M. Jean-Marc Ménard, consultant, Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du RUISSS, Université de Montréal; chargé d'enseignement, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; psychologue, pratique privée

M. Pierre-Paul Milette, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (retraité)

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheure au Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée, Université Laval

M. Michel Perreault, psychologue-chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Déclaration d'intérêts

Les membres du groupe d'experts reçoivent ou peuvent recevoir des subventions liées aux thématiques du présent état des connaissances. Plus spécifiquement, les membres ont fait les déclarations suivantes.

M^{me} Annie Bossé donne des formations sur le rétablissement en santé mentale à des organismes communautaires et dans le cadre de cours universitaires. Elle est aussi paire aidante au CISSS de Lanaudière.

M^{me} Janie Houle a contribué activement, en tant que chercheure, à l'élaboration d'interventions de soutien à l'autogestion, dont les ateliers d'autogestion « Revivre » et l'outil « Aller mieux à ma façon ».

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VII
SIGLES ET ACRONYMES	XIII
GLOSSAIRE	XIV
MISE EN CONTEXTE	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
1.1 Repérage et sélection de la littérature scientifique.....	2
1.2 Évaluation de la qualité et extraction des données	4
1.3 Traitement et synthèse des données	5
1.4 Sources des données	7
1.4.1 Études primaires portant sur des variables modératrices	7
1.4.2 Études primaires portant sur des variables médiatrices	8
1.5 Validation des travaux	9
2 INFORMATIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DES RÉSULTATS.....	10
2.1 Définition de l'intervention psychosociale	10
2.2 Classification des interventions	11
2.3 Définition d'une variable modératrice	12
2.4 Analyse des variables modératrices.....	14
2.5 Définition d'une variable médiatrice.....	14
2.6 Analyse des variables médiatrices	15
3 RÉSULTATS	22
3.1 Variables modératrices	22
3.1.1 Variables sociodémographiques et réponse au traitement.....	23
3.1.2 Compétences personnelles et réponse au traitement	25
3.1.3 Facteurs interpersonnels et réponse au traitement	28
3.1.4 Profil clinique et réponse au traitement.....	29
3.1.5 Caractéristiques de l'intervention et réponse au traitement	34
3.1.6 Synthèse des résultats sur les variables modératrices.....	41
3.2 Variables liées à l'adhésion au traitement	43
3.2.1 Influence de l'adhésion au traitement sur la réponse au traitement	43
3.2.2 Influence de l'adhésion aux devoirs sur la réponse au traitement.....	45
3.2.3 Variables qui influencent l'adhésion au traitement et aux devoirs	45
3.2.4 Considérations cliniques	46
3.3 Variables médiatrices	47
3.3.1 Processus cognitifs et réponse au traitement.....	48
3.3.2 Processus émotionnels et réponse au traitement.....	53
3.3.3 Processus interpersonnel et réponse au traitement	56

3.3.4	Processus comportementaux et réponse au traitement.....	58
3.3.5	Alliance thérapeutique et réponse au traitement	60
3.3.6	Résultats sur les mécanismes d'action des interventions.....	63
3.3.7	Synthèse de la contribution des variables médiatrices à l'efficacité des interventions	66
4	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	68
4.1	Variables modératrices susceptibles d'influencer la réponse au traitement.....	68
4.2	L'importance de l'adhésion au traitement et aux devoirs.....	69
4.3	Variables qui contribuent à l'efficacité des interventions	70
4.4	Limites et défis de la présente synthèse.....	72
4.4.1	Représentativité des études recensées	72
4.4.2	Synthèse narrative basée sur la direction des effets	73
4.4.3	Défis relatifs à l'analyse des variables modératrices et médiatrices.....	73
4.5	Conclusion	74
	RÉFÉRENCES.....	75
	ANNEXE A.....	85
	Stratégie de repérage d'information scientifique.....	85
	ANNEXE B.....	91
	Évaluation de la qualité des études primaires retenues - ASPC	91
	ANNEXE C.....	96
	Description des études primaires retenues	96
	ANNEXE D.....	112
	Liste des modérateurs	112
	ANNEXE E.....	116
	Résultats sur les variables modératrices et la réponse au traitement.....	116
	ANNEXE F	158
	Résultats sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs et la réponse au traitement.....	158
	ANNEXE G	169
	Résultats sur les variables médiatrices et la réponse au traitement.....	169

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères de sélection de la littérature scientifique	2
Tableau 2	Classification des interventions psychosociales	11
Tableau 3	Définitions des concepts liés aux variables médiatrices	18
Tableau 4	Catégories des variables modératrices	22
Tableau 5	Synthèse des résultats sur les variables modératrices et la réponse au traitement.....	42
Tableau 6	Variables qui influencent l'adhésion au traitement et aux devoirs	45
Tableau 7	Hypothèses de travail sur les processus cognitifs comme médiateurs de la réponse au traitement	48
Tableau 8	Hypothèses de travail sur les processus émotionnels comme médiateurs de la réponse au traitement.....	53
Tableau 9	Hypothèses de travail sur les processus interpersonnels comme médiateurs de la réponse au traitement.....	56
Tableau 10	Hypothèses de travail sur les processus comportementaux comme médiateurs de la réponse au traitement.....	58
Tableau 11	Hypothèses de travail sur l'alliance thérapeutique comme médiateur de la réponse au traitement	60
Tableau 12	Hypothèses de travail sur les mécanismes d'action	64
Tableau 13	Synthèse des résultats obtenus sur les variables médiatrices	67
Tableau B-1	Section « Évaluation globale » de la grille ASPC sur l'évaluation de la qualité des études primaires.....	91
Tableau B-2	Évaluation de la qualité des études primaires sur les variables modératrices	92
Tableau B-3	Évaluation de la qualité des études primaires sur les variables médiatrices.....	95
Tableau C-1	Description des études primaires pour les variables modératrices.....	96
Tableau C-2	Description des études primaires pour les variables médiatrices	108
Tableau D-1	Liste des modérateurs	112
Tableau E-1	Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la réponse au traitement.....	116
Tableau E-2	Relation entre les compétences personnelles et la réponse au traitement.....	128
Tableau E-3	Relation entre les facteurs interpersonnels et la réponse au traitement	132
Tableau E-4	Relation entre le profil clinique et la réponse au traitement.....	134
Tableau E-5	Relation entre les caractéristiques de l'intervention et la réponse au traitement.....	149
Tableau F-1	Influence de l'adhésion sur la réponse au traitement.....	158
Tableau F-2	Influence des variables sociodémographiques sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs.....	161
Tableau F-3	Influence du profil clinique sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs	163
Tableau F-4	Influence des compétences personnelles sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs.....	165
Tableau F-5	Influence des caractéristiques liées à l'intervention ou l'intervenant sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs.....	166

Tableau G-1	Résultats sur les processus cognitifs comme médiateurs de la réponse au traitement	169
Tableau G-2	Résultats sur les processus émotionnels comme médiateurs de la réponse au traitement	171
Tableau G-3	Résultats sur les processus interpersonnels comme médiateurs de la réponse au traitement	172
Tableau G-4	Résultats sur les processus comportementaux comme médiateurs de la réponse au traitement	172
Tableau G-5	Résultats sur l'alliance thérapeutique comme médiateur de la réponse au traitement...	173
Tableau G-6	Résultats sur les mécanismes d'action impliquant l'alliance thérapeutique	174

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Diagramme de flux : sélection initiale et mise à jour.....	4
Figure 2	Définition de l'intervention psychosociale.....	10
Figure 3	Variables modératrices.....	12
Figure 4	Modèle de médiation entre une intervention et la réponse au traitement.....	15
Figure 5	Mécanisme d'action	16
Figure 6	Modèle de médiation complexe	17
Figure 7	Processus thérapeutique.....	48
Figure 8	Procédure thérapeutique	59
Figure 9	Mécanisme d'action – Procédure et processus thérapeutiques	63

RÉSUMÉ

MISE EN CONTEXTE

Le présent rapport fait suite à l'état des connaissances publié en juillet 2022 intitulé *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants* [INESSS, 2022]. Les travaux de ce premier rapport visaient à identifier des interventions susceptibles d'élargir l'offre de services en santé mentale, afin de répondre aux besoins grandissants de la population. Les résultats obtenus ont permis de démontrer l'efficacité de plusieurs autosoins guidés et non guidés et d'interventions offertes en présence, pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress et/ou améliorer le fonctionnement, la qualité de vie ou le bien-être psychologique des personnes avec des symptômes ou troubles mentaux courants.

Toutefois, même lorsque l'efficacité d'une intervention est établie, celle-ci s'avère rarement efficace pour tous. Le présent rapport vise à documenter, via l'analyse des variables modératrices et médiatrices, les caractéristiques des personnes susceptibles de répondre favorablement à ces interventions ainsi que les procédures et processus thérapeutiques qui contribuent à leur efficacité.

MÉTHODOLOGIE

La recension des écrits est basée sur une méthode de revue rapide qui inclut 63 études primaires publiées entre janvier 2019 et février 2022. Cinquante de ces études portent sur des variables modératrices et 13 sur des variables médiatrices. Les études ont été réalisées majoritairement auprès d'une population adulte et dans le cadre d'interventions d'approche cognitivo-comportementale classique ou de 3^e vague.

Il est à noter que les variables modératrices font référence à des caractéristiques de la personne, de sa condition clinique ou de l'intervention (p. ex. statut d'emploi, chronicité des symptômes, format de l'intervention) qui sont préexistantes au traitement et qui influencent la réponse au traitement, indépendamment de ce qui se passe pendant celui-ci. Les variables médiatrices renvoient quant à elles à des événements qui surviennent pendant le traitement et qui sont associés, en bout de ligne, à l'efficacité de l'intervention. Il peut s'agir, par exemple, d'une action ou technique utilisée par l'intervenant ou encore d'un changement qui s'opère dans les pensées, émotions ou comportements de la personne. Enfin, par « réponse au traitement », on entend une diminution statistiquement significative des symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress, une amélioration cliniquement significative de ces symptômes ou leur rémission.

Il est à noter que la grande variabilité des analyses effectuées et des résultats présentés n'a pas permis de convertir les résultats sous une même statistique ni d'en faire une analyse quantitative. Les résultats ont donc fait l'objet d'une synthèse narrative basée principalement sur la direction des effets du traitement et aucun processus d'appréciation de la preuve n'a été appliqué.

Ainsi, et en raison de leur caractère descriptif et exploratoire, les résultats de la présente synthèse doivent être interprétés avec réserve.

PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LES VARIABLES MODÉRATRICES

Les variables modératrices sont analysées en évaluant le degré d'association entre la présence d'une caractéristique donnée et la réponse au traitement. Il ne s'agit pas d'un lien de causalité mais d'un lien corrélational.

Influence des caractéristiques sociodémographiques sur la réponse au traitement

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le statut matrimonial ou le niveau de scolarité, ont peu d'influence sur la réponse au traitement. En effet, le statut d'emploi est le seul modérateur à avoir été confirmé dans au moins trois études. Ainsi, les personnes avec des symptômes ou un trouble mental courant qui sont en emploi seraient plus susceptibles de répondre favorablement aux interventions psychosociales évaluées que celles sans emploi.

Considérations cliniques

Certains auteurs sont d'avis que le peu d'influence des variables socio-démographiques sur la réponse au traitement laisse présager un certain potentiel de généralisation des interventions psychosociales à différents sous-groupes de la population présentant des symptômes ou troubles mentaux courants. D'autres laissent entendre que la reconnaissance de ces disparités sociales par l'intervenant est susceptible d'atténuer leurs effets et d'influencer favorablement la réponse au traitement.

D'autres auteurs encore soulignent que même si ces variables n'ont pas d'influence manifeste sur la réponse au traitement, elles sont à tout le moins susceptibles d'influer sur le rythme d'apprentissage des personnes avec des symptômes ou troubles mentaux courants.

Influence du profil clinique sur la réponse au traitement

La majorité des études qui ont documenté l'influence du profil clinique sur la réponse au traitement indiquent que les personnes qui présentent des symptômes plus récents, qui ne font pas usage d'antidépresseurs, qui sont en bonne condition physique et ont vécu moins d'expériences négatives dans le passé sont plus susceptibles de présenter une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes.

Pris globalement, les résultats des études portant sur la comorbidité et la sévérité des symptômes donnent à penser que les personnes avec des symptômes plus sévères, ou des symptômes ou troubles mentaux comorbides, sont susceptibles de répondre de façon similaire ou plus favorablement aux interventions psychosociales analysées que celles avec des profils cliniques moins sévères ou complexes.

Considérations cliniques

Certains auteurs sont d'avis qu'en présence de symptômes ou troubles mentaux comorbides, il serait préférable de miser sur une approche transdiagnostique plutôt que sur des interventions centrées sur des symptômes ou un trouble en particulier. D'autres encore mentionnent que pour les adultes avec une plus longue chronicité de symptômes, une intervention axée sur une seule composante, pratiquée de façon plus répétitive et intensive, pourrait s'avérer plus appropriée lorsque les habitudes à modifier sont bien enracinées.

Enfin, et compte tenu de la divergence des résultats, certains auteurs laissent entendre qu'il serait prématuré pour les intervenants d'utiliser les évidences disponibles à ce jour pour guider le choix de leurs interventions. Ils conseillent plutôt aux intervenants de prendre des décisions en fonction de leur expertise, des valeurs des personnes auprès de qui ils interviennent et conformément aux meilleures pratiques cliniques.

Influence des caractéristiques liées à l'intervention sur la réponse au traitement

Les résultats obtenus indiquent que les attentes et préférences envers le traitement ont peu d'influence sur la réponse à celui-ci alors que les résultats portant sur la motivation, l'ambivalence et la résistance au changement se sont avérés inconcluants.

En contraste, les résultats révèlent que meilleure est l'adhésion au traitement ou aux devoirs, meilleure est la réponse au traitement. De fait, sept des huit études qui se sont intéressées à l'adhésion au traitement indiquent que les adultes qui terminent un plus grand nombre de séances ou de modules, qui font les exercices tels que planifiés et appliquent les contenus dans leur vie sont plus susceptibles de répondre favorablement à un autosoin guidé ou une intervention offerte en présence.

Considérations cliniques

Les résultats obtenus donnent à penser que ce n'est pas la présence ou le niveau initial de ces éléments qui influence la réponse au traitement, mais plutôt leur évolution en cours de traitement. En ce sens, il est supposé que l'acquisition et l'intégration, par exemple, de techniques d'entretien motivationnel pourraient permettre aux intervenants d'optimiser leurs interventions en favorisant une plus grande motivation au changement et une meilleure adhésion au traitement et aux devoirs.

PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LES VARIABLES MÉDIATRICES

L'analyse des variables médiatrices exige de recourir à des devis d'études avec comparateur et à au moins trois temps de mesure, de façon à établir le lien de causalité entre le médiateur et l'efficacité de l'intervention. Les médiateurs sont classifiés en quatre grandes catégories selon le type de processus impliqué, soit cognitif, émotionnel, interpersonnel ou comportemental.

Médiateurs de type cognitif de la réponse au traitement

Les médiateurs de type cognitif sont ceux qui ont été les plus étudiés et dont la contribution à l'efficacité des interventions a été le plus confirmée. Les résultats des études recensées indiquent que :

- la diminution en cours d'intervention des pensées automatiques négatives, attitudes dysfonctionnelles, interprétations erronées des sensations corporelles et de la croyance en l'incapacité de contrôler ses inquiétudes entraîne chez la personne une diminution subséquente des symptômes de dépression ou d'anxiété et une réponse favorable à l'intervention au post-traitement;
- l'amélioration ou l'augmentation en cours d'intervention des habiletés cognitivo-comportementales, de la compétence perçue et de la fonction réflexive liée aux symptômes de panique¹ entraîne une diminution subséquente des symptômes de dépression ou d'anxiété et une réponse favorable à l'intervention au post-traitement.

Les résultats obtenus révèlent de plus que la modification des processus cognitifs contribue à l'efficacité des interventions, que ceux-ci soient directement ciblés par l'intervention ou non.

Considérations cliniques

Les adultes qui présentent une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété ou de dépression sont ceux qui arrivent à modifier, en cours de traitement, leur perception de soi et de leurs capacités et à interpréter différemment leurs symptômes.

Certains résultats démontrent cependant que la modification des processus cognitifs peut générer une détresse importante susceptible d'interférer avec l'efficacité de l'intervention. Cela peut être plus problématique dans le cadre d'un autosoin non guidé, où l'intervenant n'est pas en mesure de monitorer la détresse engendrée par des interventions cognitives et d'apporter les ajustements requis.

Médiateurs de type émotionnel de la réponse au traitement

Des trois processus émotionnels évalués, l'espoir est le seul dont l'effet a été démontré. L'espoir représenterait la capacité de la personne à identifier des stratégies pour atteindre ses buts ainsi que la motivation et le sentiment d'être capable de s'engager dans la poursuite de ceux-ci. Les personnes ayant un niveau d'espoir élevé auraient tendance à percevoir les obstacles comme étant moins stressants, à rebondir plus rapidement en leur présence et à démontrer de la résilience dans des circonstances difficiles.

¹ La fonction réflexive à la panique fait référence à la capacité de la personne à comprendre et interpréter la signification psychologique et émotionnelle de ses symptômes de panique.

Les résultats de l'étude portant sur l'espoir indiquent que son augmentation, en cours de traitement, expliquerait jusqu'à 60 % de l'amélioration des symptômes d'anxiété.

Considérations cliniques

La contribution de l'espoir à l'efficacité des interventions est d'intérêt étant donné qu'il peut être mesuré de façon valide, et que des interventions brèves le ciblant spécifiquement sont disponibles.

Le monitoring du niveau d'espoir et l'inclusion, au besoin, d'interventions favorisant son accroissement pourraient contribuer à augmenter l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes aux personnes présentant un trouble anxieux. Le potentiel de généralisation à d'autres interventions et d'autres troubles demeure cependant à démontrer.

Médiateurs de type comportemental de la réponse au traitement

L'activation comportementale et la qualité du sommeil sont les seuls processus comportementaux à avoir été évalués dans le cadre d'une étude réalisée auprès de personnes présentant un trouble de l'adaptation lié à de l'épuisement professionnel.

Les résultats indiquent que seule l'amélioration de la qualité du sommeil, en cours de traitement, est associée à une diminution subséquente des symptômes d'épuisement professionnel et à une réponse favorable à une thérapie cognitivo-comportementale.

Médiateurs de type interpersonnel de la réponse au traitement

Les médiateurs de type interpersonnel évalués dans les études recensées sont l'alliance thérapeutique, les problèmes interpersonnels ainsi que l'observance ou la résistance manifestée par la personne envers les directives de l'intervenant.

L'alliance thérapeutique est le seul médiateur à avoir été évalué dans plus d'une étude, qu'il s'agisse de sa qualité, de son établissement précoce en cours d'intervention, ou encore des gains soudains résultant de la résolution de bris survenus dans celle-ci. Les résultats obtenus dans ces études démontrent que différents aspects de l'alliance thérapeutique contribuent à l'efficacité des interventions, que celles-ci soient offertes en présence ou sous forme d'autosoins guidés.

Considérations cliniques

Les résultats obtenus démontrent que l'alliance thérapeutique contribue à l'efficacité des interventions. Son effet varierait toutefois d'une personne à l'autre, et serait plus déterminant chez les adultes ayant des problèmes interpersonnels ou des besoins relationnels plus importants.

La relation entre l'alliance et la réponse au traitement demeure moins bien comprise dans le cas d'interventions où il y a moins de contact direct avec l'intervenant. Certaines études laissent néanmoins entendre qu'une communication en mode synchrone, le contact visuel et la présence physique de l'intervenant ne sont pas des éléments essentiels au développement d'une bonne alliance thérapeutique. D'autres facteurs

propres aux interventions numériques, tels que la facilité, la flexibilité d'accès et l'anonymat, pourraient compenser l'absence de ces éléments.

Prendre note que ...

- À l'exception de l'alliance thérapeutique, la contribution des différents médiateurs à la réponse au traitement n'a été confirmée que dans une seule étude chacun.
- De plus, ces résultats sont issus d'études portant sur des interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence dans la quasi-totalité des cas. Il est donc difficile de statuer si les médiateurs évalués sont spécifiques ou communs à d'autres interventions.

CONCLUSION

Les résultats de la présente synthèse peuvent soutenir la réflexion clinique des intervenants et professionnels et guider la mise en place des interventions psychosociales dont l'efficacité a été démontrée. Ils indiquent, entre autres, qu'il pourrait être judicieux pour les intervenants de suivre l'évolution des variables susceptibles d'influencer la réponse au traitement et d'ajuster leurs interventions en conséquence. Ceci serait particulièrement pertinent lorsque l'intervention ne donne pas les résultats escomptés. Les résultats soulignent également l'importance, pour les intervenants, d'accompagner les personnes avec des symptômes ou troubles mentaux courants dans leur processus de changement, et plus particulièrement encore sur le plan cognitif.

Les résultats obtenus pourront aussi guider la recherche et l'évaluation concernant des pratiques innovantes, dont les autosoins, afin d'en assurer des retombées optimales. Des études portant spécifiquement sur la population adolescente, les jeunes adultes ou les personnes âgées sont nécessaires. De même, certaines variables modératrices, dont l'adhésion au traitement, auraient avantage à être considérées comme des médiateurs de la réponse au traitement dans le cadre de devis d'études permettant de comprendre comment ceux-ci contribuent à l'efficacité des interventions.

Enfin, rappelons que les travaux réalisés dans le cadre de la présente synthèse et de la précédente [INESSS, 2022] s'inscrivent dans la volonté du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* visant, entre autres, à poursuivre l'implantation du *Programme québécois pour les troubles mentaux* et à innover en intégrant les interventions numériques dans les services de santé mentale. Nous espérons que les résultats obtenus soutiendront le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que l'ensemble du réseau, dans la réponse aux besoins des personnes présentant des symptômes et troubles mentaux courants.

SUMMARY

Analysis of personal and clinical characteristics associated with a favourable response to psychosocial interventions aimed at preventing and treating common mental disorders and symptoms

CONTEXT

This report is a follow-up to the state of knowledge published in July 2022 entitled *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants* [Efficacy of Psychosocial Interventions for the Prevention and Treatment of Common Mental Disorders and Symptoms] [INESSS, 2022]. This first report sought to identify interventions that could expand the supply of mental health services to meet the growing needs of the population. The results demonstrated the efficacy of several guided and unguided self-care and in-person interventions in decreasing symptoms of depression, anxiety and stress and/or improving functioning, quality of life or psychological well-being in people with common mental disorders or related symptoms.

However, even when the efficacy of an intervention is established, it rarely works for everyone. The purpose of this report is to document, through an analysis of moderating variables, the characteristics of individuals who are likely to respond favourably to these interventions, and through the analysis of mediating variables, the therapeutic procedures and processes that contribute to their efficacy.

METHODOLOGY

The literature review was based on a rapid review method that included 63 primary studies published between January 2019 and February 2022. Fifty of these studies focus on moderating variables and 13 on mediating variables. The studies were mainly carried out in an adult population and within the framework of classic or third-wave cognitive behavioural interventions.

It should be noted that moderating variables refer to characteristics of the individual, his or her clinical condition or the intervention (e.g., employment status, chronicity of symptoms, intervention format) that are pre-existing to the treatment and influence its response, regardless of what happens during the treatment. Mediating variables refer to events that occur during treatment and are ultimately associated with the efficacy of the intervention. A mediating variable may be, for example, an action or technique used by the practitioner or a change in the person's thoughts, emotions or behaviours. Finally, "treatment response" means a statistically significant decrease in symptoms of depression, anxiety or stress, a clinically significant improvement in these symptoms, or their remission.

It should be noted that, due to the great variability of the analyses and results, it was not possible to convert these results into a single statistic or to perform a quantitative analysis. The results were therefore summarized in a narrative form based mainly on the

direction of treatment effects and no statistical process for weighing the evidence was applied.

Consequently, considering their descriptive and exploratory nature, the results of this synthesis must be interpreted with caution.

KEY RESULTS ON MODERATING VARIABLES

Moderating variables are analyzed by assessing the degree of association between the presence of a given characteristic and the treatment response. This is a correlational link instead of a causal link.

Influence of sociodemographic characteristics on treatment response

Overall, the results indicate that sociodemographic characteristics such as age, marital status, or education level have little influence on treatment response. Indeed, employment status was the only moderator that was confirmed in at least three studies. Thus, individuals with symptoms or a current mental disorder who are employed would seem to be more likely to respond favourably to the psychosocial interventions evaluated than those who are not employed.

Clinical considerations

Some authors consider that the limited influence of sociodemographic variables on treatment response points to some potential for generalizing psychosocial interventions to different subgroups of the population with common mental disorders or related symptoms. Others suggest that the practitioner's recognition of these social disparities may mitigate their effects and positively influence treatment response.

Still, other authors point out that even if these variables do not clearly influence treatment response, they are at least likely to influence the rate of learning for people with common mental disorders or related symptoms.

Influence of clinical profile on treatment response

Most of the studies that have documented the influence of a person's clinical profile on treatment response indicate that people whose symptoms are more recent, who are not using antidepressants, are physically fit, and have had fewer negative experiences in the past are more likely to have a decrease or a clinically significant improvement in their symptoms.

Taken together, the results of studies on comorbidity and symptom severity suggest that people having more severe symptoms, or comorbid mental disorders or related symptoms, are likely to respond similarly or more favourably to the psychosocial interventions analyzed than those with less severe or complex clinical profiles.

Clinical considerations

Some authors have suggested that a transdiagnostic approach is preferable to symptom- or disorder-specific interventions when comorbid mental disorders or related symptoms are present. Still, others mention that for adults with a longer chronicity of symptoms, a single component intervention, practised more repetitively and intensively, may be more appropriate when the habits to be changed are well entrenched.

Finally, and given the discrepancy in results, some authors suggest that it would be premature for practitioners to use the evidence available to date to guide their choice of interventions. Instead, they advise practitioners to make decisions based on their expertise, the values of the people with whom they intervene, and in accordance with best clinical practices.

Influence of intervention-related characteristics on treatment response

Results indicate that expectations and preferences towards treatment have little influence on treatment response, while the results on motivation, ambivalence and resistance to change were inconclusive.

In contrast, the results show that the greater the adherence to treatment or assignments, the better the response to treatment. In fact, seven of the eight studies that looked at treatment adherence indicated that adults who complete more sessions or modules, do the exercises as planned, and apply the content in their lives are more likely to respond favourably to a guided self-care or in-person intervention.

Clinical considerations

The results suggest that it is not the presence or initial level of these elements that influences the response to treatment, but rather their evolution during treatment. In that regard, it is assumed that the acquisition and integration of, for example, motivational interviewing techniques could allow practitioners to optimize their interventions by promoting greater motivation to change and better adherence to treatment and assignments.

KEY RESULTS ON MEDIATING VARIABLES

Analysis of mediating variables requires the use of study designs with comparators and at least three measurement times to establish the causal relationship between the mediator and the efficacy of the intervention. Mediators are classified into four broad categories according to the type of process involved: cognitive, emotional, interpersonal or behavioural.

Cognitive mediators of response to treatment

Cognitive mediators have been studied the most extensively and have been shown to contribute to intervention efficacy. The results of the reviewed studies indicate that:

- In the course of the intervention, a decrease of negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, erroneous interpretations of bodily sensations and belief in the inability to control one's worries leads to a subsequent decrease in depression or anxiety symptoms and a favourable response to post-treatment intervention.
- An improvement or increase in cognitive-behavioural skills, perceived competence and reflexive function related to panic symptoms², during the intervention, leads to a subsequent decrease in depressive or anxiety symptoms and a favourable response to the post-treatment intervention.

The results also show that changes in cognitive processes contribute to intervention efficacy, whether or not they are directly targeted by the intervention.

Clinical considerations

Adults who show a decrease or a clinically significant improvement in their anxiety or depressive symptoms are those who are able to change their perception of themselves and their abilities and interpret their symptoms differently during treatment.

However, there is some evidence that a modification of cognitive processes can generate significant distress that may interfere with intervention efficacy. This can be more problematic in the context of unguided self-care, where the practitioner is not able to monitor the distress caused by cognitive interventions and make the necessary adjustments.

Emotional mediators of response to treatment

Of the three emotional processes assessed, hope was the only one shown to have an effect. Hope would represent a person's ability to identify strategies to achieve his or her goals as well as the motivation and sense of being able to engage in the pursuit of these goals. People with high levels of hope would tend to perceive barriers as less stressful, bounce back more quickly when facing a barrier and demonstrate resilience in difficult circumstances.

The results of the hope study indicate that an increase in hope during treatment accounts for up to 60% of improvements in anxiety symptoms.

² Reflexive panic function refers to a person's ability to understand and interpret the psychological and emotional meaning of his or her panic symptoms.

Clinical considerations

The contribution of hope to the efficacy of interventions is of interest given that it can be validly measured and that brief interventions specifically targeting it are available.

Monitoring the level of hope and including, if necessary, interventions to increase it could help boost the efficacy of cognitive-behavioural interventions offered to people with an anxiety disorder. However, the potential for generalization to other interventions and disorders has not yet been shown.

Behavioural mediators of response to treatment

Behavioural activation and sleep quality were the only behavioural processes assessed in a study of individuals with clinical burnout-related adjustment disorder.

Results indicate that only improved sleep quality, during treatment, is associated with a subsequent decrease in burnout symptoms and a favourable response to cognitive-behavioural therapy.

Interpersonal mediators of response to treatment

The interpersonal mediators assessed in the studies reviewed were the therapeutic alliance, interpersonal problems and a person's compliance or resistance to the practitioner's instructions.

The therapeutic alliance is the only mediator that has been evaluated in more than one study, whether for its quality, its early development during the intervention, or the sudden gains resulting from the resolution of breakdowns in the intervention. The results obtained in these studies demonstrate that various aspects of the therapeutic alliance contribute to intervention efficacy, whether the interventions are offered in person or as guided self-care.

Clinical considerations

The results obtained show that the therapeutic alliance contributes to the efficacy of the intervention. However, its effect varies from one person to another and seems to be more decisive in adults with interpersonal problems or greater relational needs.

The relationship between the alliance and treatment response is less well understood in interventions where there is less direct contact with the practitioner. However, some studies suggest that synchronous communication, eye contact and the physical presence of the practitioner are not essential to the development of a good therapeutic alliance. Other factors unique to digital interventions, such as ease and flexibility of access and anonymity, could compensate for the absence of these elements.

Please note that...

- With the exception of the therapeutic alliance, the various mediators contribution's to treatment response were each confirmed in only one study.
- Furthermore, these results are based on studies of in-person cognitive-behavioural interventions in almost all cases. It is therefore difficult to determine whether the mediators evaluated are specific or common to other interventions.

CONCLUSION

The results of this synthesis can support the clinical reflection of practitioners and professionals and guide the implementation of psychosocial interventions for which the efficacy has been demonstrated. Among other things, they indicate that it might be wise for practitioners to track variables likely to influence the treatment response and adjust their interventions accordingly. This would be particularly relevant when an intervention is not producing the anticipated results. The results also underline the importance for practitioners to assist people with common mental disorders or related symptoms in their process of change, especially on the cognitive level.

The results can also guide research and assessment of innovative practices, including self-care, to ensure optimal impact. Studies specifically targeting adolescent population, young adults or the elderly are needed. Similarly, some moderating variables, including adherence to treatment, would benefit from being considered as mediators of treatment response in study designs in order to understand how they contribute to the efficacy of the interventions.

Finally, it should be noted that the work carried out in this summary and in the earlier one [INESSS, 2022] is part of the *2022-2026 Interdepartmental Mental Health Action Plan*, which aims, among other things, to continue the implementation of the *Quebec Program for Mental Disorders* and to innovate by integrating digital interventions into mental health services. We hope that the results will support the Ministry of Health and Social Services and the entire network in responding to the needs of people with common mental disorders and related symptoms.

SIGLES ET ACRONYMES

ACSM	Association canadienne de santé mentale
AGReMA	<i>A Guideline for Reporting Mediation Analyses</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	<i>Australian Psychological Society</i>
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CLEAR	<i>Client Language Easy Rating coding system</i>
CMOTS	<i>Client Motivation for Therapy Scale</i>
CQ	<i>Change Questionnaire</i>
CRC	<i>Client Resistance Code</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MBCT	<i>Mindfulness-based cognitive therapy</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute of Health and Care Excellence</i>
RC	Rapport de cotes (Odds ratio)
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAQ	<i>Treatment Ambivalence Questionnaire</i>
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TPA	Trouble de panique avec agoraphobie
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

GLOSSAIRE

Activation comportementale

L'activation comportementale est une forme d'accompagnement, de soutien et d'enseignement qui met l'accent sur l'amélioration de l'humeur, en amenant la personne à s'engager de nouveau dans des activités qu'elle apprécie, et ce, malgré son humeur négative du moment [WHO, 2016].

Autosoins

Dans le présent rapport, les autosoins font référence à ce qu'une personne fait pour elle-même afin de : 1) maintenir et promouvoir sa santé et son bien-être physique et psychologique ou 2) prévenir ou gérer ses symptômes ou ses maladies. Les autosoins peuvent s'effectuer par soi-même ou avec le soutien d'autres personnes, telles que des proches, des membres de sa communauté ou encore des professionnels. Ils peuvent se faire avec ou sans appui matériel ou technologique [Akouamba *et al.*, 2021, p. 24].

Éducation psychologique

L'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir ou améliorer l'autonomie ou la santé, notamment pour prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux. L'enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, de même que sur le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et sur des techniques de gestion du stress, de relaxation ou d'affirmation de soi [Office des professions du Québec., 2021, Section 5, p. 03].

Intervenant

Dans les études recensées, un intervenant est une personne qui fournit du soutien clinique dans le cadre d'un autosoin guidé ou qui offre une intervention en présence. Il peut s'agir, notamment, d'un travailleur ou d'un étudiant dans les domaines des services sociaux ou de la santé mentale, d'un pair aidant ou d'un enseignant.

Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions basées sur la thérapie interpersonnelle. Celle-ci est une approche brève et structurée qui considère que les problèmes de santé mentale et les problèmes interpersonnels sont interreliés. Les problèmes interpersonnels incluent, notamment, les conflits interpersonnels, les transitions de rôles, les deuils et les déficits dans les relations. Le but de cette thérapie est d'aider la personne à mieux comprendre comment ses difficultés peuvent la conduire à vivre de la détresse et la mettre à risque de développer des problèmes de santé mentale. Elle explore les perceptions individuelles et attentes relationnelles et vise à

améliorer la communication et les habiletés interpersonnelles [APS, 2018, p. 8, traduction libre].

Intervention centrée sur la personne

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions qui visent l'engagement de la personne dans son processus de traitement par l'optimisation de ses forces, des déterminants de son bien-être et de son autonomie. Ces interventions, telles que le *counseling*, ne sont pas axées sur le problème, mais davantage sur la personne pour la soutenir dans la compréhension et l'acceptation de soi et pour favoriser sa croissance personnelle [Galam, 2014; Schmid *et al.*, 2009].

Intervention cognitivo-comportementale

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Selon cette thérapie, les émotions et les comportements dysfonctionnels sont le résultat de schèmes de pensée erronés. Le clinicien travaille avec la personne à l'identification des pensées, des émotions et des comportements problématiques. Les techniques cognitivo-comportementales incluent, notamment, l'exposition, la relaxation, la modification du comportement, l'activation comportementale et la restructuration cognitive [APS, 2018, p. 7, traduction libre].

Intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions cognitives et comportementales qui s'intéressent au fonctionnement optimal de la personne et favorisent une attitude d'acceptation pour améliorer son bien-être psychologique. Ces interventions font une utilisation moindre des interventions cognitives visant la modification du contenu des pensées. Elles visent l'accroissement des répertoires comportementaux et la flexibilité cognitive de la personne, plutôt que la disparition de ses symptômes [Cuijpers *et al.*, 2020; Ngô, 2013].

Intervention de retour au travail

L'intervention de retour au travail est composée d'éléments de la thérapie cognitivo-comportementale, auxquels est ajouté un module axé sur le retour au travail à la suite d'un congé de maladie. Le contexte de travail est utilisé ici comme un moyen d'intervention pour atteindre les objectifs du traitement. Des aspects y étant associés sont donc intégrés au contenu de l'intervention, aux techniques et aux devoirs proposés. Par exemple, il peut s'agir d'éducation psychologique centrée sur le travail, de techniques de restructuration cognitive axée sur les pensées irréalistes liées au travail, d'élaborer un plan de retour au travail en étapes graduelles, de préciser les bénéfices liés au travail, comme les contacts sociaux et l'amélioration de l'estime de soi [Brenninkmeijer *et al.*, 2019; Lagerveld *et al.*, 2012].

Intervention psychodynamique

Dans le présent rapport, cette catégorie inclut la thérapie psychodynamique brève. Celle-ci se caractérise par l'approfondissement d'une dimension ciblée par la personne et son thérapeute. Elle vise à aider la personne en travaillant sur des conflits intrapsychiques et interpersonnels spécifiques. Ces conflits, passés et actuels, ainsi que leur interprétation et leur transfert dans la relation thérapeutique, sont utilisés comme matériel dans le cadre d'un processus actif avec le thérapeute, qui veille à ce que l'attention accordée à la dimension choisie soit limitée dans le temps [APS, 2018, p. 8, traduction libre].

Intervention psychosociale

Les interventions psychosociales sont des activités, techniques ou stratégies qui visent à influencer la réponse de la personne au traitement par une modification de ses facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels et environnementaux. Elles peuvent inclure des éléments génériques retrouvés dans toutes les interventions ou des éléments associés uniquement à une orientation ou une approche théorique particulière. Les changements ciblés touchent les symptômes liés à la santé physique ou mentale de la personne, son fonctionnement et son bien-être [IOM, 2015, p. 32]. Pour plus d'information sur l'intervention psychosociale, voir la [section 2.1](#).

Prévention sélective

Les interventions de prévention sélective sont destinées aux personnes ou à un sous-groupe de la population qui présentent un risque d'avoir des symptômes de troubles mentaux sensiblement plus élevé que la moyenne dans la population générale. Les groupes à risque peuvent être identifiés sur la base de facteurs de risque biologiques, psychologiques ou sociaux qui sont associés à l'apparition de troubles mentaux [Mrazek et Haggerty, 1994].

Procédure thérapeutique

Une procédure thérapeutique est une caractéristique de l'intervenant, une action, une technique ou une composante de l'intervention instaurée pendant le traitement et qui est associée à l'effet de l'intervention au post-traitement sur les symptômes ou la condition ciblée [Prins *et al.*, 2015].

Processus thérapeutique

Un processus thérapeutique est un changement qui survient chez la personne pendant le traitement et qui est associé à l'effet de l'intervention au post-traitement sur les symptômes ou la condition ciblée [Prins *et al.*, 2015].

Professionnel

Correspond à toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier. Cette personne exerce l'une des professions réglementées et intervient auprès des participants selon son champ

d'exercice³. Dans les études recensées, un professionnel est une personne qui fournit du soutien clinique dans le cadre d'un autosoin guidé ou qui offre une intervention en présence.

Psychothérapie

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 est basé sur des modèles théoriques reconnus et 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., 2021, section 5, p. 01].

Réponse au traitement

La réponse au traitement correspond dans les études à l'une ou l'autre des définitions suivantes, soit :

- 1) une diminution statistiquement significative des symptômes, telle que mesurée à l'aide de questionnaires validés;
- 2) une amélioration cliniquement significative correspondant à une diminution du niveau de symptômes du pré-traitement au post-traitement, qui se situe à environ deux écarts-types de la moyenne du groupe une fois l'erreur de mesure prise en compte;
- 3) une rémission correspondant à un niveau de symptômes qui se situe après l'intervention en dessous du seuil clinique à un questionnaire valide, ou encore à l'absence de symptômes ou à des symptômes ne répondant plus aux critères diagnostiques d'un trouble mental courant.

Revue systématique

La revue systématique de littérature suit une démarche structurée selon des critères établis à l'avance, dans le but de répertorier les études pertinentes sur un sujet donné et d'en faire une analyse critique. Ce type de revue est ainsi plus rigoureux que les autres types. Le terme « méta-analyse » est utilisé pour désigner une revue systématique qui effectue une analyse statistique des résultats agrégés des études primaires [APSC, 2014, p. 63].

Santé mentale

La santé mentale fait référence à un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, d'être productive, de se réaliser et de participer à la vie

³ Code des professions (chapitre C-26, article 1).
Disponible à : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>.

dans sa communauté. Les facteurs déterminants de la santé mentale d'une personne peuvent être d'ordre individuel, social, environnemental et génétique [MSSS, 2022, p. 3].

Taille d'effet

Une taille d'effet est une mesure statistique descriptive qui représente la force, la magnitude ou l'ampleur de l'effet d'une intervention ou d'un médicament. Le d de Cohen est une taille d'effet basée sur une différence de moyenne standardisée. Il reflète la différence entre les scores obtenus sur une échelle de symptômes par les personnes recevant l'intervention d'intérêt et ceux obtenus par les personnes du groupe-témoin (liste d'attente, comparateur actif, suivi usuel ou autre intervention).

Traitement pour cas identifié dans la zone clinique

Ce type de traitement est offert à des personnes requérant une attention clinique particulière en raison de la nature et de la sévérité des symptômes présentés [Mrazek et Haggerty, 1994]. Dans la plupart des études recensées pour le présent rapport, il s'agit de personnes qui ont des symptômes modérés à sévères et qui ont obtenu un résultat se situant au-delà du seuil clinique minimal à un questionnaire auto-rapporté et validé.

Trouble anxieux

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur ou une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Ils se distinguent les uns des autres par le type d'objet ou de situation qui induit la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé [APA, 2015, p. 221].

Trouble de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation font partie de la catégorie diagnostique des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. La présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress identifiable est la caractéristique principale des troubles de l'adaptation. Le facteur de stress peut être un événement unique, ou il peut s'agir de situations de stress multiples. De plus, il peut être récurrent ou continu [APA, 2015, p. 339].

Trouble dépressif

Les troubles dépressifs se caractérisent par la présence d'une humeur triste ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leur étiologie présumée [APA, 2015, p. 181].

Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Ces troubles se caractérisent par l'exposition à un événement stressant ou traumatique et l'apparition subséquente d'une détresse psychologique. La présentation clinique des symptômes est très variable, les plus fréquents étant une humeur dysphorique, une externalisation de colère et d'agressivité et des symptômes dissociatifs. Les troubles

inclus dans cette catégorie diagnostique sont le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de stress aigu et le trouble de l'adaptation [APA, 2015, p. 313].

Trouble mental

Syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement [APA, 2015, p. 22].

Trouble mental courant

Dans le présent rapport, les troubles mentaux courants considérés sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, incluant les troubles de l'adaptation.

Trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Les obsessions sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunes, alors que les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible [APA, 2015, p. 275].

Variable médiatrice

Une variable médiatrice est un événement qui survient pendant le traitement et qui est associé à l'effet de l'intervention au post-traitement sur les symptômes ou la condition ciblée. Il peut s'agir d'une procédure thérapeutique, c'est-à-dire d'une caractéristique de l'intervenant ou d'une action, technique ou composante de l'intervention instaurée pendant le traitement, ou encore d'un processus thérapeutique, c'est-à-dire d'un changement qui survient chez la personne pendant le traitement [Prins *et al.*, 2015]. Pour plus d'informations sur les variables médiatrices, voir les sections [2.5](#) et [2.6](#).

Variable modératrice

Une variable modératrice est une caractéristique de la personne ou de sa condition clinique ou de l'intervention, qui est préexistante au traitement et qui influence la réponse à celui-ci [Prins *et al.*, 2015]. Pour plus d'informations sur les variables médiatrices, voir les sections [2.3](#) et [2.4](#).

MISE EN CONTEXTE

Le présent rapport fait suite à l'état des connaissances publié en juillet 2022 intitulé *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants*⁴ [INESSS, 2022]. Un document synthèse « [Repères](#) » qui en reprend l'essentiel est également disponible.

Les travaux de ce premier rapport ont été réalisés dans le contexte de la pandémie et visaient à identifier des interventions susceptibles d'élargir l'offre de services en santé mentale, afin de répondre aux besoins grandissants de la population. Ces travaux ont donc été axés sur des interventions pouvant être offertes dans les services de proximité, par différentes catégories d'intervenants et de professionnels, et dans des modalités favorisant l'accès à ces services (p. ex. interventions en ligne, en format de groupe ou mixte).

Les résultats obtenus dans ce premier état des connaissances [INESSS, 2022] ont permis de démontrer l'efficacité de 17 autosoins non guidés, 9 autosoins guidés et 12 interventions offertes en présence, pour prévenir ou traiter les symptômes ou les troubles mentaux courants et/ou améliorer le fonctionnement, la qualité de vie ou le bien-être psychologique. De plus, des caractéristiques communes aux interventions efficaces ainsi que leurs composantes principales ont été dégagées, et la perspective des usagers a été documentée.

Le présent rapport a pour objectif de documenter, via l'analyse des variables modératrices et médiatrices, le profil des personnes et les caractéristiques des interventions associés à une réponse favorable au traitement ainsi que les éléments qui contribuent à son efficacité. En effet, même lorsque l'efficacité d'une intervention est établie, celle-ci s'avère rarement efficace pour tous.

L'identification des variables modératrices et médiatrices est donc d'intérêt d'un point de vue clinique. Celles-ci pourraient éventuellement soutenir les professionnels dans le choix de l'intervention à offrir en fonction du profil de la personne qui sollicite leur aide. Elles pourraient également permettre aux intervenants et professionnels de se concentrer sur les procédures et processus thérapeutiques qui contribuent activement à l'efficacité des interventions. Cette connaissance des variables aurait aussi l'avantage de réduire le temps et les coûts consacrés à des procédures thérapeutiques peu efficaces. C'est dans cette visée que les présents travaux ont été entrepris.

⁴ <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/efficacite-des-interventions-psychosociales-pour-prevenir-et-traiter-les-symptomes-et-troubles-mentaux-courants.html>.

1 MÉTHODOLOGIE

Cette recension des écrits est basée sur une méthode de revue rapide, où certaines étapes de la revue systématique ont été omises ou abrégées. Mentionnons notamment que la période de recension des études a été réduite de 10 ans à 3 ans et couvre les études publiées de janvier 2019 à février 2022. De même, les étapes de la sélection des études, de l'évaluation de leur qualité ainsi que de l'extraction des données n'ont pas été effectuées en double et de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. Les études ont été réparties entre les professionnelles affectées au dossier et ont fait l'objet d'une validation par la coordonnatrice scientifique ou un second professionnel, dans une proportion d'au moins 20 % à chacune de ces étapes.

1.1 Repérage et sélection de la littérature scientifique

La stratégie de repérage de l'information a été élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire). Les détails de la stratégie sont présentés à l'[annexe A](#). Le repérage initial de la littérature, effectué dans le cadre du premier rapport, couvrait les études primaires publiées entre janvier 2019 et juillet 2020. La stratégie de repérage a été modifiée afin de mettre à jour les études portant sur les variables modératrices et médiatrices publiées entre juillet 2020 et février 2022. Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection des études sont présentés au [tableau 1](#).

Tableau 1 Critères de sélection de la littérature scientifique

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Adolescents (12-18 ans), adultes et personnes âgées (65 ans et plus) À risque de présenter ou présentant des symptômes ou un trouble mental courant, soit : ▪ trouble dépressif ▪ trouble anxieux ▪ trouble obsessionnel compulsif ▪ trouble de l'adaptation ▪ trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress	Échantillons composés uniquement de personnes avec un trouble comorbide, autre qu'un trouble mental courant, soit : ▪ un trouble de dépendance, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle ou une démence ▪ une condition médicale en particulier (cancer, épilepsie) ▪ une population spécifique (p. ex. vétérans, proches-aidants, LGBT, etc.) Échantillon âgé en moyenne de 11 ans et moins
INTERVENTION	Interventions psychosociales	Interventions pharmacologiques
COMPARATEUR	Variables modératrices : avec ou sans comparateur Variables médiatrices : liste d'attente, suivi usuel, comparateur actif ou autre intervention	

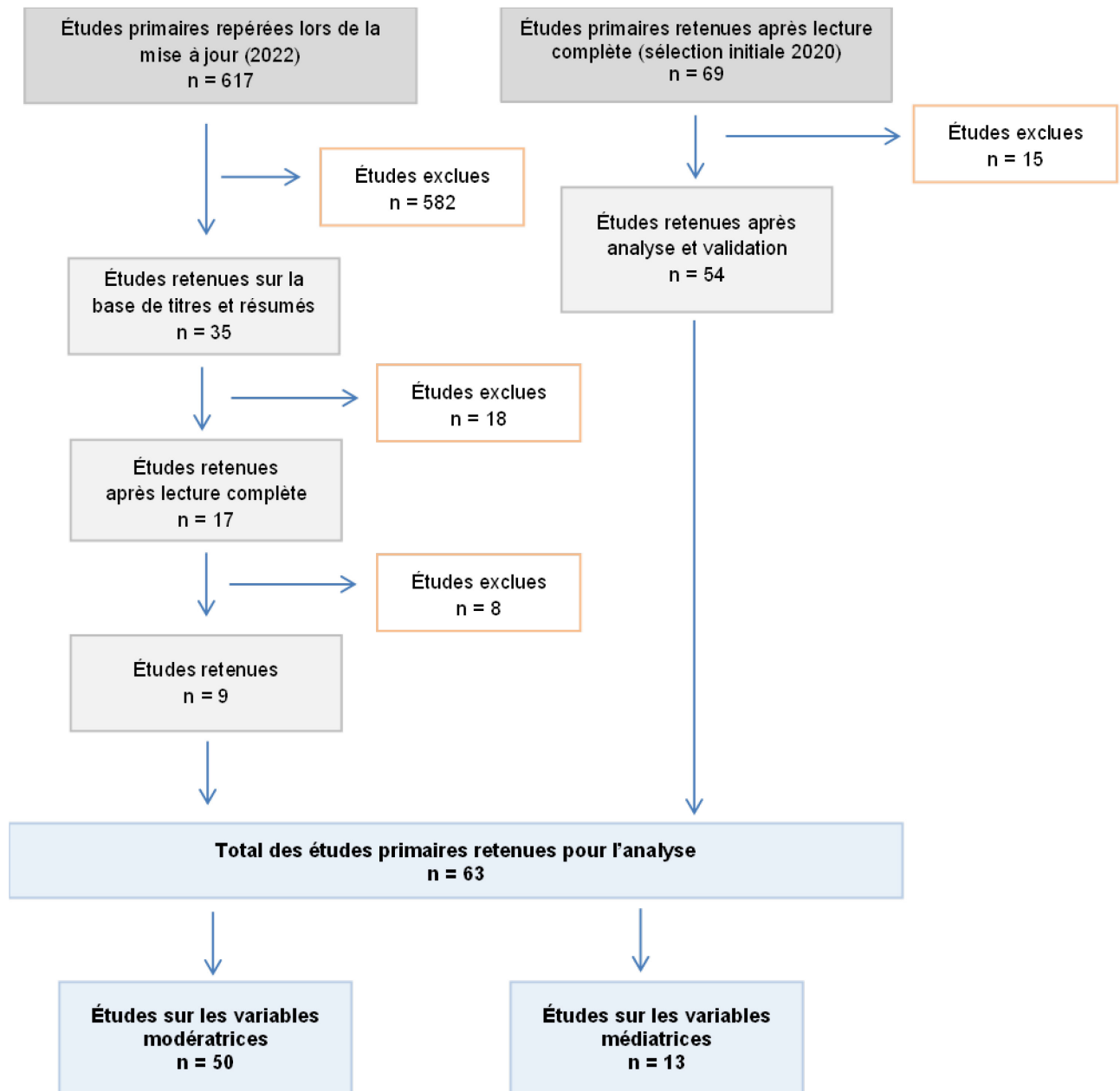
	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
RÉSULTATS (<i>Outcomes</i>)	Variables modératrices : symptômes de dépression, anxiété ou stress, détresse psychologique, qualité de vie, bien-être psychologique, fonctionnement, compétences personnelles, adhésion au traitement Variables médiatrices : symptômes de dépression, anxiété ou stress, détresse psychologique	Coûts des interventions, utilisation des services Satisfaction, perceptions et expérience des usagers et des intervenants
CONTEXTE D'INTERVENTION	Interventions pouvant être offertes dans les milieux de soins primaires (première ligne), dans la communauté ou en milieu scolaire Interventions numériques offertes en ligne ou sur application mobile	Interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique Interventions pouvant être offertes uniquement en milieu scolaire par du personnel enseignant
TYPE DE PLAN D'ÉTUDE (DEVIS)	Variables modératrices : essais contrôlés, études avant-après et études de cohorte Variables médiatrices : essais contrôlés randomisés, études comparatives avec au moins trois temps de mesure (pré-traitement, mi-traitement et post-traitement)	Variables modératrices : études de suivi sans résultats au post-test Variables médiatrices : études sans groupe comparateur, avec moins de trois temps de mesure et absence de résultats sur la réponse au traitement (sentier b)
TYPE DE PUBLICATION	Études primaires	Revue systématique, études primaires non évaluées par un comité de pairs, littérature grise
PÉRIODE	Sélection initiale : janvier 2019 à juillet 2020 Mise à jour : juillet 2020 à février 2022	
LANGUE	Anglais et français	Autres langues

Suivant la sélection initiale des études portant sur l'efficacité des interventions ainsi que sur les variables modératrices et médiatrices, 69 études ont été retenues après lecture complète. La mise à jour de la stratégie documentaire, effectuée en février 2022, a résulté en un ajout de 17 études après lecture complète.

Des 86 études retenues après lecture complète, 23 ont été exclues au moment de l'extraction, de la validation ou de l'analyse des données. La principale raison de ces exclusions concerne des devis d'études inadéquats pour établir une médiation, ou encore la présentation partielle des résultats sur les variables d'intérêt. Comme il est illustré à la [figure 1](#), la sélection finale compte 63 études primaires, dont 50 portant sur des variables modératrices et 13 sur des variables médiatrices.

Il est à noter que contrairement au premier rapport [INESSS, 2022] traitant de l'efficacité des interventions, plusieurs des études recensées ici portent sur des interventions relevant probablement de la psychothérapie, telle que définie au Québec. Ces études ont été conservées lorsque les variables modératrices et médiatrices considérées présentaient un potentiel de généralisation à d'autres interventions psychosociales ne relevant pas de la psychothérapie.

Figure 1 Diagramme de flux : sélection initiale et mise à jour



1.2 Évaluation de la qualité et extraction des données

L'évaluation de la qualité méthodologique a été effectuée par les professionnelles scientifiques affectées au dossier (JB, SB, SL, EPD) et validée par la coordonnatrice scientifique (ML), pour au moins 20 % des études. La grille d'évaluation de la qualité utilisée est celle mise au point pour les études analytiques par l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC, 2014]. Cette grille compte 14 critères permettant d'évaluer la qualité des études en fonction de leur validité interne, du contrôle des variables confusionnelles, des analyses statistiques effectuées, de la conduite éthique et de

l'applicabilité des résultats. La qualité de chacun des critères est cotée comme étant faible, modérée ou forte. Les résultats de cette évaluation sont présentés à l'[annexe B](#).

Des fiches d'extraction ont été utilisées afin de colliger de façon systématique les informations pertinentes à extraire des études primaires. Ont ainsi été extraits :

- les auteurs, l'année et le pays de publication, le devis d'étude, le type d'analyse;
- les caractéristiques de la population : données sociodémographiques, symptômes et troubles présentés, troubles et conditions médicales comorbides, historique des traitements, traitements concomitants et autres informations pertinentes;
- les paramètres et le contexte de l'intervention : durée, intensité, approche théorique et niveaux d'intervention; lieu, format et modalités de l'intervention; adhésion au traitement;
- les effets des variables modératrices sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, sur la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement personnel et les compétences personnelles, les taux d'amélioration cliniquement significative et de rémission au post-test;
- les hypothèses de travail et effets des variables médiatrices sur la réponse au traitement;
- les principales conclusions, limites et éléments de discussion d'intérêt rapportés par les auteurs.

La grille d'extraction a été testée sur cinq études primaires et remplie de façon indépendante par toutes les professionnelles affectées au dossier. Les études ont été réparties entre les professionnelles et les grilles d'extraction validées par la coordonnatrice ou une autre professionnelle scientifique, dans une proportion d'au moins 20 %. Les divergences ont été réglées par consensus en équipe projet.

1.3 Traitement et synthèse des données

Les données ont été saisies à partir des fiches d'extraction et des articles scientifiques lorsque cela était requis. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS (version 23).

Traitement des variables modératrices

Les résultats extraits des études ont été présentés tels quels dans le texte et les tableaux lorsqu'ils étaient exprimés en *d* de Cohen, coefficients de corrélation ou rapports de cotes⁵. En l'absence de ces statistiques et lorsque cela était possible, les données rapportées dans les études ont été converties à l'aide du logiciel en ligne

⁵ Un rapport de cotes est une mesure permettant d'estimer la probabilité d'aller mieux à la suite d'une intervention chez les personnes traitées comparée à la probabilité d'aller mieux en l'absence d'une intervention, ou comparativement à un placebo ou à un autre traitement.

Psychometrica⁶. Les données insuffisantes ou ne pouvant pas être converties ont été traitées comme des données qualitatives, et seule la direction de la relation a été indiquée.

Traitement des variables médiatrices

Les analyses effectuées et les statistiques relatives aux variables médiatrices varient considérablement d'une étude à l'autre : d de Cohen, coefficients de régression non standardisés, coefficients beta standardisés, coefficients d'équations structurelles et autres. Lorsque cela était possible, les données rapportées dans les études ont été converties en coefficients beta standardisés ou en d de Cohen. Dans le cas contraire, les coefficients non standardisés sont mentionnés dans le texte tels que présentés dans l'article original.

Précisons que le d de Cohen indique la magnitude ou l'ampleur clinique d'un effet à la suite d'une exposition à une intervention. La taille de cet effet est qualifiée de très faible lorsque le d est inférieur à 0,20; de faible lorsqu'il se situe de 0,20 à 0,49; de modérée entre 0,50 et 0,79; et de forte lorsqu'il est supérieur à 0,80. Les coefficients beta sont des coefficients de régression standardisés avec une moyenne de 0 et un écart-type de 1. Ces coefficients permettent de comparer directement la contribution relative de chaque variable indépendante à la prévision de la variable dépendante (variable de réponse ou d'effet). Ils s'interprètent de la même façon, peu importe l'échelle de mesure utilisée.

Classification des variables médiatrices

Les variables médiatrices ont été classifiées en quatre grandes catégories en fonction du type de processus impliqué, soit de type émotionnel, de type interpersonnel, de type cognitif ou de type comportemental. Cette classification est basée sur celle proposée dans la revue systématique de Moreno-Peral [2020a]. Elle permet de regrouper les médiateurs et d'en faire une synthèse à partir de variables de même nature.

Les médiateurs classifiés sous chacune de ces catégories sont définis au [tableau 3](#) de la [section 2.6](#). Les instruments de mesure utilisés dans les études pour les évaluer y sont également précisés.

Synthèse narrative

Les résultats obtenus ont fait l'objet d'une synthèse narrative basée sur la direction des effets tels que documentés dans les études. Par conséquent, et en l'absence d'une métrique commune, les résultats quant à l'ampleur des effets ou des relations observés ne sont pas comparables d'une étude à l'autre. Cela implique également qu'il n'a pas été possible de se prononcer sur la robustesse de la preuve ou le niveau de confiance que l'on peut avoir dans les résultats obtenus.

La présente synthèse est donc essentiellement de nature descriptive et exploratoire.

⁶ Pour plus d'informations, voir : https://www.psychometrica.de/effect_size.html.

1.4 Sources des données

1.4.1 Études primaires portant sur des variables modératrices

La sélection de la littérature a permis de retenir 50 études primaires portant sur des variables modératrices, dont 25 essais cliniques randomisés, 16 études non comparatives avant-après, 7 études comparatives avant-après et deux études cas-témoins. Onze de ces études ont été évaluées comme étant de qualité méthodologique élevée, 31 de qualité moyenne et 8 de faible qualité.

Les pays de provenance des études sont : les États-Unis (13), l'Allemagne (6), le Royaume-Uni (5), les pays de la Scandinavie (5), l'Australie (5), Israël (4), le Canada (4), les Pays-Bas (3), l'Espagne (3), l'Autriche (1) et l'Irlande (1). La plupart des études (42) ont été réalisées auprès d'adultes dont la moyenne d'âge varie entre 29 et 50 ans. Il est à noter que certaines études menées auprès d'une population adulte incluent un nombre indéterminé de participants âgés de plus de 65 ans. Cependant, les moyennes d'âge et écarts-types, sont inférieures à 65 ans. Deux études ont été réalisées auprès de jeunes adultes âgés entre 18 et 21 ans dans un cas et en moyenne de 23 ans (± 6) dans l'autre. Quatre études ont été effectuées auprès d'adolescents âgés entre 14 et 17 ans et deux auprès de personnes âgées en moyenne de 72 ans.

La taille des échantillons inclus dans les études est très variable, le plus petit regroupant 35 participants et le plus grand (une étude populationnelle), 113 503 participants.

Le niveau d'intervention dans les études est majoritairement un traitement standard pour trouble mental courant (41 études), suivi d'un traitement pour cas identifié dans la zone clinique⁷ (7 études) et d'une intervention de prévention sélective⁸ (2 études). Les 41 études portant sur un traitement standard ont été réalisées auprès de personnes présentant les troubles suivants :

- troubles dépressifs (16 études);
- troubles anxieux (15 études);
- trouble obsessionnel-compulsif (4 études);
- trouble de stress post-traumatique (3 études);
- divers troubles mentaux courants (4 études).

⁷ Se référer au glossaire pour la définition plus complète du traitement pour cas identifié dans la zone clinique.

⁸ Se référer au glossaire pour la définition plus complète du niveau d'intervention de prévention sélective.

Prendre note que ...

Dans ce rapport, un trouble mental courant fait référence à un trouble dont la présence est présumée sur la base d'une entrevue diagnostique structurée ou semi-structurée, menée par des professionnels, des chercheurs ou assistants de recherche formés à cette fin⁹. Comme pour un diagnostic, ces entrevues considèrent la combinaison des symptômes, leur durée et leur fréquence, ainsi que la perturbation du fonctionnement de la personne.

Enfin, des 50 études primaires recensées, 30 portent sur des interventions offertes en présence, dont 19 en format individuel, 10 en format de groupe et deux en format mixte. Quatorze études traitent des autosoins guidés et 11 des autosoins non guidés. Notons que cinq de ces études incluent plus d'une catégorie d'interventions, dont trois portant sur un auto-soin guidé, comparativement à un auto-soin non guidé, et deux sur un auto-soin guidé, par rapport à une intervention en présence.

Les interventions incluses dans ces 50 études sont :

- cognitivo-comportementales classiques (n = 49) ou de 3^e vague (n = 10), ou une combinaison de ces deux approches (n = 7);
- basées sur l'éducation psychologique (n = 5);
- centrées sur la personne (n = 3);
- de l'art-thérapie (n = 1);
- de la thérapie interpersonnelle (n = 1);
- basées sur la thérapie psychodynamique (n = 1).

Les études recensées portant sur les modérateurs sont décrites au [tableau C-1](#), à l'annexe C.

1.4.2 Études primaires portant sur des variables médiatrices

Au total, 13 études portant sur des variables médiatrices ont été retenues, dont 11 essais cliniques randomisés et 2 études comparatives avant-après. Onze de ces études ont été évaluées comme étant de qualité méthodologique modérée, une étude a été jugée de qualité élevée et une autre de faible qualité.

Les pays de provenance des études sont : les États-Unis (5), le Canada (2), la Suède (2), la Suisse (1), l'Allemagne (1), l'Australie (1) et Israël (1). Le nombre de participants varie de 36 à 306, et leur moyenne d'âge est de 19 à 50 ans.

⁹ Il est à noter qu'afin d'alléger le texte, le terme « trouble mental » est utilisé pour faire référence à un trouble mental présumé.

Douze des treize études portent sur des traitements standards pour trouble mental courant, soit :

- troubles anxieux (9 études);
- trouble de l'adaptation (une étude);
- trouble dépressif (une étude);
- divers troubles mentaux courants (une étude).

La treizième étude s'intéresse à une intervention de prévention sélective effectuée auprès de jeunes adultes âgés entre 18 et 20 ans et à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression. La majorité des études (10/13) portent sur des interventions offertes en présence, dont trois en format mixte ou de groupe. Deux études traitent d'autosoins non guidés et une, d'un auto-soin guidé. Les interventions considérées sont d'approche cognitivo-comportementale, seule ou combinée à de l'entretien motivationnel, ou de 3^e vague. Celles-ci ont été comparées à une thérapie psychodynamique dans deux études et à une thérapie interpersonnelle dans une autre.

Les médiateurs analysés dans les études sont plus souvent de type cognitif (11) ou interpersonnel (7), et moins fréquemment de type émotionnel (4) ou comportemental (2). Les études portant sur les variables médiatrices sont décrites au [tableau C-2](#), à l'annexe C.

1.5 Validation des travaux

Les présents travaux ont été réalisés en collaboration avec un groupe d'experts, de façon à en assurer la crédibilité scientifique et la pertinence clinique pour ce qui est des résultats et conclusions dégagés. Les membres de ce groupe ont fourni de l'information, de l'expertise, des opinions et des perspectives essentielles à la réalisation de ce rapport. Deux rencontres virtuelles ont eu lieu (29 novembre 2021 et 31 octobre 2022), au cours desquelles la méthodologie et les résultats ont été discutés et validés.

Les principaux résultats du rapport ont été présentés au Comité délibératif permanent de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale, de l'INESSS, lors d'une rencontre virtuelle tenue le 1^{er} décembre 2022, ainsi qu'au panel des usagers et des proches lors d'une rencontre virtuelle le 19 décembre 2022. Les membres du comité et du panel ont fourni de la rétroaction à l'équipe projet sur la pertinence, l'utilité clinique et l'acceptabilité des résultats obtenus pour les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux.

Enfin, le rapport préliminaire de l'état des connaissances a été révisé par les membres du groupe d'experts et trois lecteurs externes.

2 INFORMATIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DES RÉSULTATS

Les éléments abordés dans cette section visent à expliquer au lecteur certains concepts sous-tendant la nature des résultats présentés dans ce rapport.

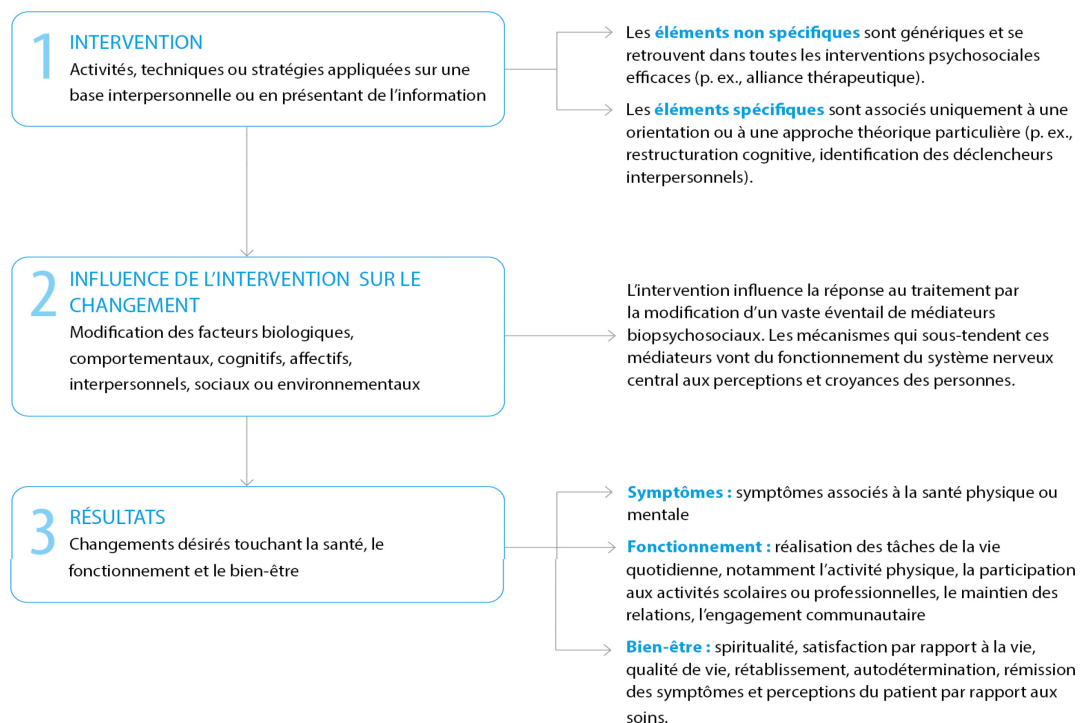
2.1 Définition de l'intervention psychosociale

La définition retenue est tirée du rapport produit par le *Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders* [IOM, 2015]. Les éléments de cette définition, présentés à la [figure 2](#), se résument comme suit :

Les interventions psychosociales sont des activités, techniques ou stratégies visant à influencer la réponse de la personne au traitement par une modification des facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels ou environnementaux. Les interventions ont pour but d'avoir des effets positifs sur sa santé physique ou mentale, son fonctionnement et son bien-être.

Cette définition, bien que non spécifique au contexte québécois, a l'avantage d'être basée sur une méthodologie robuste et d'englober l'ensemble des interventions ciblées dans la présente synthèse des connaissances, allant des autosoins non guidés aux interventions offertes en présence, incluant la psychothérapie.

Figure 2 Définition de l'intervention psychosociale



Tiré et traduit de : Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards [IOM, 2015, p. 32].

2.2 Classification des interventions

Afin d'en faire l'analyse, les interventions psychosociales répertoriées dans les études ont été classifiées en fonction de leur approche théorique. Cette classification, présentée au [tableau 2](#), est inspirée de différentes sources [Cuijpers *et al.*, 2020; MSSS, 2020; OPQ *et al.*, 2018] et compte 8 classes d'interventions et 31 sous-classes précisant la nature des interventions. Il est à noter que le nombre d'interventions rapportées ici est inférieur à celui de l'état des connaissances précédent [INESSS, 2022], de sorte que certaines d'entre elles ne sont pas couvertes.

Tableau 2 Classification des interventions psychosociales

Classes et sous-classes des interventions selon l'approche théorique	
Éducation psychologique	- Éducation sur la condition de la personne (causes, symptômes, étiologie du problème, etc.) - Éducation sur les stratégies à mettre en œuvre - Éducation sur la condition de la personne et les stratégies à mettre en œuvre
Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle	Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle
Intervention centrée sur la personne	<i>Counseling</i> - Intervention axée sur l'autodétermination - Intervention centrée sur la personne
Intervention cognitivo-comportementale	- Activation comportementale - Exposition / Prévention de la réponse - Intervention basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale - Intervention de retour au travail - Intervention transdiagnostique - Relaxation appliquée - Résolution de problèmes - Restructuration cognitive / modification des biais d'interprétation - Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) - TCC centrée sur le trauma
Intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague	- Intervention basée sur la pleine conscience - Intervention basée sur les principes de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement - Intervention basée sur la psychologie positive - Pleine conscience basée sur la réduction du stress (<i>Mindfulness-based Stress Reduction</i>) - Régulation émotionnelle - Thérapie de l'acceptation et de l'engagement - Yoga basé sur la pleine conscience
Intervention psychodynamique	Thérapie psychodynamique brève
Intervention utilisant un médium comme les arts	- Activité musicale - Art-thérapie

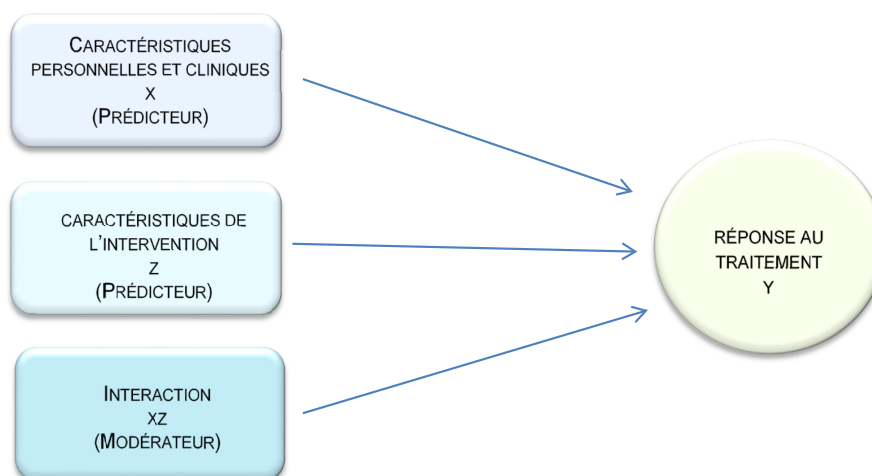
Classes et sous-classes des interventions selon l'approche théorique	
Intervention combinée	- Intervention basée sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience - Intervention basée sur la pleine conscience combinée à de l'art-thérapie - Intervention basée sur les principes de la TCC combinés à de l'entretien motivationnel - Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (<i>Mindfulness-based Cognitive Therapy</i>)

2.3 Définition d'une variable modératrice

Une variable modératrice est une caractéristique de la personne, de sa condition clinique (X) ou de l'intervention (Z), qui est préexistante au traitement et est susceptible d'influencer la réponse à celui-ci, soit en réduisant ou en augmentant l'efficacité de l'intervention. Notons que la relation entre une variable modératrice et la réponse au traitement est de nature corrélationnelle et non causale. Par « réponse au traitement »¹⁰, on entend donc une diminution des symptômes statistiquement ou cliniquement significative ou leur rémission.

Comme il est illustré à la [figure 3](#), certaines variables modératrices (X ou Z) ont une influence sur la réponse au traitement, peu importe le traitement offert. On parle parfois dans ce cas d'un prédicteur de la réponse au traitement. Dans d'autres cas, l'effet de la variable modératrice est spécifique à un traitement en particulier. C'est alors la combinaison des caractéristiques ou l'interaction (XZ) entre les caractéristiques de la personne, ou de sa condition clinique, et celles de l'intervention qui influence la réponse au traitement.

Figure 3 Variables modératrices



Tiré et adapté de : Prins, Ollendick, Maric & Mackinnon: Moderators and mediators in treatment outcome studies of childhood disorders – The what, why and how. In Moderators and mediators of youth treatment outcomes, edited by Maric, Prins & Ollendick, Oxford University Press [2015].

¹⁰ Voir la définition de l'expression « réponse au traitement » dans le glossaire pour de plus amples détails.

Prendre note que ...

Pour des fins de simplification, seul le terme « variable modératrice » est retenu dans le présent rapport, qu'il s'agisse d'un effet commun à diverses interventions (prédicteur) ou d'un effet spécifique à une intervention en particulier (modérateur).

Les variables modératrices de la réponse au traitement sont l'équivalent, en quelque sorte, des facteurs de bon ou de moins bon pronostic pour une personne souffrant d'une condition médicale. Elles permettent d'estimer les chances de succès d'une intervention en fonction des résultats obtenus préalablement auprès d'un ensemble d'individus présentant les mêmes caractéristiques personnelles et cliniques. Il s'agit donc d'une probabilité qui peut se révéler exacte ou inexacte pour un individu en particulier.

Voici quelques **exemples hypothétiques** de variables préexistantes au traitement qui auraient un effet sur la réponse à celui-ci, indépendamment de l'intervention offerte.

- Les personnes souffrant de dépression avec idéation suicidaire répondent moins favorablement aux interventions psychosociales que celles sans idéation suicidaire (X).
- Les personnes avec un trouble mental courant répondent plus favorablement aux interventions psychosociales offertes en format guidé qu'à celles offertes en format non guidé (Z).

Voici un **exemple hypothétique** de variables préexistantes au traitement qui auraient un effet sur la réponse au traitement spécifique à une intervention en particulier.

- Les hommes répondent moins favorablement aux interventions basées sur la pleine conscience que les femmes, mais répondent de façon équivalente aux interventions basées sur l'activation comportementale (XZ).

Les variables modératrices les plus étudiées à ce jour incluent les données sociodémographiques (âge, genre, statut socio-économique), le profil clinique (sévérité des symptômes, diagnostic, comorbidité) et d'autres caractéristiques personnelles, telles que le degré de littératie, les traitements antérieurs et les attentes envers le traitement [Norris et Kendall, 2021].

Enfin, il importe de préciser qu'en général, l'intervention ou l'intervenant a peu ou n'a pas d'influence sur la plupart des variables modératrices. C'est le cas, notamment, du niveau de scolarité, du statut d'emploi ou encore de l'âge de survenue du trouble. Certaines variables modératrices, cependant, comme les attentes et la motivation envers le traitement, les problèmes interpersonnels et les compétences personnelles (p. ex. résolution de problèmes) peuvent se modifier ou être ciblées en cours de traitement.

2.4 Analyse des variables modératrices

Les variables modératrices sont analysées à posteriori en regardant le degré d'association (corrélation) entre différentes caractéristiques démographiques et cliniques ainsi que la diminution des symptômes observée sur des échelles de mesure, ou encore en comparant les personnes présentant ou non une amélioration cliniquement significative ou une rémission.

Les analyses statistiques effectuées sont dites univariées lorsqu'une seule variable modératrice est considérée, et multivariées lorsque plusieurs variables modératrices sont prises en compte simultanément. Les analyses multivariées sont plus robustes que les analyses univariées, mais les tailles d'effet obtenues sont généralement plus faibles. En effet, les tailles d'effet résultant d'une analyse multivariée reflètent la contribution unique de chacune des variables à la réponse au traitement, une fois l'effet des autres variables soustrait de l'équation. Ainsi, il est possible, par exemple, que le genre soit identifié comme un modérateur dans une analyse univariée, mais que cet effet ne soit plus significatif une fois le statut socio-économique ou la sévérité des symptômes pris en compte dans une analyse multivariée. Dans cet exemple, l'analyse multivariée indique que ce n'est pas le fait d'être une femme ou un homme qui influence la réponse au traitement, mais plutôt celui d'avoir un revenu moindre ou des symptômes plus sévères, variables qui seraient plus fréquemment observées chez les femmes.

Il est à noter que, lorsqu'ils étaient disponibles ou qu'ils pouvaient être calculés, les tailles d'effet (d), les corrélations (r) et les rapports de cotes (RC) sont rapportés dans le texte et les tableaux de résultats.

2.5 Définition d'une variable médiatrice

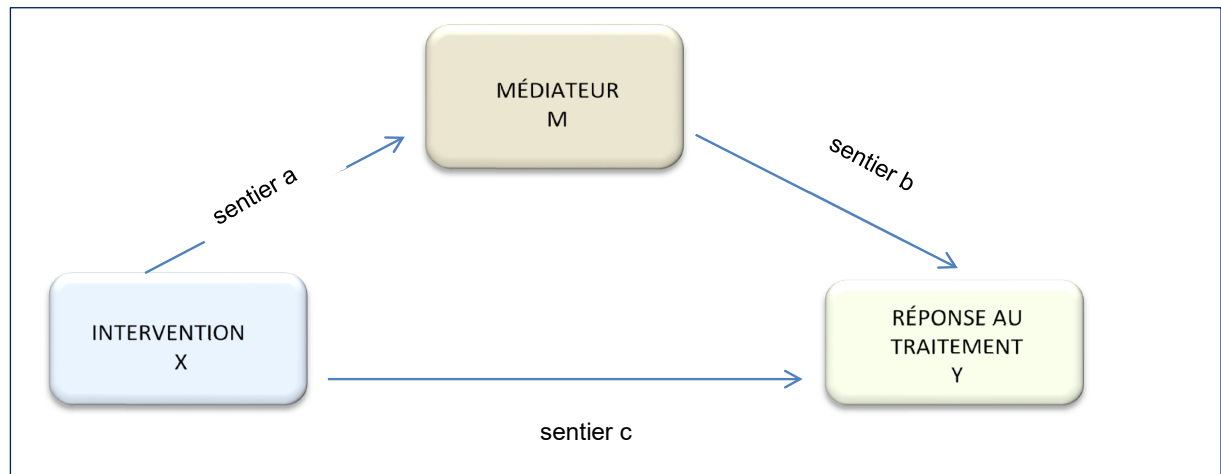
Une variable médiatrice est un événement qui survient pendant le traitement et qui contribue activement¹¹ à l'efficacité de l'intervention quant aux symptômes ou au trouble ciblé (voir [figure 4](#)). Il peut s'agir d'une procédure thérapeutique, c'est-à-dire une caractéristique de l'intervenant, une technique ou une composante de l'intervention, instaurée pendant le traitement, ou encore d'un processus thérapeutique, c'est-à-dire un changement qui survient chez la personne pendant le traitement.

Tout comme les variables modératrices, les variables médiatrices peuvent être communes à différentes interventions, telles que l'alliance thérapeutique, ou spécifiques à un type d'intervention, comme l'exposition aux situations anxiogènes dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale.

Enfin, la notion de « sentier », présentée à la section qui suit, est utilisée pour décrire, d'une part, l'effet de l'intervention sur la variable médiatrice (sentier a) et, d'autre part, l'effet de la variable médiatrice sur la réponse au traitement (sentier b).

¹¹ Présence d'un lien de cause à effet entre le médiateur et la réponse au traitement.

Figure 4 **Modèle de médiation entre une intervention et la réponse au traitement**



Source: Adapté de : Prins, Ollendick, Maric & Mackinnon: Moderators and mediators in treatment outcome studies of childhood disorders – The what, why and how. In Moderators and mediators of youth treatment outcomes, edited by Maric, Prins & Ollendick, Oxford University Press, 2015.

2.6 Analyse des variables médiatrices

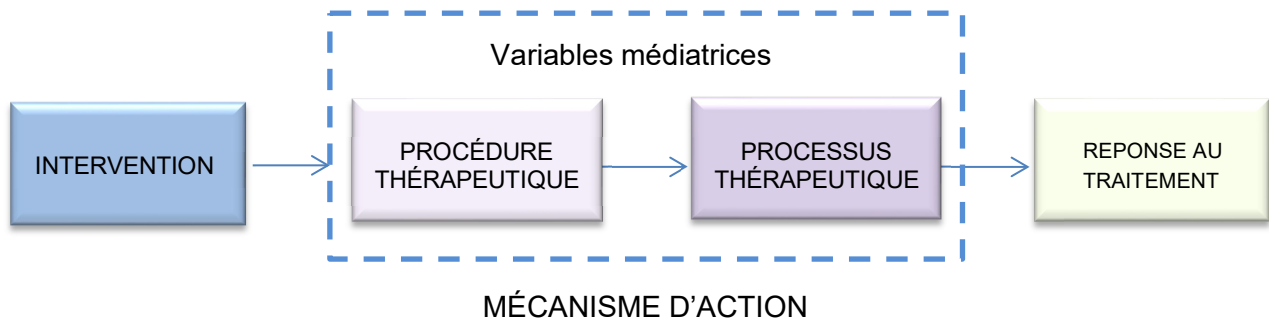
Le choix des variables médiatrices évaluées dans les études s'appuie sur des modèles et hypothèses théoriques. Il exige de recourir à des devis d'études avec comparateur et minimalement trois temps de mesure. Ces devis sont nécessaires pour établir le lien de causalité et la préséance temporelle du médiateur dans la réponse au traitement. Les critères pour statuer sur la présence d'une médiation ont été établis en 1986 par Baron et Kenny¹² et sont ainsi formulés (voir illustration à la [figure 4](#)).

- 1) L'intervention est efficace pour réduire les symptômes ou améliorer la condition clinique ciblée (sentier c).
 - Lorsque l'effet de la variable médiatrice est contrôlé statistiquement ou de façon expérimentale, l'effet de l'intervention sur la réponse au traitement est atténué (sentier c).
- 2) L'intervention a un effet sur la variable médiatrice (sentier a).
- 3) La variable médiatrice a un effet sur la réponse au traitement (sentier b).

Comme il est illustré à la [figure 5](#), le terme de « mécanisme d'action » est utilisé lorsqu'un lien de causalité est établi entre l'intervention, la procédure thérapeutique, le processus thérapeutique et la réponse au traitement.

¹² Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Figure 5 Mécanisme d'action



Source : Tiré et adapté de : Bruijniks, DeRubeis, Hollon & Huibers. The potential role of learning capacity in CBT for depression: A systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning, 2019.

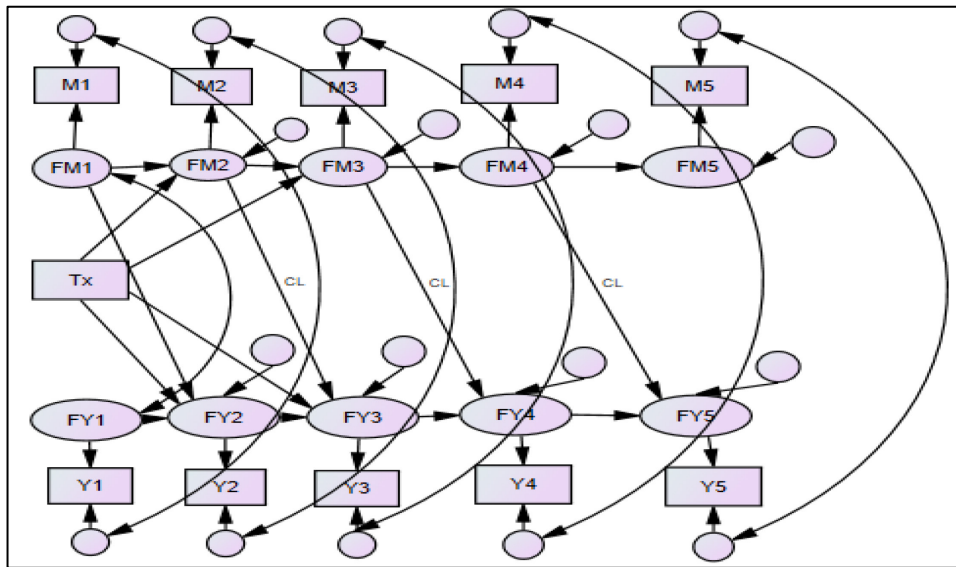
Il est à noter que les critères de médiation établis par Baron et Kenny sont toujours d'actualité, bien que remis en question par certains [MacKinnon *et al.*, 2002]. Le recours, par exemple, à des analyses statistiques de modélisation pour déterminer la préséance temporelle du médiateur, plutôt que de recourir à des devis longitudinaux, est de plus en plus fréquent. La validité de ces analyses pour établir un lien de causalité fait toutefois l'objet de critiques, en raison des postulats de base, tels que la synchronicité et le caractère stable des estimateurs utilisés, qui ne sont pas toujours respectés [Hamaker *et al.*, 2015].

Mentionnons également que le modèle de médiation présenté à la [figure 4](#) est réduit à sa plus simple expression. Dans la littérature portant sur les médiateurs, il est généralement recommandé d'inclure plus d'un médiateur ainsi qu'un ou plusieurs modérateurs [Steubl *et al.*, 2021; Prins *et al.*, 2015]. Par conséquent, certains modèles de médiation présentent un haut niveau de complexité, avec des relations de médiation partielle, séquentielle ou réciproque et des effets directs et indirects. Le modèle de médiation exposé, à titre d'exemple, à la [figure 6](#) illustre bien cette complexité.

Pour les fins du présent rapport, toutefois, les résultats sont présentés de façon simplifiée en se référant aux sentiers a, b et c seulement. L'accent est également mis sur l'interprétation des résultats ainsi que sur les considérations cliniques pouvant être dégagées à partir de ceux-ci.

Enfin, les définitions des concepts et instruments de mesure utilisés pour l'opérationnalisation des différents médiateurs considérés dans les études sont présentées au [tableau 3](#).

Figure 6 **Modèle de médiation complexe**



Tx = condition de traitement; M1-M5 = variables médiatrices à chaque temps de mesure; Y1-Y5 = variables de résultat à chaque temps de mesure; FM1-FM5 = variables latentes représentant les variables médiatrices à chaque temps de mesure; FY1-FY5 = variables latentes représentant les variables de résultat à chaque temps de mesure; cercles vides = termes d'erreurs de l'équation; CL = effets réciproques des sentiers des variables médiatrices sur les résultats. Illustration tirée de l'étude de Stevenson [2019, supplément, p. 8].

Tableau 3 Définitions des concepts liés aux variables médiatrices

Médiateur (Études)	Catégorie, type, description et mesure du médiateur considéré
Activation comportementale [Santoft <i>et al.</i>, 2019]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, comportemental. Description : L'activation comportementale consiste à s'engager dans des activités qui procurent du plaisir, de la maîtrise et un sentiment d'accomplissement, ainsi qu'à diminuer les comportements qui maintiennent les affects négatifs ou qui augmentent les risques d'en générer. La planification et le renforcement positif de ces activités et comportements en cours d'intervention favorisent l'augmentation du niveau d'activation comportementale de la personne. Mesure : Le <i>Behavioral Activation for Depression Scale (BADs)</i> : Kanter <i>et al.</i>, 2006) a été utilisé pour mesurer le niveau d'activation comportementale.
Alliance thérapeutique [Kivity <i>et al.</i>, 2021; Lindegaard <i>et al.</i>, 2020; Coyne <i>et al.</i>, 2019b; Rubel <i>et al.</i>, 2019; Santoft <i>et al.</i>, 2019; Zilcha-Mano <i>et al.</i>, 2019]	Catégorie et type de médiateur : procédure thérapeutique, interpersonnel. Description : L'alliance thérapeutique est considérée comme un élément d'efficacité commun à toutes les interventions. L'alliance thérapeutique fait référence au lien émotionnel entre l'utilisateur et l'intervenant, à leur niveau d'accord sur les objectifs thérapeutiques et les moyens pour les atteindre, ainsi qu'au partage des responsabilités dans une volonté de collaboration. Mesure : Le <i>Working Alliance Inventory (WAI)</i> est le questionnaire le plus souvent utilisé pour mesurer l'alliance thérapeutique. La version courte compte 12 items (<i>WAI-S</i> : Tracey & Kokotovic, 1989) et la version longue, 36 items (Horvath & Greenberg, 1986). Le <i>WAI</i> peut être rempli par l'utilisateur, l'intervenant ou un observateur.
Croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes [LaFreniere et Newman, 2019]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, cognitif. Description : La croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes est considérée comme une cognition centrale au trouble d'anxiété généralisée. Les personnes souffrant de ce trouble croient qu'elles ne peuvent pas contrôler l'apparition, la fréquence et/ou l'ampleur de leurs inquiétudes. Cette cognition influencerait l'intensité et la fréquence des inquiétudes et contribuerait à maintenir les symptômes du trouble. Mesure : Cette croyance a été mesurée à l'aide de la sous-échelle <i>Uncontrollability of Thoughts and Corresponding Danger Scale</i>, du <i>Meta-Cognitions Questionnaire</i> (Cartwright-Hatton & Wells, 1997).
Compétence perçue [Santoft <i>et al.</i>, 2019]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, cognitif. Description : La compétence perçue fait référence à la confiance qu'a la personne en sa capacité de poursuivre et réaliser des objectifs importants pour elle. Mesure : Cette croyance a été évaluée à l'aide du <i>Perceived Competence Scale</i> (Williams <i>et al.</i>, 2006) comptant 4 items.

Médiateur (Études)	Catégorie, type, description et mesure du médiateur considéré
Espoir [Gallagher <i>et al.</i>, 2020]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, émotionnel. Description : L'espoir représente la capacité à identifier des stratégies pour atteindre ses buts ainsi que la motivation et le sentiment d'être capable de s'engager dans la poursuite de ceux-ci. Il est lié à d'autres concepts de psychologie positive, tels que l'auto-efficacité et l'optimisme. L'espoir serait toutefois un concept distinct qui contribuerait de façon unique aux troubles anxieux et aux résultats d'efficacité associés. En effet, les personnes ayant un niveau d'espoir élevé ont tendance à percevoir les obstacles comme étant moins stressants, à rebondir plus rapidement en leur présence et à démontrer de la résilience dans des circonstances difficiles. L'espoir est associé à un style de <i>coping</i> adapté et actif. Mesure : L'espoir a été évalué à l'aide du <i>State Hope Scale (SHS)</i> : Snyder <i>et al.</i>, 1996) composé de 6 items.
Fonction réflexive spécifique à la panique [Barber <i>et al.</i>, 2020]	Catégorie et type de médiateur : Processus thérapeutique, cognitif. Description : La fonction réflexive fait référence à la capacité de la personne à comprendre et interpréter, implicitement et explicitement, ses comportements et ceux des autres comme étant une expression des sentiments, pensées, croyances, fantaisies et désirs. La fonction réflexive spécifique à la panique (<i>Panic-Specific Reflective Function</i>) renvoie à la capacité de la personne à comprendre et interpréter la signification psychologique et émotionnelle des symptômes de panique. Mesure : Cette fonction a été évaluée à l'aide de l'entrevue semi-structurée brève <i>Reflective Function Interview</i> (Rudden <i>et al.</i>, 2006).
Bris et gains soudains dans l'alliance thérapeutique [Zilcha-Mano <i>et al.</i>, 2020]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, interpersonnel. Description : L'alliance thérapeutique étant un processus dynamique, celle-ci fluctue en intensité et en qualité au cours d'une intervention, de sorte que des bris dans cette alliance sont presque inévitables. Selon les auteurs, la résolution de ces bris et le rétablissement de l'alliance sont des éléments thérapeutiques en eux-mêmes. Ils sont associés à des gains subséquents dans l'alliance et à une meilleure réponse au traitement. Mesure : Les bris de l'alliance thérapeutique ont été évalués sur une échelle likert de 4 points en réponse à la question suivante: « <i>Avez-vous expérimenté une tension, un problème, une incompréhension, un conflit ou un désaccord quelconque durant la séance?</i> ». Le participant et l'intervenant répondent à cette question à la fin de chaque séance. Les gains dans l'alliance sont quantifiés comme suit à l'aide du <i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>: ▪ <u>Gain de magnitude absolu</u> : augmentation de $\geq 0,75$ du score moyen obtenu au WAI par rapport à la séance précédente. ▪ <u>Gain de magnitude relative</u> : augmentation de 15 % et plus du score au WAI par rapport à la séance précédente.

Médiateur (Études)	Catégorie, type, description et mesure du médiateur considéré
	▪ <u>Fluctuation de l'alliance</u> : comparaison entre le score moyen des 3 séances précédant le gain et le score moyen des 3 séances suivant le gain dans l'alliance.
Habiletés cognitivo-comportementales et de pleine conscience [Akeman <i>et al.</i> , 2020]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, cognitif. Description : L'activation comportementale et la restructuration cognitive sont des habiletés ou compétences personnelles ciblées dans le cadre des interventions d'approche cognitivo-comportementale. Les interventions basées sur la pleine conscience ciblent plutôt la capacité de la personne à diriger son attention sur ses pensées, ses émotions, ses sensations corporelles et les stimuli externes qui l'entourent, tout en demeurant dans un état d'acceptation et de non-jugement. Mesure : Ces habiletés ont été évaluées à l'aide du <i>CBT Skills Questionnaire</i> (Jacob, Christopher & Neuhaus, 2011) et du <i>Freiburg Mindfulness Inventory</i> (Walach <i>et al.</i>, 2006).
Pensées automatiques négatives et attitudes dysfonctionnelles [Hofheinz <i>et al.</i> , 2020]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, cognitif. Description : <u>Les pensées automatiques négatives</u> sont des images ou déclarations mentales sur soi, ses capacités et son bien-être, qui sont déclenchées automatiquement en réponse à une action ou situation. Par exemple, « <i>Pourquoi je ne suis jamais capable de réussir</i> ». <u>Les attitudes dysfonctionnelles</u> sont, quant à elles, des croyances rigides et inadaptées, des attributions ou explications que la personne entretient par rapport à elle-même, le monde et le futur. Par exemple, « <i>Les gens auront une moins bonne opinion de moi si je fais une erreur; Si les autres ne vous aiment pas, vous ne pouvez pas être heureux</i> ». Mesure : Ces cognitions et attitudes ont été évaluées à l'aide du <i>Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-R)</i> : Kendall, Howard et Hays, 1989) et du <i>Dysfunctional Attitude Scale (DAS)</i> : Weissman et Beck, 1978).
Régulation des émotions [Akeman <i>et al.</i> , 2020]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, émotionnel. Description : La régulation des émotions fait référence à la capacité de la personne à influencer les émotions qu'elle ressent ainsi que l'expérience et l'expression émotionnelle qui en résultent. La régulation des émotions peut également consister à accepter et tolérer certaines émotions et à mettre en œuvre des stratégies pour mieux les gérer. La rumination, l'inquiétude excessive et la suppression expressive de l'émotion sont considérées comme des stratégies de régulation inadaptées. La réévaluation cognitive des situations émotives et l'adoption de la perspective d'une tierce personne sont considérées comme des stratégies de régulation adaptées. Mesure : La régulation des émotions a été évaluée à l'aide du <i>Emotion Regulation Questionnaire</i> (Gross & John, 2013).

Médiateur (Études)	Catégorie, type, description et mesure du médiateur considéré
Résistance aux directives de l'intervenant [Coyne <i>et al.</i>, 2019a]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, interpersonnel. Description : La résistance envers l'intervenant s'exprime par des propos et interactions de la part de la personne, lesquels s'opposent aux directives de l'intervenant, les bloquent ou interfèrent avec elles. Cette résistance peut être évaluée comme étant absente, minimale (p. ex. « <i>Votre suggestion fait du sens, mais je ne suis pas certain que ça va fonctionner</i> »), manifeste (p. ex. « <i>Je ne veux pas faire ce devoir</i> ») ou hostile (p. ex. « <i>Réalisez-vous à qui vous parlez? Ce n'est pas votre domaine ... Ceci me semble déplaisant et dépourvu de bénéfices potentiels</i> »). Mesure : La résistance a été évaluée à l'aide de la grille d'observation <i>Client Resistance Code</i> (Westra <i>et al.</i>, 2009).
Observance des directives de l'intervenant [Coyne <i>et al.</i>, 2019a]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, interpersonnel. Description : Les personnes avec un trouble d'anxiété généralisée auraient tendance à avoir des relations interpersonnelles caractérisées par une observance des directives de l'intervenant (<i>Friendly submissiveness</i>). Ces personnes sont perçues comme étant manipulables, socialement inhibées et exagérément centrées sur le bien-être des autres. À l'opposé, certaines personnes ont des relations interpersonnelles marquées par une forte résistance. Ces personnes sont perçues comme étant froides, intrusives, dominantes et vindicatives. Mesure : Les styles de relations interpersonnelles ont été évalués à l'aide du questionnaire <i>Interpersonal Problems</i> de 32 items, rempli par le participant ou l'intervenant (Horowitz <i>et al.</i>, 2000) et du <i>Impact Message Inventory</i>, rempli par l'intervenant (Kiesler & Schmidt, 2006).
Système d'apaisement et de réconfort [Stevenson <i>et al.</i>, 2019]	Catégorie et type de médiateur : processus thérapeutique, émotionnel. Description : Le système d'apaisement et de réconfort est un processus biopsychologique qui active le système d'apaisement et de réconfort et désactive ou diminue le système de menaces et les symptômes psychologiques associés chez les personnes souffrant d'anxiété sociale. Mesure : Il n'existe pas de mesure qui évalue l'activation de ce système. Les deux mesures compatibles avec ce concept théorique qui ont été utilisées sont le <i>Social Safeness and Pleasure Scale</i> (SPSS : Gilbert <i>et al.</i>, 2009) et la sous-échelle « <i>safe-affect</i> » du <i>Types of Positive Affect Scale</i> (Gilbert <i>et al.</i>, 2008).

3 RÉSULTATS

Les résultats sur les variables modératrices sont d'abord présentés, suivis de ceux portant sur l'adhésion au traitement et de ceux portant sur les variables médiatrices. La description des études primaires recensées se trouve à l'annexe C, au [tableau C-1](#) pour les variables modératrices et au [tableau C-2](#) pour les variables médiatrices. Tous les résultats sont exposés aux annexes [E](#), [F](#) et [G](#).

3.1 Variables modératrices

Au total, les 45 études primaires recensées ont évalué 26 variables modératrices susceptibles d'influencer la réponse au traitement, soit une diminution statistiquement significative des symptômes, une amélioration cliniquement significative ou une rémission. Les variables modératrices prises en compte dans les analyses multivariées des différentes études primaires sont listées à l'[annexe D](#). Rappelons que les tailles d'effet (d) issues des analyses multivariées sont généralement plus faibles puisqu'elles reflètent la contribution unique de chacune des variables à la réponse au traitement une fois l'effet des autres variables pris en compte.

Tableau 4 Catégories des variables modératrices

Variables socio-démographiques	Compétences personnelles	Facteurs interpersonnels	Profil clinique	Caractéristiques de l'intervention/l'intervenant*
17 études	11 études	3 études	32 études	24 études
Âge	Perception d'efficacité personnelle	Relations interpersonnelles/familiales	Expériences négatives antérieures	Motivation/ambivalence/résistance
Scolarité	Habiletés cognitives	Styles d'attachement	Chronicité et âge de survenue	Attentes/préférences
Genre	Niveau de connaissances		Comorbidité	Caractéristiques de l'intervenant
Statut matrimonial	Qualité de vie ¹³		Diagnostic/type de symptômes	Modalités d'intervention
Statut d'emploi	Régulation des émotions		État de santé physique	Traitement antérieur/concomitant
Statut socio-économique			Sévérité des symptômes	Traitement optimal

* Le terme intervenant renvoie autant à un intervenant qu'à un professionnel.

Comme présenté au [tableau 4](#), les variables modératrices ont été regroupées sous cinq catégories, soit : les variables sociodémographiques, les compétences personnelles, les facteurs interpersonnels, le profil clinique ainsi que les caractéristiques de l'intervention et de l'intervenant.

¹³ La qualité de vie est un concept qui englobe la satisfaction de soi, de sa vie personnelle, professionnelle et sociale. C'est pourquoi elle est incluse, dans le cadre du rapport, dans la catégorie des compétences personnelles.

3.1.1 Variables sociodémographiques et réponse au traitement

Au total, 17 études ont évalué l'influence des variables sociodémographiques sur la réponse au traitement. Dans l'ensemble, les résultats démontrent qu'il y a peu de relation significative entre l'âge, le genre ou le statut matrimonial et la réponse au traitement. Une relation significative a toutefois été observée entre le statut socio-économique, le statut d'emploi, le niveau de scolarité et la réponse au traitement.

Statut socio-économique

Deux études sur trois ont observé une relation significative entre le statut socio-économique et la réponse au traitement chez des adultes présentant un trouble dépressif. Ces résultats, basés sur des analyses multivariées, varient cependant selon le type d'intervention [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Cientianni *et al.*, 2019]. Plus spécifiquement :

- les adultes ayant un niveau de défavorisation socio-économique plus élevé présentent moins de détresse psychologique à la suite d'un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC que ceux ayant un niveau de défavorisation socio-économique plus élevé ($d = 0,41$) [Cientianni *et al.*, 2019];
- les adultes résidant dans des quartiers moins défavorisés sur le plan socio-économique sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une TCC que ceux de quartiers plus défavorisés ($d = 0,12$) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020];
- à l'inverse, les adultes vivant dans des quartiers plus défavorisés socio-économiquement sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une intervention de *counseling* que ceux de quartiers plus favorisés ($d = 0,15$) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020].

Statut d'emploi

Quatre études sur sept indiquent que le statut d'emploi a un effet sur la réponse au traitement auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression, ou un trouble dépressif [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Firth *et al.*, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020]. Ces résultats montrent que :

- les adultes en emploi sont plus susceptibles de présenter une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété ou de dépression à la suite d'une intervention offerte en présence, en format individuel ou de groupe, basée sur la TCC, ou de *counseling* que les adultes sans emploi (d variant entre 0,19 et 1,25; analyses multivariées, à l'exception de l'étude de Gonzalez-Blanch).

Cette relation n'est pas observée dans les études où un autosoin guidé ou non guidé était offert [Listunova *et al.*, 2020; Salomonsson *et al.*, 2019; Sunde *et al.*, 2019].

Niveau de scolarité

Enfin, seulement deux études sur un total de six ayant documenté la relation entre le niveau de scolarité d'adultes présentant un trouble mental courant et la réponse au traitement indiquent que celle-ci est significative [Salomonsson *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019]. Il ressort que :

- les adultes avec un niveau de scolarité plus élevé (nombres d'années non précisés) sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes obsessionnels-compulsifs en réponse à une intervention de restructuration cognitive que les adultes moins scolarisés ($d = 0,54$; analyses univariées) [Steketee *et al.*, 2019] :
 - cette relation est observée uniquement lorsque la restructuration cognitive n'est pas combinée à de l'exposition, et elle n'est pas notée non plus pour l'intervention d'exposition seule.
- les adultes qui ont un niveau de scolarité collégial ou universitaire ont plus de chances d'être en rémission de leurs symptômes en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux ayant un niveau secondaire ou primaire ($d = 0,17$; analyses multivariées) [Salomonsson *et al.*, 2019].

3.1.1.1 Considérations cliniques

Certains auteurs sont d'avis que le peu d'influence des variables sociodémographiques sur la réponse au traitement pourrait renforcer le potentiel de généralisation des interventions psychosociales à différents sous-groupes de la population présentant des symptômes de troubles mentaux courants [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Moberg *et al.*, 2019]. D'autres mentionnent que le regroupement de personnes avec des caractéristiques sociodémographiques similaires pourrait engendrer une synergie plus grande dans le cadre d'interventions offertes en groupe [Firth *et al.*, 2020].

Des auteurs soulignent cependant que l'accessibilité aux interventions psychosociales demeure un enjeu pour les personnes à statut socio-économique plus faible [Firth *et al.*, 2020; Delgadillo *et al.*, 2018; Finegan *et al.*, 2018]. Les résultats obtenus ici laissent par ailleurs entendre que le statut socio-économique et la scolarité seraient des variables modératrices spécifiques aux interventions cognitives. Les auteurs de ces études proposent d'adapter ces interventions en fonction des conditions socio-économiques des participants, de leurs références culturelles et de leur niveau de scolarité (p. ex. utiliser des vignettes cliniques évoquant différents contextes sociodémographiques ou modifier certaines stratégies de TCC), afin de favoriser une meilleure acceptabilité et adhésion à l'intervention chez les participants [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Firth *et al.*, 2020]. De fait, la reconnaissance de ces disparités sociales et l'atténuation de leurs effets par l'intervenant sont, en soi, susceptibles d'exercer une influence favorable sur la réponse au traitement [Firth *et al.*, 2020; Trott et Reeves, 2018].

Le niveau de scolarité est aussi susceptible d'influer sur le rythme d'apprentissage des participants, et celui-ci devrait être ajusté en conséquence. En effet, les autosoins basés sur les principes de la TCC nécessitent d'avoir de bonnes habiletés de lecture et une capacité d'analyse de ses propres schèmes de pensée, émotions et comportements. De même, les interventions basées sur la restructuration cognitive font appel à un style d'apprentissage basé sur la pensée critique et l'argumentation avec lequel les gens plus scolarisés peuvent être plus à l'aise. Les personnes avec un niveau de scolarité moindre pourraient avoir besoin d'expérimenter davantage ces techniques pour en comprendre les étapes, le sens et les effets sur la modification des pensées et des comportements [Yew *et al.*, 2021; Salomonsson *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019].

3.1.2 Compétences personnelles et réponse au traitement

Au total, 11 études ont évalué l'influence de diverses compétences personnelles sur la réponse au traitement. Dans l'ensemble, les résultats obtenus indiquent que le niveau des connaissances en santé mentale ou en informatique, la qualité de vie et la perception d'efficacité personnelle sont susceptibles d'influencer la réponse au traitement.

Niveau de connaissances

Trois études ont analysé la relation entre le niveau de connaissances en santé mentale ou en informatique et la réponse au traitement, et celle-ci s'est avérée significative dans deux d'entre elles [Berg *et al.*, 2019; Stjerneklar *et al.*, 2019]. Cette relation a été évaluée dans le cadre d'un auto-soin guidé basé sur les principes de la TCC offert à des adolescents présentant un trouble dépressif ou anxieux. Dans les deux cas, les résultats obtenus vont dans la direction opposée à ce qui était attendu et indiquent que :

- les adolescents avec un niveau de connaissances plus élevé en santé mentale présentent une diminution moindre de leurs symptômes de dépression, comparativement à ceux avec moins de connaissances en santé mentale ($r = -0,38$; analyses univariées) [Berg *et al.*, 2019];
- les adolescents avec un niveau de connaissances en informatique plus élevé présentent une moins grande diminution de leurs symptômes d'anxiété que ceux qui sont moins à l'aise en informatique ($d = 0,49$; analyses univariées) [Stjerneklar *et al.*, 2019].

Qualité de vie

La relation entre la qualité de vie et la réponse au traitement chez des adultes avec un trouble mental courant a été documentée dans une étude seulement. Les résultats obtenus, basés sur des analyses multivariées, indiquent que cette relation est significative [Salomonsson *et al.*, 2019]. Il ressort que :

- les adultes avec une meilleure qualité de vie au pré-traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de dépression en réponse à un

autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec une qualité de vie plus faible ($d = 0,19$).

Les auteurs soulignent que la qualité de vie est un concept qui englobe la satisfaction de soi, de sa vie personnelle, professionnelle et sociale, de sorte qu'une qualité de vie élevée pourrait refléter des circonstances de vie plus favorables améliorant ainsi les conditions dans lesquelles se déroulent les autosoins, ceux-ci étant généralement effectués au domicile de la personne.

Perception d'efficacité personnelle

Deux des trois études ayant analysé l'influence de l'efficacité personnelle sur la réponse au traitement rapportent que cette relation est significative [Brenninkmeijer *et al.*, 2019; Coudray *et al.*, 2019]. Cette relation va toutefois dans des directions opposées :

- les adultes avec un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux ou un trouble dépressif, en congé de maladie et ayant un niveau de confiance initial plus élevé dans leur capacité à retourner au travail, ont effectué un retour à temps plein 79 jours plus tôt en réponse à une intervention de retour au travail combinée à une TCC que ceux avec un niveau de confiance initial plus faible ($d = 0,30$; analyses univariées) [Brenninkmeijer *et al.*, 2019];
 - cette relation n'est pas observée chez les adultes traités avec la TCC usuelle;
- les adultes avec un niveau de confiance initial élevé dans leur capacité à retourner au travail qui ont été traités avec une intervention de retour au travail combinée à la TCC ont effectué un retour à temps plein 56 jours plus tôt que ceux traités avec une TCC usuelle ($d = 0,50$) [Brenninkmeijer *et al.*, 2019];
 - aucune relation significative n'a été observée entre le niveau de confiance initial, le type d'intervention et le retour au travail à temps partiel;
- les jeunes adultes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants et ayant un niveau de contrôle perçu élevé sur les facteurs de stress présents dans leur environnement, scolaires notamment, montrent une moins bonne réponse à un autosoin non guidé basé sur la gestion du stress que ceux avec un niveau de contrôle perçu faible à modéré (79^e percentile et moins; analyses multivariées) [Coudray *et al.*, 2019].

Il est à noter que les résultats de l'étude de Coudray ont été obtenus dans le cadre d'un autosoin non guidé basé sur la gestion du stress. Selon les auteurs, les jeunes adultes qui percevaient avoir un bon contrôle sur les facteurs de stress présents dans leur environnement avant le début de l'intervention n'ont pas tiré autant de bénéfices de celle-ci, puisqu'elle était essentiellement axée sur l'acquisition de stratégies de contrôle du stress, stratégies qu'ils utilisaient déjà.

Autres compétences personnelles

L'influence de la régulation émotionnelle sur la réponse au traitement a été analysée dans deux études et s'est avérée significative dans l'une d'elles seulement [Abbing *et al.*, 2019a]. Les résultats de cette étude indiquent que :

- les femmes ayant plus de difficulté à réguler leurs émotions au début du traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une intervention d'art-thérapie que celles ayant moins de difficulté à réguler leurs émotions ($r = 0,25$; analyses multivariées);
 - la régulation des émotions et la sévérité des symptômes d'anxiété au pré-traitement expliquaient, à elles seules, 23,5 % de la diminution des symptômes d'anxiété observée au post-traitement.

De même, des quatre études ayant analysé l'influence des habiletés cognitives sur la réponse au traitement, celle de Abbing [2019b] est la seule à avoir documenté une relation significative entre un niveau d'inhibition de l'attention moins élevé et une plus grande diminution des symptômes d'anxiété chez des femmes ayant reçu une intervention d'art-thérapie ($r = 0,42$).

3.1.2.1 Considérations cliniques

Les compétences personnelles répertoriées dans les études recensées sont de nature très variée, de sorte qu'il est difficile de tirer une conclusion générale des résultats obtenus. Quelques considérations cliniques peuvent toutefois être dégagées des résultats obtenus.

Les résultats indiquent notamment que des adultes avec de bonnes capacités d'apprentissage et une perception d'efficacité personnelle élevée répondent mieux aux défis et stratégies proposés dans le cadre des interventions cognitives. Pour les adultes avec un niveau d'auto-efficacité plus faible, les auteurs suggèrent, entre autres, de débiter par des activités plus graduelles qui représentent des défis moins importants, telles que l'apprentissage de stratégies d'adaptation ou de régulation émotionnelle, plutôt que des exercices, par exemple, en milieu de travail pour des personnes en congé de maladie [Brenninkmeijer *et al.*, 2019]. De même, les stratégies visant à développer la capacité à réguler ses émotions pourraient être plus faciles et vus comme moins menaçants lorsque l'apprentissage se fait sous une forme plus extériorisée, par des exercices artistiques, notamment [Abbing *et al.*, 2019a].

Contrairement à l'hypothèse des auteurs, les résultats obtenus en lien avec le niveau de connaissances sur la santé mentale ou l'informatique laissent toutefois perplexes. Une des explications avancées par les auteurs est que les adolescents avec un niveau de connaissances en santé mentale moindre seraient plus motivés, en raison de la nouveauté des contenus présentés dans l'autosoin, et plus engagés dans le traitement que ceux étant plus familiers avec ces contenus [Berg *et al.*, 2019].

3.1.3 Facteurs interpersonnels et réponse au traitement

Quatre études ont évalué l'influence des relations interpersonnelles et des styles d'attachement sur la réponse au traitement chez des adolescents ou adultes avec un trouble mental courant. Les résultats obtenus démontrent que cette relation est significative dans trois d'entre elles [A-Tjak *et al.*, 2020; Probst *et al.*, 2020; Nair *et al.*, 2019]. Plus précisément, ils indiquent que :

- les adultes qui s'affirment moins dans leurs relations interpersonnelles présentent une réduction plus importante de leurs symptômes de dépression lorsqu'ils sont traités avec une intervention basée sur les principes de la TCC ou la thérapie interpersonnelle que lorsque traités avec une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) (analyses univariées) [Probst *et al.*, 2020];
- à l'inverse, les adultes plus vindicatifs et égocentriques dans leurs relations avec autrui présentent une réduction plus importante de leurs symptômes de dépression lorsqu'ils sont traités avec une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) que lorsque traités avec une intervention basée sur les principes de la TCC ou la thérapie interpersonnelle (analyses univariées) [Probst *et al.*, 2020];
- les adultes qui ont un style d'attachement plus évitant au début du traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de dépression en réponse à une thérapie d'acceptation et d'engagement ou à une TCC de groupe que les adultes avec un style d'attachement moins évitant ($r = 0,44$; analyses multivariées) [A-Tjak *et al.*, 2020];
- les adolescents ayant plus de problèmes relationnels avec leurs pairs (p. ex. sont harcelés ou intimidés, ont peu d'amis, sont plus solitaires) présentent une plus grande diminution de leurs symptômes obsessionnels et compulsifs à la suite d'une TCC offerte au téléphone que ceux ayant reçu la même intervention en présence ($d = 0,92$; analyses univariées) [Nair *et al.*, 2019];
 - il n'y a pas de relation significative entre les comportements prosociaux des adolescents et la réponse à l'une ou l'autre de ces interventions.

3.1.3.1 Considérations cliniques

Pris globalement, ces résultats indiquent que l'effet des problèmes relationnels sur la réponse au traitement varie en fonction de l'intervention reçue.

Selon les auteurs, ils peuvent être expliqués par le fait que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) est davantage axée sur un apprentissage intrapersonnel et sans jugement, où les relations avec autrui ne sont pas un objectif central de l'intervention. Cela peut permettre aux adultes plus vindicatifs de travailler sur leurs propres schèmes cognitifs et comportementaux inappropriés et de favoriser davantage l'amélioration de leur condition. En contraste, les interventions basées sur les principes de la TCC ou de la thérapie interpersonnelle, qui s'avèrent plus efficaces pour les adultes qui s'affirment moins, sont davantage basées sur une approche

interpersonnelle où la résolution de problèmes est un élément central permettant à ces adultes d'apprendre à s'engager plus efficacement avec autrui dans leurs interactions quotidiennes [Probst *et al.*, 2020].

Le fait que les adolescents avec des problèmes relationnels répondent plus favorablement à une TCC offerte au téléphone qu'à une TCC offerte en face à face s'expliquerait plus aisément. Selon les auteurs, la TCC offerte au téléphone diminuerait l'inconfort des adolescents à être en relation avec un intervenant, ce qui favoriserait une meilleure réponse au traitement [Nair *et al.*, 2019].

Ces résultats donnent à penser que les problèmes relationnels présentés en début d'intervention, lesquels sont susceptibles de se modifier en cours de traitement, agissent davantage comme un médiateur de la réponse au traitement que comme un modérateur de celle-ci. En ce sens, il pourrait être judicieux de suivre l'évolution de cette variable en cours de traitement et, dans certains cas, d'en faire une cible d'intervention.

3.1.4 Profil clinique et réponse au traitement

Au total, 32 études ont évalué l'influence de sept variables modératrices liées au profil clinique des personnes sur la réponse au traitement, la sévérité des symptômes étant la variable la plus évaluée. Dans l'ensemble, les résultats démontrent que les personnes ayant vécu des expériences négatives dans le passé, étant en moins bonne condition physique et ayant des symptômes plus chroniques s'améliorent moins à la suite d'une intervention que celles ne présentant pas ces caractéristiques. Les résultats liés à la comorbidité, la sévérité et l'âge de survenue des symptômes sont cependant plus divergents. Par ailleurs, aucun résultat significatif n'a été rapporté dans les trois études qui ont évalué la relation entre le type de symptômes présenté et la réponse au traitement.

Expériences négatives antérieures

Trois des quatre études ayant évalué l'effet d'expériences négatives antérieures vécues par les participants ont rapporté que celles-ci influençaient la réponse au traitement [Listunova *et al.*, 2020; Toth *et al.*, 2020; Zang *et al.*, 2019]. Ces études démontrent que :

- les adolescentes et les adultes avec une histoire de violence ou ayant vécu un plus grand nombre de traumatismes présentent une réduction moindre de leurs symptômes de dépression ou de stress post-traumatique que celles et ceux ayant vécu moins de traumatismes (analyses multivariées, à l'exception de l'étude de Listunova);
 - cette relation a été observée chez des personnes traitées avec un autosoins guidé basé sur la restructuration cognitive ou avec une intervention de TCC axée sur l'exposition et la restructuration cognitive, de *counseling* ou de thérapie interpersonnelle et offerte en présence.

Condition physique

Deux des trois études portant sur la santé physique des adultes et jeunes adultes démontrent que :

- les adultes avec moins de limitations physiques sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une TCC que ceux avec plus de limitations physiques ($d = 0,20$; analyses multivariées) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020];
- les jeunes adultes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants qui se considèrent en bonne santé physique montrent une meilleure réponse à un autosoin guidé de pleine conscience que ceux qui s'estiment en moins bonne santé ($r = 0,55$; analyses multivariées) [El Morr *et al.*, 2020].

Une seule étude rapporte une relation inverse où des adultes avec plus de limitations physiques sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression, en réponse à une intervention de *counseling* que ceux en meilleure santé physique ($d = 0,17$; analyses multivariées) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020].

Chronicité et âge de survenue des symptômes

Quatre des sept études portant sur la chronicité des symptômes rapportent un effet significatif sur la réponse au traitement. Ces études indiquent que :

- les adultes aux prises avec des symptômes de dépression ou d'anxiété depuis plus longtemps (durée non précisée) sont moins susceptibles de présenter une diminution de leurs symptômes que ceux avec des symptômes plus récents [Listunova *et al.*, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Newman *et al.*, 2019] :
 - cette relation a été observée à la suite d'un autosoin guidé et d'une intervention offerte en présence basée sur la TCC ou sur du *counseling*, mais n'est pas notée dans le cas de l'intervention basée sur la relaxation appliquée (analyses multivariées, à l'exception de l'étude de Listunova);
 - les tailles d'effet des résultats des études de McDevitt et de Listunova varient de modérée à forte ($d = 0,72$ et $1,43$).
- inversement, chez les adultes ayant reçu une intervention de *counseling*, ceux présentant des symptômes de dépression depuis plus longtemps (durée non précisée) sont plus susceptibles de montrer une amélioration cliniquement significative que ceux avec une chronicité moindre ($d = 0,14$; analyses multivariées) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020];
 - cette relation n'a pas été observée chez les adultes ayant reçu une TCC.

Aucune relation entre la chronicité et la réponse au traitement n'a été rapportée dans les autres études réalisées auprès d'adultes ayant reçu un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC ou des interventions de TCC usuelle ou basée sur la pleine

conscience (MBCT), ou encore de l'éducation psychologique [Cientanni *et al.*, 2019; Külz *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019].

Enfin, les résultats liés à l'influence de l'âge de survenue des symptômes sur la réponse au traitement se sont avérés significatifs dans seulement une des six études recensées sur le sujet [Alon *et al.*, 2022]. Ceux-ci indiquent que :

- les adultes dont les symptômes sont survenus plus tardivement (âge de survenue non précisé) présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de troubles mentaux courants en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux dont les symptômes sont survenus plus précocement (analyses univariées).

Aucune relation significative n'a été observée entre l'âge de survenue des symptômes et la réponse au traitement dans les autres études réalisées auprès d'adolescents ou d'adultes ayant reçu un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC, une TCC usuelle ou une TCC basée sur la pleine conscience (MBCT), ou encore de l'éducation psychologique [Segal *et al.*, 2020; Külz *et al.*, 2019; Nair *et al.*, 2019; Salomonsson *et al.*, 2019; Stjerneklar *et al.*, 2019].

Comorbidité

Parmi 13 études, un peu plus de la moitié rapportent une relation significative entre la comorbidité et la réponse au traitement [Alon *et al.*, 2022; Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Newman *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019]. La direction de cette relation varie cependant selon les études.

En effet, les résultats de quatre études [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Newman *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019] indiquent que :

- les adultes présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété ou un trouble anxieux en comorbidité avec des symptômes de dépression ou d'anxiété présentent une plus grande diminution de leurs symptômes que ceux exempts de symptômes ou de troubles comorbides [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Newman *et al.*, 2019];
- les adultes avec un trouble dépressif et des symptômes d'anxiété sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du *counseling* que ceux avec des symptômes d'anxiété moindres ($d = 0,10$; analyses multivariées) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020];
 - cette relation n'est pas observée chez les adultes qui ont reçu de la TCC;
- les adultes présentant un trouble de stress post-traumatique et un trouble dépressif comorbide seraient six fois plus susceptibles de montrer une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes que ceux sans trouble dépressif comorbide. Les personnes avec un trouble de l'usage de l'alcool en comorbidité ont, quant à elles, 15 % moins de chances de présenter une

amélioration cliniquement significative, comparativement à celles n'ayant pas un trouble de l'usage de l'alcool [Zang *et al.*, 2019].

Ces relations, basées sur des analyses multivariées, à l'exception de celles rapportées dans l'étude de Gonzalez-Blanch, ont été observées chez des adultes ayant reçu une TCC usuelle, une TCC de nature transdiagnostique ou une TCC axée sur l'exposition et la restructuration cognitive [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Newman *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019].

Cette relation n'a pas été notée dans l'étude de Newman chez les adultes ayant reçu une intervention de relaxation appliquée ou de *counseling* [Newman *et al.*, 2019].

La relation inverse a été observée dans trois autres études [Alon *et al.*, 2022; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Steketee *et al.*, 2019], où :

- les adultes qui présentent des symptômes d'anxiété ou de dépression, un trouble de stress post-traumatique ou obsessionnel-compulsif en comorbidité avec des symptômes ou des troubles anxieux ou dépressifs ont montré une moins grande diminution de leurs symptômes que ceux exempts de troubles comorbides;
 - cette relation a été observée chez des adultes ayant reçu un autosoin basé sur le contrôle de l'attention ou la modification des biais d'interprétation ou une intervention basée sur les principes de la TCC ou spécifiquement sur l'exposition [Alon *et al.*, 2022; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Steketee *et al.*, 2019];
 - les tailles d'effet des études de McDevitt et de Steketee sont modérées ($d = 0,52$; analyses multivariées et $d = 0,76$; analyses univariées, respectivement);
 - cette relation n'a pas été observée chez ceux ayant reçu une intervention basée spécifiquement sur la restructuration cognitive seule ou combinée à de l'exposition (analyses univariées) [Steketee *et al.*, 2019].

Les six études n'ayant pas rapporté de relation significative ont été réalisées auprès d'adolescents ou d'adultes présentant des symptômes d'anxiété, de dépression ou un trouble mental courant en comorbidité. Ces participants ont reçu un autosoin guidé ou non guidé basé sur les principes de la TCC, une TCC offerte en présence en individuel ou en groupe, ou alors une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) ou une intervention d'éducation psychologique de groupe [Külz *et al.*, 2019; Nair *et al.*, 2019; Nicholas *et al.*, 2019; Salomonsson *et al.*, 2019; Sunde *et al.*, 2019; von Brachel *et al.*, 2019].

Mentionnons qu'il n'a pas été possible d'identifier des éléments méthodologiques ou autres susceptibles d'expliquer la divergence des résultats quant à la direction de la relation entre la présence de comorbidité et la réponse au traitement (p. ex. classes d'interventions, types de troubles ou d'analyses, instruments de mesure).

Sévérité des symptômes

Bien que 23 études aient analysé la relation entre la sévérité des symptômes de troubles mentaux courants et la réponse au traitement, la nature de cette relation demeure à clarifier.

En effet, des résultats significatifs obtenus dans sept études, dont six réalisées auprès d'adultes [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Powell *et al.*, 2020; Abbing *et al.*, 2019a; Ciantanni *et al.*, 2019; Coudray *et al.*, 2019] et une autre menée auprès d'adolescents [Stjerneklar *et al.*, 2019], indiquent que :

- les personnes à risque de présenter ou présentant un niveau de symptômes de dépression ou d'anxiété, ou encore de détresse psychologique, plus élevé sont plus susceptibles de montrer une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes, comparativement à celles ayant un niveau de symptômes moins élevé :
 - cette relation a été observée dans le cadre d'un autosoin guidé et d'un autosoin non guidé basés sur les principes de la TCC ou sur la gestion du stress, d'une TCC usuelle ou de nature transdiagnostique, d'une intervention d'art-thérapie et de *counseling*;
 - les tailles d'effet des études de Coudray, de Ciantanni et de Stjerneklar varient de faibles à fortes (d variant de 0,23 à 1,29), et la corrélation rapportée dans l'étude de Abbing est de 0,38 (analyses multivariées, à l'exception de l'étude de Stjerneklar).

À l'inverse, huit études réalisées également auprès d'adultes [Arndt *et al.*, 2020; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Firth *et al.*, 2020; Mesri Bitá *et al.*, 2020; Külz *et al.*, 2019; Nicholas *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019; von Brachel *et al.*, 2019] rapportent que :

- les adultes ayant des symptômes obsessionnels-compulsifs, de dépression ou d'anxiété plus sévères ont une moins bonne réponse au traitement que ceux ayant des symptômes moins sévères :
 - cette relation a été observée chez des adultes ayant reçu soit : un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC; différentes interventions d'approche cognitivo-comportementale (de nature transdiagnostique, basées sur la pleine conscience, la restructuration cognitive ou l'exposition) et une intervention d'éducation psychologique ou de *counseling*;
 - notons que trois de ces huit interventions ont été effectuées en format de groupe [Firth *et al.*, 2020; Mesri B. *et al.*, 2020; Külz *et al.*, 2019];
 - les tailles d'effet des études de Delgadillo, de Nicholas et de Steketee varient de faibles à modérées (d variant de 0,20 à 0,67), et la corrélation de l'étude de Arndt se situe à 0,19;
 - les résultats de ces études sont basés sur des analyses multivariées, à l'exception de ceux rapportés par Nicholas et par Steketee.

Enfin, les résultats obtenus dans neuf autres études indiquent qu'il n'y a pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement [Listunova *et al.*, 2020; Segal *et al.*, 2020; Brenninkmeijer *et al.*, 2019; Nair *et al.*, 2019; Poulin *et al.*, 2019; Ritzert *et al.*, 2019; Salomonsson *et al.*, 2019; Sunde *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019].

Mentionnons qu'il n'a pas été possible de dégager des éléments susceptibles d'expliquer la divergence des résultats obtenus entre les études (p. ex. classes d'interventions, types de troubles ou d'analyses).

3.1.4.1 Considérations cliniques

Dans l'ensemble, les résultats démontrent que la présence d'expériences négatives antérieures, une plus grande chronicité des symptômes et une moins bonne condition physique chez des adolescents ou des adultes ont une influence négative sur la réponse au traitement. Ces résultats ont d'ailleurs été documentés dans d'autres études [Karatekin, 2018; Clark *et al.*, 2010; Anda, 2007].

Les résultats obtenus en ce qui a trait à la comorbidité, la sévérité ou l'âge de survenue des symptômes sont moins concluants. Pris globalement, ils donnent néanmoins à penser que certaines personnes avec une condition clinique plus sévère sont aussi susceptibles de présenter une réponse favorable à une intervention psychosociale que d'autres personnes dont la condition clinique est moins sévère.

Le point de vue des auteurs sur la façon de tenir compte de ces éléments cliniques en contexte d'intervention est également variable. Selon certains, les interventions psychosociales axées spécifiquement sur des symptômes ou un trouble en particulier peuvent être d'efficacité limitée en présence de symptômes ou troubles comorbides. Ces auteurs suggèrent par conséquent d'opter pour une approche transdiagnostique plutôt que sur l'acquisition de stratégies spécifiques [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Lopez-Gomez *et al.*, 2019; Newman *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019]. En contraste, d'autres auteurs indiquent que pour les adultes avec une plus longue chronicité de symptômes, une intervention axée sur une seule composante, comme la relaxation appliquée, pratiquée de façon plus répétitive et intensive, pourrait s'avérer plus appropriée lorsque les habitudes à modifier sont bien enracinées et plus chroniques [Newman *et al.*, 2019].

Enfin, bien que la réponse au traitement des personnes avec un trouble mental courant plus sévère ou complexe soit moins prévisible, cela n'implique pas qu'il faille recourir systématiquement à des interventions de plus haute intensité. De fait, deux des études recensées ici, de même que les travaux de l'INESSS [2022], démontrent que les adolescents et adultes peuvent bénéficier d'interventions de plus faible intensité [McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Stjerneklar *et al.*, 2019].

3.1.5 Caractéristiques de l'intervention et réponse au traitement

Au total, 24 études ont regardé la relation entre des caractéristiques liées à l'intervention ou à l'intervenant et la réponse au traitement. Notons qu'aucun résultat significatif n'a été rapporté dans les trois études qui ont évalué la relation entre le contenu de l'intervention

ou la rétroaction offerte et la réponse au traitement. Les résultats relatifs aux autres modérateurs considérés sont présentés ci-après.

Interventions psychosociales accompagnées ou non d'un traitement pharmacologique

Parmi un total de sept études, quatre ont rapporté une relation significative entre la prise de médication combinée à une intervention psychosociale et la réponse au traitement chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression, ou encore un trouble dépressif [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020; Ciantanni *et al.*, 2019]. Les résultats obtenus dans trois de ces études indiquent que :

- les adultes non médicamentés sont plus susceptibles de présenter une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress en réponse à des interventions basées sur les principes de la TCC ou à du *counseling* que ceux faisant usage d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou d'une combinaison des deux [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020] (analyses multivariées, à l'exception de l'étude de Gonzalez-Blanch) :
 - les tailles d'effet rapportées dans les études de Delgadillo et de McDevitt sont respectivement, faible et modérée ($d = 0,32$ et $0,53$);
- la quatrième étude rapporte une relation inverse où les adultes faisant usage d'antidépresseurs présentent une plus grande diminution de leur détresse psychologique, en réponse à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC, que ceux ne faisant pas usage d'antidépresseurs [Ciantanni *et al.*, 2019].

Deux études n'ont rapporté aucune relation significative entre la prise de médicaments et la réponse au traitement, que cette médication soit combinée à un autosoin guidé ou à diverses interventions offertes en présence basées sur les principes de la TCC [Nicholas *et al.*, 2019; Steketee *et al.*, 2019].

Traitements psychologiques antérieurs ou parallèles à l'intervention psychosociale

Une seule étude, parmi un total de quatre, a documenté une relation significative entre le fait de s'engager dans plus d'une intervention et la réponse au traitement [McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020]. Les résultats de cette étude sont basés sur une analyse multivariée et indiquent que :

- les adultes qui reçoivent une intervention basée sur les principes de la TCC offerte en présence en parallèle à un autre traitement, comme du *counseling*, une thérapie occupationnelle, une classe de pleine conscience ou autres, sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression que ceux ne recevant pas d'autre traitement ($d = 0,97$).

Les deux études n'ayant pas observé de relation significative ont été réalisées auprès d'adultes ayant reçu un autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive, une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) ou une intervention basée sur l'éducation psychologique [Listunova *et al.*, 2020; Külz *et al.*, 2019].

De même, une seule étude sur quatre a rapporté une relation significative entre le fait d'avoir reçu un traitement psychologique dans le passé et la réponse à une intervention psychosociale [Reins *et al.*, 2019]. Il ressort que :

- les adultes n'ayant pas reçu de traitement psychologique dans le passé présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de dépression lorsqu'ils reçoivent un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que lorsqu'ils reçoivent un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique :
 - la taille de l'effet de cette variable sur la réponse au traitement est élevée ($d = 0,82$; analyse univariée);
 - il n'y a pas de différence dans la réponse à ces deux autosoins chez les adultes ayant reçu un traitement antérieur.

Les trois études n'ayant pas observé de relation significative ont été réalisées auprès d'adultes ayant reçu un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC et une TCC offerte en présence [Listunova *et al.*, 2020; Robinson *et al.*, 2020; Nicholas *et al.*, 2019].

Attentes et préférences envers le traitement

Au total, sept études ont regardé la relation entre les attentes, les préférences ou la crédibilité perçue envers le traitement et la réponse à celui-ci. Deux d'entre elles ont rapporté une relation significative [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Nicholas *et al.*, 2019]. Les résultats obtenus indiquent que :

- les adultes ayant des attentes moins élevées envers l'intervention sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression en réponse à du *counseling* que ceux ayant des attentes plus élevées ($d = 0,17$; analyses multivariées) [Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020] :
 - cette relation n'est toutefois pas observée chez les adultes ayant reçu une TCC;
- 36 % des adultes qui ont reçu un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC, mais qui avaient manifesté une préférence pour de la TCC offerte au téléphone, n'ont pas présenté d'amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression, comparativement à 18 % de ceux n'ayant manifesté aucune préférence ou ayant préféré l'autosoin guidé ($r = 0,20$; analyses univariées) [Nicholas *et al.*, 2019].

Les cinq études n'ayant pas observé de relation significative ont été réalisées auprès d'adultes ou de personnes âgées ayant reçu : un autosoin guidé ou non guidé basé sur les principes de la TCC ou sur la thérapie psychodynamique; des interventions de pleine conscience basée sur la réduction du stress; une TCC et une intervention de groupe basée sur l'éducation psychologique [Haddad *et al.*, 2020; Lindegaard *et al.*, 2020; Zagorscak *et al.*, 2020; Salomonsson *et al.*, 2019; Schwartz *et al.*, 2019].

Motivation, ambivalence et résistance au changement

Selon les quatre études recensées portant sur le sujet, la motivation fait référence à l'engagement de la personne, à ses raisons de s'engager et à l'importance qu'elle accorde à son désir de progresser pour évoluer. L'ambivalence manifestée par la personne reflèterait ses préoccupations quant aux conséquences négatives potentielles du traitement, lesquelles peuvent contrecarrer sa volonté d'y participer. La résistance au traitement renverrait, quant à elle, aux comportements, blocages, détournements de la direction donnée par l'intervenant au traitement [Poulin *et al.*, 2019; Schwartz *et al.*, 2019].

Trois études, parmi un total de quatre, ont dénoté une relation significative entre la motivation ou l'ambivalence face au changement et la réponse au traitement chez des adultes avec un trouble anxieux [Lenton-Brym *et al.*, 2019; Marker *et al.*, 2019; Poulin *et al.*, 2019].

Toutefois, ces résultats étant basés sur des analyses univariées, la direction de cette relation varie selon les instruments de mesure utilisés :

- les adultes ayant une plus grande motivation au changement au pré-traitement, présentent une plus grande diminution de leur niveau d'inquiétude et de leurs symptômes d'anxiété à la suite d'une TCC, seule ou combinée à de l'entretien motivationnel, que ceux moins motivés au changement [Lenton-Brym *et al.*, 2019];
 - cette relation est observée lorsque la motivation au changement est mesurée avec le questionnaire autorapporté *Change Questionnaire* (CQ) (TCC seule : $r = -0,30$ et TCC combinée : $r = -0,59$);
 - aucune relation n'a été observée entre l'ambivalence et la réponse au traitement lorsque celle-ci est mesurée avec le questionnaire autorapporté, *Treatment Ambivalence Questionnaire* (TAQ).
- les adultes qui expriment davantage de propos reflétant une ambivalence ou une résistance au changement au pré-traitement ont une diminution moindre de leur niveau d'inquiétude à la suite d'une TCC seule ou combinée à de l'entretien motivationnel que ceux ayant exprimé moins de propos de cette nature [Poulin *et al.*, 2019];
 - cette relation est observée lorsque l'ambivalence et la résistance au traitement sont mesurées avec une grille d'observation adaptée du *Client*

Resistance Code (CRC) ($r = 0,45$) et expliquerait 21 % de la variance observée dans la réponse au traitement;

- les adultes qui expriment davantage de propos en faveur du changement en début de traitement ont des symptômes plus sévères à la suite d'une intervention transdiagnostique de groupe que ceux ayant exprimé moins de propos en faveur du changement [Marker *et al.*, 2019];
 - cette relation est observée lorsque la motivation au changement est mesurée à l'aide de la grille d'observation *Client Language Easy Rating coding system* (CLEAR);

Les auteurs de ces études rapportent que la motivation ou l'ambivalence face au changement fluctue en cours de traitement et que l'impact sur les symptômes varie également selon les contenus abordés (p. ex. exposition ou restructuration cognitive). Ainsi, il est probable que ce ne soit pas la motivation au changement en début d'intervention qui influence la réponse au traitement, mais plutôt le changement dans le niveau de motivation en cours de traitement. Dans ce cas, la motivation au changement agirait davantage comme un médiateur de la réponse au traitement plutôt que comme un modérateur.

Caractéristiques de l'intervenant

Une des deux études recensées a démontré une relation significative entre la formation des intervenants et la réponse au traitement [Stjerneklar *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019]. Les résultats de l'étude de Zang basés sur des analyses multivariées indiquent que :

- 30 % des femmes ayant un vécu de violence interpersonnelle qui ont reçu une TCC offerte par des professionnels formés en TCC ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de stress post-traumatique, comparativement à 12 % de celles traitées par des professionnels non formés spécifiquement en TCC.

Traitement optimal

Parmi les études recensées, celles de Delgadillo [2020] et de Lopez-Gomez [2019] se démarquent par la méthodologie utilisée et le grand nombre de modérateurs considérés simultanément dans les analyses (15 et 21 modérateurs, respectivement présentés au [tableau D-1](#) à l'annexe D). Dans ces deux études indépendantes, les auteurs ont construit un algorithme à partir des modérateurs significativement associés à une réponse favorable à une intervention de *counseling*, à une TCC ou à une intervention de psychologie positive. Ils ont déterminé, sur cette base, le traitement hypothétique optimal pour des personnes avec ces profils. Ils ont par la suite regardé dans quelle mesure le fait de recevoir ou non le traitement hypothétique optimal, selon cet algorithme, était associé à la réponse au traitement.

Les résultats obtenus dans l'étude de Delgadillo [2020] indiquent que :

- les adultes avec un trouble dépressif les plus susceptibles de répondre favorablement à une TCC sont exempts de limitations physiques ($d = 0,20$), ne vivent pas dans des zones défavorisées ($d = 0,12$) et présentent des symptômes dépressifs moins sévères ($d = 0,43$);
 - l'ensemble de ces variables n'expliqueraient toutefois que 9 % de la diminution des symptômes de dépression observée chez les adultes;
- les adultes avec un trouble dépressif les plus susceptibles de répondre favorablement à une intervention de *counseling* présentent plus de limitations physiques ($d = 0,18$), résident dans des zones défavorisées ($d = 0,16$), souffrent de dépression depuis plus longtemps ($d = 0,14$), ne prennent pas d'antidépresseurs ($d = 0,32$), montrent des symptômes d'anxiété en comorbidité ($d = 0,10$), mais ont un meilleur fonctionnement global ($d = 0,43$) et de plus faibles attentes envers le traitement ($d = 0,18$);
 - ces variables, incluant l'âge et le statut d'emploi, n'expliqueraient que 13 % de la diminution des symptômes de dépression observée chez des adultes;
- 63 % des adultes ayant reçu le traitement optimal selon leur profil clinique, soit une TCC ou une intervention de *counseling*, ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes, comparativement à 42 % de ceux ayant reçu le traitement sous-optimal.

Les résultats obtenus dans l'étude de Lopez-Gomez [2019] basés sur les modérateurs significatifs inclus dans l'algorithme indiquent que :

- l'intervention de groupe basée sur la psychologie positive a été reconnue comme étant le traitement optimal pour 73 % des femmes avec un trouble dépressif et l'intervention basée sur la TCC, le traitement optimal pour 27 % d'entre elles;
- les femmes pour lesquelles l'intervention de groupe basée sur la psychologie positive s'est révélée le traitement optimal avaient un trouble mental ou une condition médicale comorbide, avaient été traitées antérieurement avec des antidépresseurs et avaient davantage de pensées négatives;
- les femmes pour lesquelles l'intervention de groupe basée sur la TCC a été reconnue comme étant le traitement optimal avaient tendance à ne pas avoir de trouble mental ou de condition médicale comorbide, à ne pas avoir reçu de traitement antérieur aux antidépresseurs et avaient moins de pensées négatives.

Enfin, les résultats de cette étude indiquent que, parmi les femmes pour qui le traitement hypothétique optimal était l'intervention basée sur la psychologie positive, la réponse au traitement était significativement supérieure chez celles ayant reçu ce traitement que chez celles ayant reçu le traitement sous-optimal. Cependant, aucune différence

significative n'a été observée entre les femmes ayant reçu le traitement optimal ou sous-optimal lorsque l'intervention de TCC était considérée comme le traitement optimal.

3.1.5.1 Considérations cliniques

Les études recensées démontrent que la motivation au changement et la résistance en début de traitement sont des facteurs associés à la réponse au traitement. Les auteurs de ces études soulignent de plus que l'ambivalence et la résistance au traitement sont de plus grands prédicteurs de la réponse au traitement que la motivation au changement [Marker *et al.*, 2019; Poulin *et al.*, 2019]. Par conséquent, les auteurs suggèrent aux intervenants de demeurer à l'affût afin de répondre de façon appropriée à ces ambivalences ou résistances face au traitement. En ce sens, l'acquisition de techniques d'entretien motivationnel et leur intégration aux interventions pourraient permettre aux intervenants d'optimiser leur façon de gérer l'ambivalence et la résistance face au changement manifestées par les personnes au début ou en cours de traitement [Lenton-Brym *et al.*, 2019; Marker *et al.*, 2019; Poulin *et al.*, 2019; Schwartz *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2019].

Par ailleurs, les résultats indiquent que les adultes ayant reçu des traitements pharmacologiques ou psychologiques, antérieurement ou en concomitance avec une intervention psychosociale, présentent une diminution moindre de leurs symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress que ceux n'ayant pas reçu ou ne recevant pas un autre traitement en concomitance avec l'intervention psychosociale. Ces résultats ont été obtenus en réponse autant à des autosoins guidés et non guidés qu'à des interventions offertes en présence. Ils ne semblent pas liés à la sévérité des symptômes au pré-traitement, puisque celle-ci a été prise en compte dans la plupart des analyses effectuées [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; McDevitt-Petrovic *et al.*, 2020].

Bien que certaines études rapportent des résultats similaires à ceux du présent rapport [Whiston *et al.*, 2019; Knapstad *et al.*, 2018], d'autres études démontrent plutôt la supériorité de la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une intervention psychosociale, même pour des troubles de sévérité légère à modérée [Gratzer et Goldbloom, 2016; Cuijpers *et al.*, 2014]. Certains auteurs soulignent toutefois le besoin d'identifier les personnes pouvant bénéficier ou non d'une telle combinaison de traitements [Gonzalez-Blanch *et al.*, 2021].

Comme le rapporte l'INESSS [2022; 2018], les personnes qui consultent leur médecin de famille pour des symptômes ou troubles mentaux courants se voient souvent proposer un traitement pharmacologique. Or, la plupart des guides de pratiques cliniques recommandent pourtant le recours à des interventions psychosociales, incluant la psychothérapie, pour traiter les troubles dépressifs et anxieux de sévérité légère à modérée. À cet effet, le NICE [2022] souligne que la médication ne devrait pas être offerte en première intention, à moins que les personnes ne préfèrent cette option.

Enfin, les résultats obtenus dans les études de Delgadillo [2020] et Lopez-Gomez [2019] démontrent que les personnes présentant un trouble dépressif avec un profil

sociodémographique moins favorable et un profil clinique plus sévère, chronique ou complexe sont susceptibles de bénéficier davantage d'une intervention de psychologie positive ou de *counseling* que d'une intervention cognitivo-comportementale. Ces résultats indiquent par contre que les personnes pour qui la TCC était le traitement optimal ont répondu de façon tout aussi favorable au traitement sous-optimal.

3.1.6 Synthèse des résultats sur les variables modératrices

Les résultats quant à l'influence des variables modératrices sur la réponse au traitement qui ont été confirmés dans au moins trois études, quelle que soit la direction de la relation, sont présentés au [tableau 5](#). Le tableau rapporte également le nombre d'études ayant obtenu un résultat significatif parmi le nombre total d'études recensées ainsi que le nombre d'entre elles dont les résultats sont basés sur des analyses univariées ou multivariées.

Comme on peut le constater dans ce tableau, plusieurs des variables liées au profil clinique de la personne ont une influence sur la réponse au traitement. Rappelons toutefois que ce sont également ces variables qui ont été les plus analysées dans les études recensées. Pour certains de ces modérateurs, les résultats obtenus convergent dans la même direction, à savoir que plus le modérateur est présent, meilleure est la réponse au traitement ou, au contraire, moins bonne est la réponse au traitement. C'est le cas notamment du statut d'emploi, des expériences négatives antérieures, de la chronicité des symptômes et d'un traitement pharmacologique concomitant.

En revanche, les résultats quant à l'influence de la comorbidité et de la sévérité des symptômes ou de la motivation au changement peuvent laisser présager autant une réponse favorable à l'intervention qu'une réponse moins favorable. Il est à noter que la majorité de ces résultats (61 %) sont basés sur des analyses multivariées, comparativement à 39 % basés sur des analyses univariées. Ils sont donc relativement robustes, ce qui laisse croire que leur divergence n'est probablement pas attribuable à l'influence d'autres variables, comme la sévérité initiale des symptômes, qui n'auraient pas été prises en compte dans les analyses.

Tableau 5 Synthèse des résultats sur les variables modératrices et la réponse au traitement

Variables modératrices qui influencent la réponse au traitement				
Modérateurs	Direction de la relation		N études confirmant le résultat/ N total	Types d'analyses*
Variables sociodémographiques				
Statut d'emploi	+ élevé	Meilleure réponse	4/7	Multi : 3/4 Uni : 1/4
Profil clinique				
Expériences négatives antérieures	+ élevé	Moins bonne réponse	3/4	Multi : 2/3 Uni : 1/3
Chronicité des symptômes	+ élevé	Moins bonne réponse	3/7	Multi : 2/3 Uni : 1/3
	+ élevé	Meilleure réponse	1/7	Multi : 1/1
Présence de comorbidité	+ élevé	Meilleure réponse	4/13	Multi : 3/4 Uni : 1/4
	+ élevé	Moins bonne réponse	3/13	Multi : 1/3 Uni : 2/3
Sévérité des symptômes	+ élevé	Meilleure réponse	7/23	Multi : 4/7 Uni : 3/7
	+ élevé	Moins bonne réponse	8/23	Multi : 6/8 Uni : 2/8
Caractéristiques liées à l'intervention				
Traitement pharmacologique concomitant	- élevé	Meilleure réponse	3/7	Multi : 2/4 Uni : 1/4
	+ élevé	Meilleure réponse	1/7	Multi : 1/1
Motivation au changement	+ élevé	Meilleure réponse	1/4	Uni : 1/1
	+ élevé	Moins bonne réponse	1/4	Uni : 1/1
	- élevé	Moins bonne réponse	1/4	Uni : 1/1

* Types d'analyses : Nombre d'études dont les résultats sont issus d'analyses univariées ou multivariées (Uni : analyses univariées; Multi : analyses multivariées)

3.2 Variables liées à l'adhésion au traitement

L'adhésion au traitement est considérée comme un élément clé du processus thérapeutique. L'adhésion aux devoirs, notamment, est une composante centrale des interventions cognitivo-comportementales. Cette composante serait encore plus déterminante lorsque les interventions sont offertes en format numérique, dans le cadre d'autosoins guidé ou non guidé, où les taux d'adhésion sont généralement plus faibles et les taux d'abandon plus élevés [INESSS, 2022].

Dans la littérature, l'adhésion au traitement et aux devoirs est souvent traitée comme une mesure d'efficacité, parfois comme un modérateur de la réponse au traitement et, plus rarement, comme un médiateur de celle-ci. En effet, et bien que l'adhésion ne soit pas une variable préexistante au traitement, elle est généralement analysée comme un modérateur de la réponse au traitement. Certains auteurs font d'ailleurs référence à l'adhésion comme à un modérateur post-entrée dans l'étude (*post-baseline*) [Courtney *et al.*, 2022].

La possibilité que l'adhésion agisse plutôt comme un médiateur de processus comportemental de la réponse au traitement et contribue directement à l'efficacité des interventions mériterait d'être envisagée et analysée. Or, aucune des études recensées n'a eu recours à un devis d'étude répondant aux critères établis pour démontrer une médiation. Par conséquent, l'adhésion est traitée dans le présent rapport comme une variable modératrice post-entrée dans l'étude et abordée distinctement des variables modératrices préexistantes au traitement.

Les résultats faisant état de l'influence de l'adhésion sur la réponse au traitement sont d'abord présentés, suivis de ceux concernant les variables susceptibles de favoriser cette adhésion. Les études primaires portant sur l'adhésion sont présentées au [tableau C-1](#), à l'annexe C. Les résultats obtenus sont rapportés à l'[annexe F](#).

3.2.1 Influence de l'adhésion au traitement sur la réponse au traitement

L'adhésion au traitement est généralement évaluée en fonction du nombre de séances ou de modules terminés, ou encore du temps passé à réaliser les exercices ou les modules en ligne. Certains auteurs recommandent toutefois d'évaluer plus spécifiquement l'adhésion aux différentes composantes d'une intervention, plutôt que l'adhésion au traitement dans sa globalité [Yew *et al.*, 2021; Arndt *et al.*, 2020; Callan *et al.*, 2019]. Dans ce sens, l'adhésion aux devoirs est une composante de l'intervention qui présente un intérêt particulier dans le contexte des autosoins.

Cinq études ont évalué la relation entre l'adhésion au traitement et la réponse au traitement [Arndt *et al.*, 2020; Gili *et al.*, 2020; MacLean *et al.*, 2020; Salomonsson *et al.*, 2019; Stjerneklar *et al.*, 2019]. Trois de ces études rapportent une relation significative entre le nombre de modules terminés dans le cadre d'un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC et la réponse au traitement chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble mental courant. Les résultats issus des analyses multivariées, à l'exception de ceux de l'étude de Salomonsson, indiquent que :

- les adultes qui ont achevé 6 modules ou plus de l'autosoin guidé, sur une possibilité de 9, présentent moins de symptômes de dépression au post-traitement que ceux ayant terminé 5 modules ou moins. Les taux d'amélioration cliniquement significative rapportés sont respectivement de 66 % et de 28 % [MacLean *et al.*, 2020];
- les adultes qui ont assisté aux deux séances en présence offertes dans le cadre d'un autosoin guidé ont plus de chances de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de troubles mentaux courants au post-traitement que ceux ayant assisté à une ou aucune de ces séances (RC = 0,36) [Salomonsson *et al.*, 2019];
 - une relation significative est également rapportée entre le niveau d'adhésion au traitement selon l'intervenant et la réponse au traitement (RC = 3,4);
- les adultes qui ont terminé un plus grand nombre de modules sur les exercices d'exposition et de relaxation à effectuer, dans le cadre d'un autosoin guidé, présentent moins de symptômes d'anxiété au post-traitement que ceux en ayant réalisé un moins grand nombre [Arndt *et al.*, 2020].

L'étude de Stjerneklar [2019], réalisée auprès d'adolescents présentant un trouble anxieux, ayant également participé à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC, est la seule à ne pas rapporter de relation significative entre le nombre de modules achevés et la réponse au traitement.

L'étude de Gili [2020] est la seule parmi les cinq études répertoriées à avoir évalué l'influence de l'adhésion sur la réponse au traitement dans le cadre d'un autosoin non guidé. Les résultats de l'analyse multivariée démontrent une relation significative entre le nombre de modules terminés et la diminution des symptômes de dépression chez les adultes ayant participé à un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive ou sur l'éducation psychologique. Cette relation n'a toutefois pas été observée en réponse à un autosoin non guidé basé sur la pleine conscience.

Enfin, aucune des études recensées dans le cadre des présents travaux n'a documenté le lien entre le nombre de séances et la réponse au traitement lors d'une intervention en présence.

3.2.2 Influence de l'adhésion aux devoirs sur la réponse au traitement

Au total, trois études ont documenté une relation significative entre l'adhésion aux devoirs et la réponse au traitement chez des adultes présentant un trouble mental courant [Yew *et al.*, 2021; Callan *et al.*, 2019; Ritzert *et al.*, 2019]. Les résultats obtenus indiquent que :

- chez des adultes présentant un trouble anxieux, l'application du contenu d'un auto-soin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans la vie quotidienne expliquerait 40 % de l'amélioration observée sur les symptômes de dépression, 20 % de celle concernant les symptômes d'anxiété et 23 % de celle touchant la qualité de vie (analyses univariées) [Ritzert *et al.*, 2019];
- les adultes présentant un trouble dépressif avec un haut niveau d'adhésion aux devoirs sont plus susceptibles d'être en rémission à la suite d'une TCC offerte en présence que ceux avec un faible niveau d'adhésion (46 % et 28 %, respectivement; $RC = 2,00$; analyses multivariées) [Callan *et al.*, 2019];
- les adultes avec une quantité et une qualité de devoirs effectuées plus grandes présentent une diminution supérieure de leurs symptômes de dépression en réponse à une TCC que ceux avec une quantité et une qualité de devoirs moindres ($r = -0,28$ et $r = -0,25$; analyses univariées) [Yew *et al.*, 2021].

3.2.3 Variables qui influencent l'adhésion au traitement et aux devoirs

Au total, 18 variables susceptibles d'influencer l'adhésion au traitement et aux devoirs ont été documentées. Ces variables ont été évaluées dans 13 études indépendantes et sont regroupées, comme il est illustré au [tableau 6](#), sous quatre grandes catégories, soit les caractéristiques sociodémographiques, le profil clinique, les compétences personnelles ainsi que les caractéristiques liées à l'intervention ou à l'intervenant.

Tableau 6 Variables qui influencent l'adhésion au traitement et aux devoirs

Variables socio-démographiques	Profil clinique	Compétences personnelles	Caractéristiques liées à l'intervention
Âge	Comorbidité	Croyances et conséquences perçues	Ambivalence/résistance
Scolarité	Diagnostic/type de symptômes	Perception d'efficacité personnelle	Attentes/préférences
Genre	Sévérité des symptômes		Modalités d'accès
Statut d'emploi			Caractéristiques de l'intervenant
Statut socio-économique			Modalités d'intervention
			Motivation

* Le terme « intervenant » renvoie autant à un intervenant qu'à un professionnel.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que ces variables ont peu d'influence sur l'adhésion au traitement et aux devoirs. De plus, l'effet de chacun de ces modérateurs n'a été documenté que dans une seule étude. Celles-ci indiquent que :

- les femmes, les adultes plus âgés, les adultes avec un niveau de scolarité universitaire ou en emploi ainsi que ceux plus défavorisés sur le plan socio-économique ont terminé un plus grand nombre de séances ou de modules et ont présenté une plus grande adhésion aux devoirs que les autres adultes [Arndt *et al.*, 2020; Firth *et al.*, 2020; Callan *et al.*, 2019]. Le rapport de cotes pour le genre dans l'étude de Callan se situe à 2,7;
- les adultes avec des symptômes de dépression moins sévères ainsi que les adolescents exempts de symptômes ou troubles comorbides ont un niveau d'adhésion plus élevé que les personnes ne présentant pas ces caractéristiques [Firth *et al.*, 2020; Toth *et al.*, 2020]. Le rapport de cotes pour la comorbidité dans l'étude de Toth se situe à 0,35;
- les adultes avec un niveau d'efficacité personnelle plus élevé au pré-traitement ou une perception plus positive des devoirs et de leurs conséquences montrent une plus grande adhésion aux exercices de relaxation et une plus grande adhésion aux devoirs (qualité et quantité) [Yew *et al.*, 2021; Arndt *et al.*, 2020];
- les adultes inscrits à un autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive ont fait un plus grand nombre de modules et ont passé plus de temps sur les exercices que ceux ayant participé à un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive [Stevenson *et al.*, 2019];
- les adultes qui se sont inscrits eux-mêmes à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ont terminé un plus grand nombre de modules que ceux d'une clinique externe qui y ont participé en attendant d'avoir accès à une TCC offerte en présence [Arndt *et al.*, 2020];
- les adultes qui présentent une forte résistance en début d'intervention sont plus susceptibles d'abandonner une TCC que ceux qui montrent peu de résistance ($d = 0,83$) [Schwartz *et al.*, 2019].

Il est à noter que ces résultats, à l'exception de ceux rapportés dans les études de Stevenson [2019] et de Schwartz [2019], sont basés sur des analyses multivariées.

3.2.4 Considérations cliniques

La quasi-totalité des études recensées (7/8) démontrent que l'adhésion au traitement et aux devoirs est associée à une meilleure réponse au traitement, que ce soit dans le cadre d'un autosoin guidé ou non guidé ou d'une TCC, d'une thérapie interpersonnelle ou de *counseling* [Yew *et al.*, 2021; Arndt *et al.*, 2020; Gili *et al.*, 2020; MacLean *et al.*, 2020; Callan *et al.*, 2019; Ritzert *et al.*, 2019; Salomonsson *et al.*, 2019].

Les résultats obtenus laissent entendre par ailleurs que l'adhésion au traitement et aux devoirs ainsi que les variables susceptibles de favoriser cette adhésion auraient sans doute davantage à être considérées et analysées comme des médiateurs de la réponse au traitement, plutôt que comme des modérateurs. Enfin, bien que l'adhésion à certaines composantes de la TCC offerte en présence représente également un défi, le risque de désengagement des participants face aux obstacles rencontrés dans le cadre d'un autosoin est sans doute plus élevé sans le soutien de l'intervenant [Amdt *et al.*, 2020; MacLean *et al.*, 2020].

3.3 Variables médiatrices

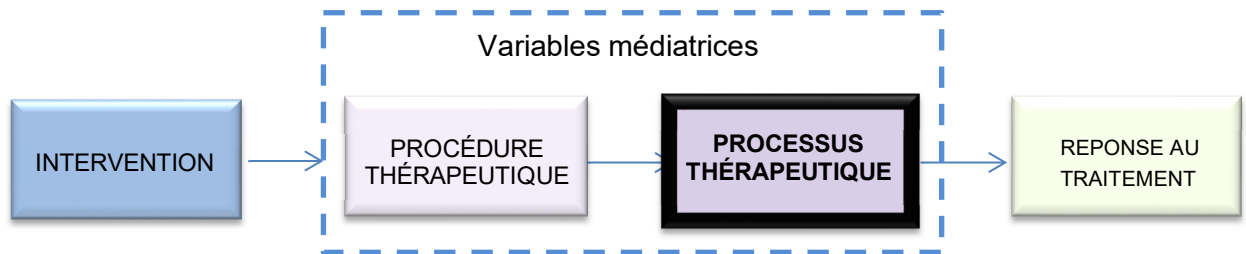
Treize études indépendantes portant sur 23 variables médiatrices, réalisées auprès d'une population adulte, ont été retenues aux fins de la présente synthèse et sont décrites au [tableau C-2](#), à l'annexe C (voir illustration du modèle de médiation à la [figure 4](#), [section 2.5](#)). De ce nombre, quatre ont évalué les effets d'une procédure thérapeutique sur la réponse au traitement, nommément l'alliance thérapeutique, alors que les neuf autres ont mesuré les effets de divers processus thérapeutiques. Deux études ont tenté d'identifier un mécanisme d'action impliquant l'alliance thérapeutique en relation avec un processus thérapeutique de type cognitif ou interpersonnel.

Afin d'accroître la fluidité du texte, les médiateurs portant sur les processus thérapeutiques sont d'abord présentés, suivis de ceux relatifs à l'alliance thérapeutique en tant que procédure thérapeutique et de ceux portant sur l'alliance thérapeutique en tant que mécanisme d'action. Afin également de faciliter la lecture et la compréhension des résultats, un tableau exposant les hypothèses de travail sur les médiateurs à l'étude est intégré au début de chaque section. Les tableaux présentant les sentiers de médiation confirmés et non confirmés se trouvent à l'[annexe G](#).

Résultats sur les processus thérapeutiques comme médiateurs de la réponse au traitement

Rappelons, comme il est illustré à la [figure 7](#), qu'un processus thérapeutique est un changement qui survient chez la personne en cours d'intervention, lequel est associé ultérieurement à la réponse au traitement. Ce processus est de type cognitif dans cinq études, émotionnel dans trois études, interpersonnel dans une et comportemental dans une autre.

Figure 7 Processus thérapeutique



Source : Tiré et adapté de : Bruijninks, DeRubeis, Hollon & Huibers. The potential role of learning capacity in CBT for depression: A systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning, 2019.

3.3.1 Processus cognitifs et réponse au traitement

L'effet médiateur des processus cognitifs sur la réponse au traitement a été analysé dans cinq études réalisées auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes ou un trouble mental courant. Ces études portent sur un autosoin non guidé [LaFreniere et Newman, 2019] et des interventions offertes en présence d'une durée variant entre 3 et 24 séances [Akeman *et al.*, 2020; Barber *et al.*, 2020; Hofheinz *et al.*, 2020; Santoft *et al.*, 2019]. Toutes ces interventions sont basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale ou de la pleine conscience, à l'exception de celle évaluée dans l'étude de Barber *et al.* [2020], laquelle inclut également une thérapie psychodynamique. Les hypothèses de travail sur les processus cognitifs sont présentées au [tableau 7](#).

Tableau 7 Hypothèses de travail sur les processus cognitifs comme médiateurs de la réponse au traitement

1 ^{er} auteur/ Année	Médiateur	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Akeman 2020	Habiletés cognitivo-comportementales Habiletés de pleine conscience	H1 : L'amélioration des habiletés cognitivo-comportementales et de pleine conscience sera associée à une diminution des symptômes de dépression ou d'anxiété et du stress perçu au post-traitement (après 4 séances) et à la fin de la session universitaire. H2 : Cette médiation sera observée chez les étudiants ayant participé au programme de résilience mais pas chez ceux ayant reçu le programme d'orientation usuel.	H1 : En partie H2 : OUI
Barber 2020	Interprétations des sensations corporelles Fonction réflexive spécifique à la panique	H1 : La TCC entraînera une diminution des interprétations erronées des sensations corporelles, laquelle sera associée à la diminution subséquente des symptômes de panique chez les adultes traités avec cette intervention. H2 : La thérapie psychodynamique axée sur la panique entraînera une amélioration de la fonction réflexive spécifique à la panique laquelle sera associée à la diminution subséquente des symptômes de panique chez les adultes traités avec cette intervention.	H1 : En partie H2 : En partie

1 ^{er} auteur/ Année	Médiateur	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Holfheinz 2020	Pensées automatiques négatives par rapport : ▪ à soi ▪ à son bien-être ▪ à ses capacités Attitudes dysfonctionnelles par rapport : ▪ à sa performance ▪ à l'approbation d'autrui	H1: La diminution des pensées automatiques négatives et des attitudes dysfonctionnelles sera associée à une réduction des symptômes de dépression au post-traitement. H2a : Cette médiation sera observée dans le groupe ayant reçu une intervention cognitive, mais pas dans celui ayant reçu une intervention de pleine conscience. <u>O</u> H2b : Cette médiation sera observée dans les deux groupes.	H1 : OUI H2a : NON H2b : OUI
Lafrenière 2019	Croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes	H1 : Une forte croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes et la détresse générée par celle-ci seront associées à une diminution moindre des symptômes d'anxiété généralisée au post-traitement. H2 : Cette médiation sera observée chez les participants à un autosoin non guidé basé sur l'analyse fonctionnelle, mais pas chez ceux ayant participé à un autosoin non guidé basé sur l'auto-observation des inquiétudes.	H1 : OUI H2 : OUI
Santoft 2019	Compétence perçue	O1 : Évaluer si un changement dans la compétence perçue sera associé à une réduction des symptômes d'épuisement professionnel chez les adultes traités avec une intervention de retour au travail ou une TCC.	O1 : OUI

Processus cognitif et autosoin non guidé

Selon Lafrenière et Newman [2019], c'est la croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes et la détresse générée par celle-ci qui contribuent au maintien des symptômes d'anxiété généralisée. Cette croyance et la détresse associée entraîneraient un sentiment d'impuissance tel que les personnes en viendraient à renoncer à toute tentative de contrôle et à faire de l'évitement. Ainsi, en présence d'un niveau de détresse élevé face à ses inquiétudes, le fait d'en faire l'analyse et de noter leurs conséquences attendues et leur occurrence ou non contribuerait à les alimenter plutôt qu'à les dissiper. Selon les auteurs, cette relation pourrait expliquer l'efficacité limitée de certaines interventions cognitives chez les adultes avec un trouble d'anxiété généralisée. Les résultats obtenus dans cette étude montrent que :

- l'autosoin non guidé basé uniquement sur l'observation des inquiétudes s'est avéré significativement efficace pour réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez les adultes souffrant de ce trouble (sentier c : $b = 0,51$, $p < 0,05$), mais pas celui basé sur l'analyse fonctionnelle (sentier c : $b = 0,20$, ns);
- dans les deux groupes d'autosoin, une forte croyance dans l'incapacité à contrôler ses inquiétudes a généré une plus grande détresse (sentier a : $b = 0,04$, $p < 0,001$, IC : 0,02 - 0,06);

- comme il est prédit, cette croyance est associée à une moins bonne réponse au traitement dans le groupe d'autosoins non guidé basé sur l'analyse fonctionnelle (sentier b : $b = 4,54$, $p = 0,042$, IC : 0,74 - 9,62), mais pas dans celui dont l'autosoin est basé uniquement sur l'auto-observation (sentier b : $b = -2,72$, $p = 0,14$, IC : - 6,90 - 0,71).

Processus cognitif et interventions offertes en présence

Selon Akeman *et al.* [2020], l'efficacité d'un programme de prévention sélective est due à l'acquisition d'habiletés cognitivo-comportementales et d'habiletés de pleine conscience. Cette hypothèse a été testée dans le cadre d'un programme axé sur la résilience psychologique de quatre séances, offertes en classe à des étudiants universitaires à risque de présenter des symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress.

Les résultats obtenus indiquent que le programme de résilience n'est pas plus efficace que le programme d'orientation usuel pour augmenter la résilience psychologique et réduire les symptômes d'anxiété au post-traitement ou à la fin de la session universitaire (sentier c non confirmé pour l'anxiété). Par conséquent, les analyses de médiation n'ont pas été effectuées pour l'anxiété. Les résultats obtenus sur les symptômes de dépression et de stress indiquent que :

- le programme de résilience est plus efficace que le programme d'orientation usuel pour diminuer les symptômes de dépression et le stress perçu à la fin de la session universitaire (sentier c confirmé);
- ce programme améliore les habiletés cognitivo-comportementales (sentier a : $b = 5,86$ ET : 1,56; $p < 0,001$) et celles de pleine conscience (sentier a : $b = 6,13$ ET : 1,56; $p < 0,001$);
- les habiletés cognitivo-comportementales, et non celles de pleine conscience, sont associées à la diminution des symptômes de dépression (sentier b : $b = -0,14$ ET : 0,04; $p < 0,001$) et du stress perçu (sentier b : $b = -0,13$ ET : 0,04; $p < 0,001$) à la fin de la session universitaire (période d'examens et de stress accru).

Les résultats obtenus dans l'étude de Hofheinz *et al.* [2020] indiquent également que la réponse au traitement est liée à la modification d'un processus cognitif. Dans cette étude, la relation entre les pensées automatiques négatives (par rapport à soi, à son bien-être et à ses capacités) et attitudes dysfonctionnelles (par rapport à sa performance et à l'approbation d'autrui) et la réponse au traitement a été évaluée auprès d'adultes présentant un trouble dépressif. Ces derniers ont reçu une intervention basée sur la restructuration cognitive ou une intervention basée sur la pleine conscience comprenant deux séances de groupe et une séance individuelle. Les résultats démontrent que :

- ces deux interventions sont efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété (sentier c confirmé);

- les deux interventions entraînent une diminution des pensées automatiques négatives (sentier a : $b = -0,04$; IC : -0,06, -0,01) et attitudes dysfonctionnelles en cours de traitement (sentier a : $b = -0,03$; IC : -0,05, -0,01);
- parmi les cinq mesures de ces médiateurs, seules les pensées négatives par rapport à soi (sentier b : $b = 0,121$; IC : 0,040 - 0,201) et les attitudes dysfonctionnelles par rapport à sa performance (sentier b : $b = 0,118$; IC : 0,019, 0,220) sont associées à la diminution des symptômes de dépression au post-traitement.

Selon Barber et ses collaborateurs [2020], le processus cognitif impliqué dans les mécanismes d'action de la TCC chez des adultes présentant un trouble de panique est le changement dans l'interprétation des sensations corporelles (voir la définition au [tableau 3](#)). Cette hypothèse est conforme au modèle théorique de la TCC voulant que les personnes avec un trouble de panique interprètent incorrectement leurs sensations corporelles, lesquelles augmentent en retour l'intensité des symptômes de panique. L'expérience des attaques de panique viendrait renforcer l'idée que certaines sensations corporelles sont le signe d'un danger imminent, créant ainsi un cercle vicieux d'anxiété et de panique. La modification des interprétations erronées de ses sensations corporelles permettrait de briser ce cercle vicieux et serait un processus cognitif spécifique à la TCC.

L'amélioration de la fonction réflexive spécifique à la panique serait, quant à elle, un processus cognitif propre à la thérapie psychodynamique axée sur la panique (voir la définition au [tableau 3](#)). Cette hypothèse est basée sur le modèle théorique psychodynamique, selon lequel les symptômes de panique sont des événements biopsychologiques symboliques qui ont une signification inconsciente chargée émotivement. Ceux-ci s'accompagnent d'une difficulté de la personne à les reconnaître et à leur donner du sens. Le but de la thérapie psychodynamique axée sur la panique consiste donc à aider la personne à décoder la signification psychologique de ses symptômes de panique.

Les deux interventions ont été offertes sur une période de 16 semaines, pour un total de 19 à 24 séances (pas de résultats rapportés dans l'étude pour le sentier c). Les résultats obtenus à la cinquième semaine de traitement révèlent que :

- dans les deux groupes d'interventions, il y a eu peu de changements observés en moyenne quant aux interprétations erronées des sensations corporelles au cours de cette période (absence de sentier a);
- une augmentation significative de la fonction réflexive spécifique à la panique a été observée de la première à la cinquième semaine de traitement chez les personnes recevant la thérapie psychodynamique axée sur la panique (sentier a : $t(114) = 4,02$, $p < 0,0001$, $d = 0,68$), mais pas chez celles traitées avec la TCC;
- dans les deux groupes, une diminution des interprétations erronées est significativement et modérément associée à l'atténuation subséquente des symptômes de panique (sentier b : $F(1,70) = 4.41$, $p = 0,04$, $d = 0,66$);

- dans les deux groupes d'interventions, l'augmentation de la fonction réflexive s'est révélée associée à la diminution subséquente des symptômes de panique (sentier b : $(F(1, 98) = 7,74, p = 0,006, d = 0,56)$:
 - contrairement à la prédiction des auteurs, cette médiation s'est avérée plus forte pour la TCC que pour la thérapie psychodynamique (TCC : $d = 1,41$; Thérapie psychodynamique : $d = 0,52$).

Enfin, Santoft et ses collaborateurs [2019] se sont intéressés à la compétence perçue comme médiateur de la réponse au traitement chez des adultes avec un trouble de l'adaptation lié à de l'épuisement professionnel. L'influence de cette croyance sur la capacité à poursuivre et réaliser des objectifs personnels a été évaluée dans le cadre d'une TCC et d'une intervention de retour au travail basée sur les principes de la TCC, d'une durée, variant entre 9 et 13 semaines. Les résultats de cette étude indiquent que :

- les deux interventions sont efficaces (sentiers c confirmés), mais la TCC entraîne une plus grande diminution des symptômes d'épuisement professionnel que l'intervention axée sur le retour au travail ($d = 0,93$);
- le résultat en faveur de la TCC est dû à une amélioration de la compétence perçue chez les personnes traitées avec cette approche (sentier a : $b = 0,24$ ET : $0,09; p < ,01$) et à la diminution subséquente de leurs symptômes (sentier b : $b = - 0,15$ ET : $- 0,03; p < ,001$).

Selon les auteurs, bien que ces deux interventions soient d'approche cognitivo-comportementale, la TCC ciblerait de façon plus globale la croyance, chez un individu, en sa capacité à atteindre ses objectifs personnels. Dans l'autre cas, l'objectif visé étant limité à retourner au travail, l'intervention ne permettrait pas de modifier cette croyance de façon aussi importante. Par contre, les résultats obtenus dans une autre étude [Brenninkmeijer *et al.*, 2019] indiquent que parmi les adultes traités avec l'intervention de retour au travail combinée à une TCC, l'objectif de retourner au travail à temps plein est effectivement atteint 56 jours plus tôt comparativement à l'aide de la TCC usuelle.

3.3.1.1 Considérations cliniques

Dans l'ensemble, les résultats obtenus révèlent que la modification des processus cognitifs est un médiateur commun à l'efficacité de diverses interventions, qu'elles soient d'approche cognitivo-comportementale, psychodynamique ou basées sur la pleine conscience, dans le cadre d'un autosoin guidé ou d'une intervention offerte en présence.

L'étude de LaFreniere et Newman [2019] met également en lumière le fait que la modification de certains processus cognitifs peut générer une détresse importante, susceptible d'interférer avec l'efficacité de l'intervention. Cet élément peut être particulièrement problématique dans le cadre d'un autosoin non guidé, où l'intervenant n'est pas en mesure d'évaluer la détresse générée par des interventions cognitives et d'apporter les ajustements requis.

3.3.2 Processus émotionnels et réponse au traitement

L'effet médiateur des processus émotionnels sur la réponse au traitement a été analysé dans trois études auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété, ou présentant un trouble anxieux. Cette relation a été évaluée dans le cadre d'un autosoin non guidé échelonné sur deux semaines [Stevenson *et al.*, 2019] et d'interventions en présence d'une durée variant entre 4 et 16 séances [Akeman *et al.*, 2020; Gallagher *et al.*, 2020]. Toutes ces interventions sont d'approche cognitivo-comportementale classique ou de 3^e vague.

Tableau 8 Hypothèses de travail sur les processus émotionnels comme médiateurs de la réponse au traitement

1 ^{er} auteur/ Année	Médiateur	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Akeman 2020	Régulation des émotions	H1 : La régulation des émotions sera associée à une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et du stress perçu au post-traitement et à la fin de la session universitaire. H2 : Cette médiation sera observée chez les étudiants ayant participé au programme de résilience de 4 séances, mais pas chez ceux ayant reçu le programme d'orientation scolaire usuel.	H1 : NON H2 : s. o.*
Gallagher 2020	Espoir	H1 : L'augmentation de l'espoir sera associée à une diminution des symptômes d'anxiété sociale au post-traitement. H2 : Cette médiation sera observée tant dans le groupe ayant reçu une TCC de nature transdiagnostique que dans les groupes ayant reçu une TCC spécifique au trouble d'anxiété ciblé (p. ex. TAG, TPA, TOC).	H1 : OUI H2 : OUI
Stevenson 2019	Activation du système d'apaisement et de réconfort : ▪ sentiment de sécurité sociale et de plaisir ▪ affects sécurisants	O1 : Explorer la relation entre l'activation du système d'apaisement et de réconfort et les symptômes d'anxiété sociale chez des participants à un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive ou la restructuration cognitive. O2 : Explorer la relation entre la réponse au traitement et l'anticipation pré-événement et l'interprétation post-événement, l'évaluation des probabilités d'occurrence et des conséquences des situations sociales, l'auto-critique et la perception d'infériorité.	O1 : NON O2 : NON

*s. o. : sans objet

Processus émotionnel et autosoin non guidé

Le processus émotionnel d'intérêt dans l'étude de Stevenson et ses collaborateurs [2019] fait appel à l'activation d'un système biopsychologique d'apaisement et de réconfort, dont la fonction serait de réguler la perception de menaces chez les personnes présentant un trouble d'anxiété sociale. Ce système d'apaisement et de réconfort serait activé par l'autocompassion, une des composantes des interventions de psychologie positive, impliquant une prise de conscience de sa souffrance et de ses difficultés tout en démontrant de la compréhension, de la bienveillance et du respect envers soi.

L'hypothèse avancée par les auteurs s'appuie sur les résultats d'études antérieures ayant démontré que ce type d'interventions réduisaient les symptômes d'anxiété sociale, la fréquence cardiaque et le niveau d'enzyme salivaire associée au stress chez des adultes avec un trouble d'anxiété sociale. Outre les marqueurs biologiques associés au stress, il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueur biologique ou de test valide permettant de mesurer directement l'activation du système d'apaisement et de réconfort, lequel demeure conséquemment hypothétique. Les auteurs se sont donc tournés vers des questionnaires permettant de capter l'expérience subjective d'activation de ce système, soit le sentiment de sécurité sociale et de plaisir ainsi que la présence d'affects sécurisants.

La relation entre le système d'apaisement et de réconfort et la réponse au traitement a été évaluée dans le contexte d'un autosoin non guidé échelonné sur trois semaines, basé soit sur la psychologie positive ou la restructuration cognitive. Les résultats obtenus dans cette étude indiquent que :

- les deux autosoins non guidés ont entraîné une diminution similaire des symptômes d'anxiété sociale (sentiers c confirmés);
- aucun des autosoins n'a entraîné une augmentation du sentiment de sécurité sociale et de plaisir ou des affects sécurisants (absence de sentier a);
- aucune relation significative n'a été observée entre ces mesures indirectes du système d'apaisement et de réconfort et les symptômes d'anxiété sociale au post-traitement (absence de sentier b).

Selon les auteurs, il est possible que l'absence de médiation soit liée à la mesure indirecte du système d'apaisement et de réconfort utilisées, à la courte durée de l'intervention d'autocompassion ou encore au format non guidé des autosoins.

Processus émotionnel et interventions en présence

Outre les processus cognitifs présentés à la [section 3.3.1](#), Akeman et ses collaborateurs [2020] se sont aussi penchés sur la régulation des émotions comme médiateur potentiel de la réponse à un programme de résilience psychologique offert à des étudiants universitaires à risque de présenter des symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress. Les résultats obtenus indiquent que :

- comparativement au programme d'orientation scolaire usuel, le programme de résilience améliore la régulation des émotions au post-traitement et à la fin de la session universitaire (sentier c confirmé);
- il n'y a pas de relation significative entre le programme de résilience et la régulation des émotions (absence de sentier a) et entre celle-ci et les symptômes de dépression ou le stress perçu au post-traitement, ou encore à la fin de la session universitaire (absence de sentier b).

Enfin, le médiateur de type émotionnel évalué dans l'étude de Gallagher [2020] est l'espoir (voir la définition au [tableau 3](#)). Ce concept émanant de la psychologie positive est associé à un style de *coping* adapté et peut être mesuré de façon valide avec un questionnaire comptant seulement six items. Les auteurs postulent que l'augmentation de l'espoir agira comme médiateur de la réponse à une TCC de 16 séances, de nature transdiagnostique ou spécifique au trouble d'anxiété ciblé (trouble d'anxiété sociale, trouble d'anxiété généralisée, etc.).

Les résultats obtenus démontrent que :

- toutes les interventions de TCC sont efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété sociale (sentiers c confirmés) et entraîner une augmentation de l'espoir (sentier a : $\beta = 0,24$, $p < 0,01$);
- l'espoir augmente d'une séance à l'autre, avec des changements moyens sur la pente de régression se situant autour de 0 au début de l'intervention, à 0,32 à la séance 4, à 0,57 à la séance 8 et à 1,0 au post-traitement;
- l'augmentation de l'espoir expliquerait 60 % de l'amélioration des symptômes d'anxiété en cours de traitement. Il est à noter que l'augmentation observée est légèrement inférieure pour la TCC transdiagnostique que pour la TCC ciblant un trouble en particulier;
- l'augmentation de l'espoir est associée à une diminution des symptômes d'anxiété au post-traitement (sentier b : $\beta = -0,81$, $p < 0,001$). Cette relation serait toutefois plus faible chez les personnes traitées pour un trouble obsessionnel-compulsif ($d = 0,49$), et plus forte chez celles traitées pour une phobie sociale ($d = 0,82$).

3.3.2.1 Considérations cliniques

Des trois processus émotionnels analysés, seul l'espoir s'est avéré être un médiateur de la réponse au traitement. Les analyses effectuées indiquent de plus qu'il s'agit d'un médiateur commun aux différentes variantes de TCC, et qu'il est responsable d'une part importante de l'amélioration clinique observée en cours de traitement.

Ce résultat est d'intérêt étant donné que l'espoir peut être mesuré de façon valide et qu'il existe des interventions brèves ciblant spécifiquement ce sentiment [Feldman et Dreher, 2012; Cheavens *et al.*, 2006]. Le monitoring de ce processus émotionnel en cours d'intervention et l'inclusion, au besoin, d'interventions favorisant son augmentation pourrait par conséquent contribuer de façon importante à accroître l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes aux personnes présentant un trouble anxieux. Il est possible, cependant, que l'espoir soit le reflet des progrès réalisés par la personne et donc un marqueur de l'efficacité du traitement, plutôt qu'un mécanisme explicatif de celle-ci. Des études évaluant l'effet d'interventions visant à augmenter l'espoir sur la réponse au traitement seront nécessaires pour confirmer ces hypothèses avant leur implantation dans la pratique clinique. Le potentiel de généralisation de l'espoir à des interventions basées sur des approches théoriques

autres que la TCC et à d'autres troubles mentaux courants mériterait également d'être exploré.

La régulation des émotions est une variable médiatrice qui a reçu beaucoup d'attention dans la littérature. Bien que sa contribution à l'efficacité d'un programme de résilience psychologique n'ait pas été démontrée dans l'étude de Akeman [2020], d'autres études ont établi que les personnes qui utilisent des stratégies de régulation des émotions plus adaptées sont plus résilientes face au stress, réussissent mieux sur le plan scolaire et éprouvent plus de bien-être et de satisfaction dans la vie [Quoidbach *et al.*, 2010; Gross et John, 2003]. À l'inverse, les personnes qui utilisent des stratégies de régulation non adaptées sont plus susceptibles de présenter un trouble anxieux, de la dépression ou d'autres problèmes de santé mentale [Aldao *et al.*, 2010]. Des études récentes révèlent également que la régulation des émotions est liée à l'efficacité de la TCC transdiagnostique et à celle d'interventions brèves basées sur la thérapie interpersonnelle [Munoz-Navarro *et al.*, 2022; Rodriguez *et al.*, 2020]. Les limites des devis de ces études ne permettent pas, toutefois, de statuer sur la causalité de cette relation. La régulation des émotions n'en demeure pas moins un médiateur potentiel pertinent d'un point de vue à la fois théorique et clinique.

3.3.3 Processus interpersonnel et réponse au traitement

Une seule étude s'est penchée sur un processus thérapeutique de type interpersonnel comme médiateur de la réponse au traitement chez des adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée. L'intérêt des auteurs [Coyne *et al.*, 2019a] pour le style de relations interpersonnelles comme médiateur découle des résultats obtenus dans une autre étude démontrant que la TCC combinée à de l'entretien motivationnel était supérieure au suivi de 12 mois à la TCC seule, et ce, malgré une efficacité comparable au post-traitement [Westra *et al.*, 2016].

Tableau 9 Hypothèses de travail sur les processus interpersonnels comme médiateurs de la réponse au traitement

1 ^{er} auteur/ Année	Médiateur	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Coyne 2019a	Observance des directives de l'intervenant	H1 : Une augmentation de l'observance des directives de l'intervenant pendant le traitement sera associée à un niveau d'inquiétude moins élevé au post-traitement chez les adultes traités avec une TCC, mais pas chez ceux traités avec de l'entretien motivationnel combiné à la TCC.	H1 : OUI
	Résistance aux directives de l'intervenant	H2 : Une diminution de la résistance aux directives de l'intervenant sera associée à un niveau d'inquiétude moindre au post-traitement chez les adultes traités avec de l'entretien motivationnel combiné à la TCC, mais pas chez ceux traités avec la TCC.	H2 : OUI

Afin d'expliquer la supériorité de la TCC combinée à de l'entretien motivationnel au suivi, les auteurs présument qu'une intervention directive, comme la TCC, renforcerait chez des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée, un style de relations interpersonnelles caractérisé par une observance des directives de l'intervenant (*friendly submissiveness*). Ainsi, le maintien de leurs acquis serait compromis par le fait qu'elles peuvent se sentir peu outillées pour gérer leurs inquiétudes de façon autonome.

En contraste, les auteurs supposent que l'entretien motivationnel visant à améliorer l'autonomie de la personne et l'exploration de ses propres émotions, à son propre rythme, peuvent aider à diminuer cet excès d'observance envers les directives de l'intervenant et à développer une plus grande auto-efficacité par rapport au contrôle de ses inquiétudes. De tels changements entraîneraient une intériorisation de la confiance dans ses capacités à gérer ses inquiétudes et, par le fait même, favoriseraient le maintien des acquis.

Les hypothèses prédisent donc que la TCC favoriserait un style de relations interpersonnelles caractérisé par une augmentation, chez la personne, de l'observance envers les directives de l'intervenant, alors que la TCC combinée à de l'entretien motivationnel favoriserait une diminution de la résistance envers l'intervenant. Les résultats obtenus indiquent que :

- les deux interventions entraînent une réduction comparable des inquiétudes au post-traitement (sentiers c confirmés);
- comme il est prédit, les personnes ayant reçu de la TCC présentent une augmentation des interactions relationnelles de type « observance envers les directives de l'intervenant » (sentier a : $\beta = -0,09$, $p < 0,05$), lesquelles sont associées à la diminution de leurs inquiétudes (sentier b : $\beta = -23,87$, $p = 0,05$);
- comme il est prédit également, les personnes ayant reçu de la TCC combinée à de l'entretien motivationnel présentent une diminution des manifestations de résistance aux directives de l'intervenant et une atténuation subséquente de leurs inquiétudes (sentier a : $\beta = -10,73$, $p < 0,001$; sentier b : $\beta = 0,38$, $p < 0,05$).

3.3.3.1 Considérations cliniques

Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse des auteurs, selon laquelle l'augmentation de l'observance contribue à l'efficacité de la TCC, alors que la diminution de la résistance contribue à l'efficacité de la TCC combinée à de l'entretien motivationnel au post-traitement. L'absence de résultats de suivi post-traitement ne permet pas, toutefois, de valider la contribution de la résistance et de l'observance à l'efficacité accrue à plus long terme de la TCC combinée à de l'entretien motivationnel.

Selon les auteurs, les résultats obtenus mettent en lumière le fait que les niveaux d'observance et de résistance manifestés par une personne varient en cours de traitement. Ils suggèrent aux intervenants et professionnels en TCC de tirer avantage de ces deux médiateurs auprès d'adultes ayant un trouble d'anxiété généralisée. Un style plus directif pourrait être plus indiqué lorsque les participants sont d'accord avec

l'orientation thérapeutique prise par l'intervenant. En revanche, l'ajout de techniques d'entretien motivationnel pour soutenir l'affirmation de soi et l'autonomie des participants pourrait être plus approprié lorsque ces derniers remettent en question les objectifs et moyens d'intervention de la TCC. L'atteinte de l'équilibre entre ces deux médiateurs pourrait permettre aux intervenants et professionnels en TCC de favoriser la diminution des inquiétudes chez les adultes à court et à plus long terme.

3.3.4 Processus comportementaux et réponse au traitement

Deux processus comportementaux ont été évalués dans l'étude de Santoft [2019] comme médiateurs potentiels de la réponse au traitement. Les auteurs se sont intéressés à l'activation comportementale et à la qualité du sommeil en raison de leur rôle dans le processus de récupération physique et mentale chez des personnes présentant un trouble de l'adaptation lié à de l'épuisement professionnel.

Tableau 10 Hypothèses de travail sur les processus comportementaux comme médiateurs de la réponse au traitement

1 ^{er} auteur/ Année	Médiateur	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Santoft 2019	Activation comportementale	O1 : Évaluer si un changement dans le niveau d'activation comportementale est associé à une réduction subséquente des symptômes d'épuisement professionnel chez des adultes traités avec une TCC ou une intervention de retour au travail basée sur les principes de la TCC.	O1 : NON
	Qualité du sommeil	O2 : Évaluer si un changement dans la qualité du sommeil est associé à une réduction subséquente des symptômes d'épuisement professionnel chez des adultes traités avec une TCC ou une intervention de retour au travail basée sur les principes de la TCC.	O2 : OUI

Les résultats obtenus dans cette étude montrent que :

- les deux interventions sont efficaces (sentiers c confirmés), mais la TCC est plus efficace que l'intervention de retour au travail pour diminuer les symptômes d'épuisement professionnel ($d = 0,93$);
- la TCC entraîne une plus grande amélioration de la qualité du sommeil (sentier a : $b = -0,76$; $p < ,05$), laquelle est significativement associée à la diminution des symptômes d'épuisement professionnel mesurée d'une séance à l'autre et à la fin de l'intervention (sentier b : $b = 0,22$; $p < ,001$);
- il n'y a pas de différence significative entre la TCC et l'intervention de retour au travail quant au niveau d'activation comportementale en cours de traitement (sentiers a non confirmés);

- dans les deux groupes d'interventions, le niveau d'activation comportementale des personnes contribue à la diminution des symptômes d'épuisement professionnel en cours de traitement et au post-traitement (sentier b : $b = -0,10$; $p < ,01$).

3.3.4.1 Considérations cliniques

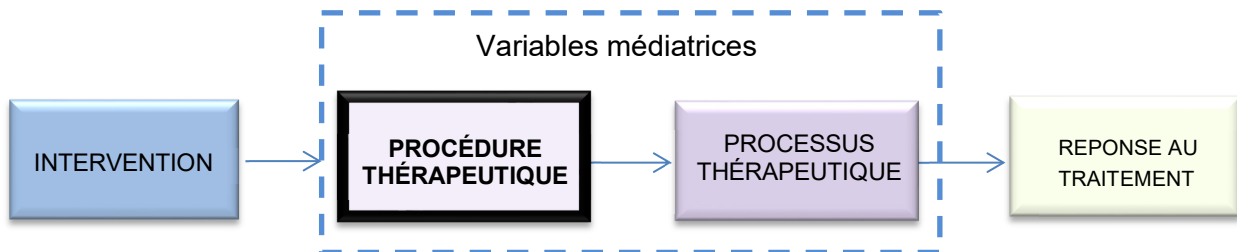
Il est à noter que les stratégies de gestion du sommeil utilisées dans le cadre de la TCC (p. ex. planifier le sommeil et limiter le temps au lit) ont été introduites seulement à la fin du traitement. Cela donne à penser que d'autres composantes de la TCC, telles que l'engagement dans des activités récupératrices et la pratique de la relaxation, pourraient être responsables, du moins en partie, de l'amélioration de la qualité du sommeil.

Les résultats obtenus ici indiquent que l'augmentation du niveau d'activation comportementale chez les personnes présentant des symptômes d'épuisement professionnel ne contribue pas à l'efficacité de la TCC. Il est à noter, par contre, que l'efficacité de l'activation comportementale a été démontrée, notamment pour le traitement de la dépression [Dondé *et al.*, 2018; Soucy Chartier *et al.*, 2013; Cuijpers *et al.*, 2007]. Cela peut laisser entendre que les interventions d'activation comportementale auraient un effet sur d'autres changements ou processus que le niveau d'activation comportementale observé chez la personne, lesquels seraient des médiateurs de la réponse au traitement. Des études évaluant le mécanisme d'action contribuant à l'efficacité de ces interventions seraient requises pour valider cette hypothèse.

Résultats sur les procédures thérapeutiques comme médiateurs de la réponse au traitement

Rappelons, comme il est illustré à la [figure 8](#), qu'une procédure thérapeutique est une action, technique ou composante de l'intervention, que l'intervenant met en place pendant le traitement et qui est associée ultérieurement à la réponse au traitement. En ce sens, et bien qu'elle soit de nature bidirectionnelle, l'alliance thérapeutique est généralement considérée comme une procédure puisque son établissement et sa qualité relèvent principalement de l'intervenant.

Figure 8 Procédure thérapeutique



Source : Tiré et adapté de : Bruijniks, DeRubeis, Hollon & Huibers. The potential role of learning capacity in CBT for depression: A systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning, 2019.

3.3.5 Alliance thérapeutique et réponse au traitement

Quatre des études retenues ont documenté l'effet médiateur de l'alliance thérapeutique sur la réponse au traitement auprès d'adultes présentant un trouble d'anxiété sociale [Kivity *et al.*, 2021; Lindegaard *et al.*, 2020], d'anxiété généralisée [Rubel *et al.*, 2019] ou un trouble de l'adaptation [Santoft *et al.*, 2019]. Les hypothèses avancées dans ces études sont présentées au [tableau 11](#).

Tableau 11 Hypothèses de travail sur l'alliance thérapeutique comme médiateur de la réponse au traitement

1 ^{er} auteur/ Année	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé ?
Kivity 2021	H1 : La qualité de l'alliance thérapeutique s'améliorera pendant le traitement chez les adultes du groupe de TCC, mais pas chez ceux du programme de modification des biais. H2 : Chez les adultes traités avec une TCC, l'amélioration de la qualité de l'alliance lors d'une séance entraînera une diminution des symptômes d'anxiété sociale. H3 : La diminution des symptômes d'anxiété sociale sera suivie d'une amélioration de la qualité de l'alliance à la prochaine séance chez les adultes traités avec une TCC. H4 : Chez les adultes traités avec une TCC, une alliance précoce (séance 4) sera associée à une plus grande réduction des symptômes d'anxiété sociale au post-traitement.	H1: OUI H2: OUI H3 : NON H4: OUI
Lindergaard 2020	H1 : Une alliance précoce (séance 3) et de meilleure qualité sera associée à une plus grande diminution des symptômes d'anxiété sociale au post-traitement. H2 : Cette association sera observée dans le groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ainsi que dans le groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la thérapie psychodynamique.	H1 : OUI H2 : OUI
Rubel 2019	H1 : Les adultes rapportant une qualité d'alliance plus élevée lors d'une séance de TCC présenteront une diminution des symptômes d'anxiété généralisée plus importante que ceux avec une qualité d'alliance plus faible. H2 : Les adultes avec une qualité d'alliance plus élevée, en moyenne sur l'ensemble des 15 séances, présenteront moins de symptômes d'anxiété généralisée au post-traitement que ceux avec une qualité d'alliance plus faible en moyenne. H3 : La force de cette médiation variera en fonction du mode d'application du manuel de TCC (conforme ou flexible).	H1 : OUI H2 : OUI H3 : NON
Santoft 2019	O1 : Évaluer si un changement dans la qualité de l'alliance est associé à une réduction subséquente des symptômes d'épuisement professionnel chez des adultes traités avec une TCC ou une intervention de retour au travail basée sur les principes de la TCC.	O1 : NON

Alliance thérapeutique et autosoins guidés

Les résultats obtenus dans l'étude de Lindergaard [2020] démontrent que l'alliance thérapeutique contribue à l'efficacité des autosoins guidés offerts en ligne, malgré l'absence d'interactions en face à face. En effet, conformément à l'hypothèse avancée par les auteurs, ils indiquent que :

- les deux autosoins guidés entraînent une diminution comparable des symptômes d'anxiété et de dépression (sentiers c confirmés);
- la qualité de l'alliance thérapeutique s'améliore de façon significative dans le cadre des autosoins guidés basés sur les principes de la TCC et de la thérapie psychodynamique (sentier a : $\beta = 0,74$, IC : 0,22 – 1,27, $p = 0,006$);
- comme il a été postulé, la formation d'une alliance précoce (semaine 3) est associée à une diminution plus rapide des symptômes pendant le traitement et au post-traitement (sentier b : $\beta = -0,05$, IC : -0,072, -0,018, $z = -3,22$, $p = 0,001$).

Il est à noter que cette étude est la seule à avoir été évaluée de faible qualité méthodologique, en raison du recours à un devis d'étude non randomisé et de la faible taille de l'échantillon ($n = 36$). Ces limites réduisent considérablement la puissance statistique et augmente le risque d'erreur dans les conclusions de l'étude.

Alliance thérapeutique et interventions offertes en présence

Kivity et ses collaborateurs [2021] sont d'avis que l'alliance thérapeutique, bien que présente, ne serait pas un élément essentiel à l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales. Ils ajoutent, de plus, que la direction de cette relation n'est pas claire, à savoir : si c'est l'alliance qui entraîne une diminution des symptômes, ou si c'est la diminution des symptômes qui entraîne une amélioration de l'alliance.

Afin de clarifier la nature de cette association, les auteurs ont mesuré les changements dans l'alliance d'une séance de TCC à l'autre pendant 15 semaines. Ils ont également utilisé un programme de modification des biais d'attention comme comparateur. Dans le cadre de ce programme, le rôle de l'intervenant est instrumental et se limite à rencontrer la personne dans la salle de laboratoire, à expliquer les principes du traitement et à lire les instructions qui apparaissent à l'écran au début de chaque séance. Par conséquent, la contribution de l'alliance thérapeutique à la réponse au traitement dans le cadre de ce programme devrait être minimale. Les résultats de l'étude de Kivity démontrent que :

- la TCC et le programme de modification des biais d'attention entraînent une réduction similaire des symptômes d'anxiété chez des adultes présentant un trouble d'anxiété sociale (sentiers c confirmés);
- en accord avec l'hypothèse avancée, la qualité de l'alliance s'améliore dans le temps chez les adultes du groupe recevant une TCC, mais pas chez ceux du programme de modification des biais (sentier b : $b = -1,05$, $t_{580} = -2.60$, $p < ,01$);
- l'amélioration de la qualité de l'alliance à une séance donnée entraîne chez la personne, une diminution significative de l'anxiété sociale à la séance suivante

($t = -2,22$; $p = ,03$). Cette relation est observée seulement chez les adultes recevant une TCC;

- cette médiation n'est pas réciproque, c'est-à-dire que la diminution des symptômes d'anxiété sociale à un point donné n'entraîne pas une amélioration de l'alliance à la séance suivante.

Quant à la formation d'une alliance thérapeutique précoce, les résultats indiquent que :

- son établissement est davantage observé dans le groupe recevant une TCC (sentier a : $b = 17,18$, IC : $9,26 - 25,07$, $p < ,01$) que dans celui recevant le programme de modification des biais;
- une alliance précoce est associée à une diminution significative des symptômes d'anxiété lors des séances subséquentes (sentier b : $b = -0,04$, IC : $-0,07, -0,01$, $p < ,01$) chez les adultes du groupe TCC, mais pas chez ceux du programme de modification des biais.

De plus, les résultats d'analyses complémentaires démontrent que la qualité de l'alliance ainsi que la formation d'une alliance précoce sont deux médiateurs distincts ayant des effets indépendants sur la réponse à une TCC.

L'étude de Rubel [2019] va dans le même sens que celle de Kivity [2021] quant à la relation entre l'alliance et la réponse au traitement chez des adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée traités avec une TCC de 15 séances (aucun résultat rapporté dans l'étude pour les sentiers c). Les résultats indiquent que :

- la qualité de l'alliance augmente d'une séance de TCC à l'autre; l'intervenant applique le manuel de traitement de façon conforme ou flexible, et avec ou sans l'ajout de deux séances en compagnie d'une personne significative (sentier a significatif mais aucun coefficient rapporté);
- une qualité d'alliance globale plus élevée entraîne une diminution des symptômes d'anxiété à la séance suivante (sentier b : $\beta = -0,60$, IC : $-0,92, -0,04$);
- cette médiation est significative uniquement pour les personnes avec un niveau d'alliance précoce élevé (5 premières séances) et un niveau d'alliance qui s'est maintenu élevé sur l'ensemble des 15 séances;
- cette médiation est significativement associée à la réponse au traitement chez une personne en particulier (différence intra-individuelle), mais n'expliquerait pas les différences observées d'une personne à l'autre dans la réponse au traitement (différence inter-individuelle);
- cette médiation n'est pas affectée par le niveau de conformité ou de flexibilité de l'intervenant dans l'application du protocole de traitement, ni par l'ajout de deux séances avec une personne significative.

Enfin, aucune relation significative n'a été observée entre l'alliance thérapeutique et la réponse au traitement chez des adultes ayant reçu une intervention de TCC ou de retour au travail (absence de sentier a), dans l'étude de Santoft [2019]. Aucune relation

significative n'a été observée non plus entre l'alliance et les symptômes d'épuisement professionnel d'une séance à l'autre ou au post-traitement (absence de sentier b). Selon les auteurs, les personnes souffrant d'épuisement professionnel représentent un groupe beaucoup plus hétérogène que celles présentant un trouble d'anxiété sociale ou d'anxiété généralisée (p. ex. type et conditions de travail, raisons ayant conduit au départ), ce qui expliquerait l'effet de médiation observé chez un individu en particulier mais pas pour l'ensemble des individus.

3.3.5.1 Considérations cliniques

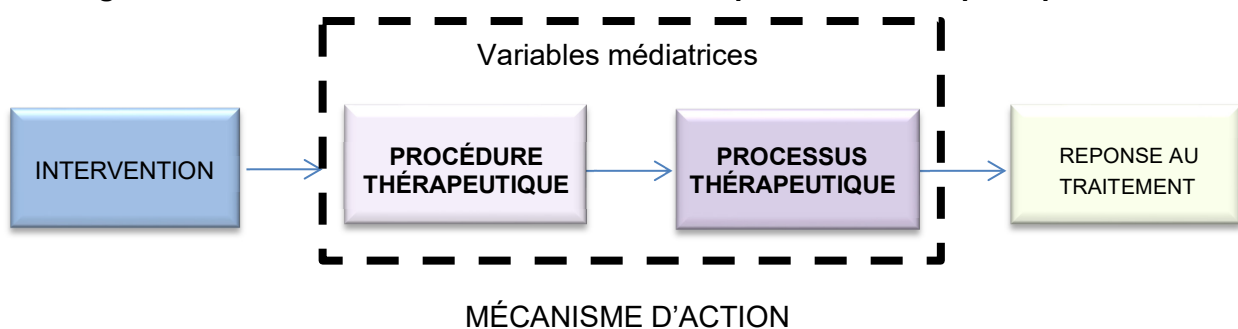
Certains des résultats obtenus ici donnent à penser que la contribution de l'alliance à l'efficacité des interventions est indirecte, en favorisant par exemple l'engagement de la personne dans des activités thérapeutiques bénéfiques [Kivity *et al.*, 2021; Berger, 2017; Zilcha-Mano, 2017]. D'autres encore sous-entendent que la relation entre l'alliance et la réponse au traitement varie d'un individu à l'autre, mais qu'elle précède la diminution des symptômes chez un même individu [Rubel *et al.*, 2019]. Dans l'ensemble, les résultats tendent à démontrer qu'il s'agit d'un élément contributif commun à l'efficacité des interventions psychosociales, où la relation avec l'intervenant n'est pas uniquement instrumentale, et donc tant dans le cadre d'autosoins guidés que dans celui d'interventions offertes en présence.

3.3.6 Résultats sur les mécanismes d'action des interventions

Rappelons, comme il est illustré à la [figure 9](#), qu'il est possible de statuer sur l'existence d'un mécanisme d'action proprement dit uniquement lorsqu'un lien de causalité et la préséance temporelle peuvent être établis entre :

- d'une part, la composante, l'action ou la technique de l'intervention (procédure thérapeutique) et le changement engendré par celle-ci chez la personne (processus thérapeutique);
- d'autre part, entre ce changement observé chez la personne et la réponse ultérieure au traitement.

Figure 9 Mécanisme d'action – Procédure et processus thérapeutiques



Source : Tiré et adapté de : Bruijnks, DeRubeis, Hollon & Huibers. The potential role of learning capacity in CBT for depression: A systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning, 2019.

Seulement deux des études recensées portent sur un mécanisme d'action proprement dits [Coyne *et al.*, 2019b; Zilcha-Mano *et al.*, 2019]. Dans les deux cas, le mécanisme d'action implique l'alliance comme procédure thérapeutique et un processus thérapeutique de type interpersonnel. Ces mécanismes d'action ont été évalués dans le cadre d'une TCC, seule et combinée à de l'entretien motivationnel, et d'une thérapie interpersonnelle. Ces interventions ont été offertes à des adultes présentant un trouble anxieux ou dépressif. Les hypothèses évaluées dans ces études sont formulées au [tableau 12](#).

Tableau 12 Hypothèses de travail sur les mécanismes d'action

1 ^{er} auteur/ Année	Mécanismes d'action	Hypothèses (H) et Objectifs (O) de travail	H/O confirmé?
Coyne 2019b	Procédure : qualité de l'alliance thérapeutique Processus : problèmes interpersonnels	H1 : L'amélioration de la qualité de l'alliance chez un même individu sera associée à une diminution subséquente des problèmes interpersonnels, lesquels seront associés en retour à une diminution des symptômes d'anxiété. H2 : Les adultes qui, en moyenne, forment et maintiennent une alliance de meilleure qualité tout au long du traitement rapporteront moins de problèmes interpersonnels et auront une meilleure réponse au traitement que ceux qui forment une alliance de moins bonne qualité. H3 : Ce mécanisme d'action sera observé tant chez les adultes traités avec la TCC usuelle que chez ceux traités avec la TCC combinée à de l'entretien motivationnel.	H1 : OUI H2 : NON H3 : OUI
Zilcha-Mano 2019	Procédure : bris de l'alliance thérapeutique Processus : gains soudains dans l'alliance	H1 : Un bris dans l'alliance thérapeutique lors d'une séance sera associé à un gain soudain dans l'alliance à la séance suivante et à une diminution subséquente des symptômes de dépression et d'anxiété. H2 : La relation entre les gains soudains dans l'alliance et la réponse au traitement sera plus importante pour les adultes traités avec une thérapie interpersonnelle que pour ceux traités avec une TCC.	H1 : En partie H2 : En partie

Le mécanisme d'action d'intérêt dans l'étude de Coyne [2019b] met en relation l'alliance thérapeutique et les problèmes interpersonnels vécus par les personnes ayant un trouble d'anxiété généralisée. Les auteurs postulent que ce mécanisme d'action sera lié à la réponse au traitement chez les adultes traités avec une TCC usuelle et ceux traités avec une TCC combinée à de l'entretien motivationnel. Les auteurs présument que dans le cas de la TCC, l'alliance aurait une fonction instrumentale en fournissant une plateforme sécurisante qui aide les personnes à tolérer l'anxiété, à s'engager et à bénéficier des stratégies thérapeutiques de la TCC. Dans le cas de la TCC combinée à de l'entretien motivationnel, l'alliance aurait une fonction relationnelle caractérisée par la collaboration, l'harmonie émotionnelle et la confiance, procurant ainsi une expérience réparatrice à la personne.

Les résultats obtenus dans cette étude indiquent que :

- les deux interventions ont des effets similaires sur la réponse au traitement (sentiers c confirmés);
- dans les deux groupes, l'amélioration de l'alliance lors d'une séance entraîne une diminution des problèmes interpersonnels et de la détresse qui en découle à la séance suivante (sentier a : $b = -0,36$, IC : $-0,68, -0,17$);
- la diminution des problèmes interpersonnels et de la détresse associée entraîne une diminution subséquente des symptômes d'anxiété (sentier b : $b = 0,65$, IC : $0,51, 0,77$) :
 - 48 % de l'effet de l'alliance sur la réponse au traitement chez un individu en particulier serait attribuable à la diminution de ses problèmes interpersonnels et de la détresse associée.

Enfin, les auteurs rapportent qu'il n'y a pas de relation significative entre les fluctuations dans la qualité de l'alliance thérapeutique, les problèmes interpersonnels et les symptômes d'anxiété chez les adultes lorsque ceux-ci sont considérés dans leur ensemble. Autrement dit, la relation entre l'alliance thérapeutique, les problèmes interpersonnels et la réponse au traitement varie d'un individu à l'autre et est significative chez un individu en particulier (intra-individuelle), mais pas chez l'ensemble des individus.

Le mécanisme d'action d'intérêt dans l'étude de Zilcha-Mano [2019] concerne plus spécifiquement les bris dans l'alliance thérapeutique, lesquels provoqueraient des gains soudains dans l'alliance à la séance suivante. Cette hypothèse est basée sur l'idée que les bris et résolutions de l'alliance sont thérapeutiques en eux-mêmes, et que les gains dans l'alliance sont une manifestation de bris résolus avec succès. Ce mécanisme serait actif dans le cadre de la thérapie interpersonnelle axée sur la capacité d'un individu à s'engager dans un dialogue avec son intervenant et à exprimer ses besoins relationnels.

Ce mécanisme d'action serait spécifique à la thérapie interpersonnelle et n'interviendrait donc pas dans le cadre d'une TCC. Ces deux interventions ont été évaluées auprès d'adultes présentant un trouble mental courant, sur une période de 30 semaines à raison d'une séance par semaine. Les résultats obtenus dans l'étude de Zilcha-Mano [2019] démontrent que :

- la thérapie interpersonnelle entraîne une diminution significative et plus importante des symptômes d'anxiété et de dépression que la TCC (sentier c confirmé);
- selon les réponses des participants, le pourcentage d'entre eux ayant expérimenté un gain soudain dans l'alliance au cours des 10 premières séances est significativement plus élevé pour ceux traités avec la thérapie interpersonnelle que pour ceux traités avec la TCC (18 % c. 8,3 %, $p = 0,02$);
 - cette différence n'est pas significative lorsque les gains sont évalués par les intervenants (18 % c. 10,2 %, $p = 0,08$);

- dans les deux groupes d'intervention, les bris dans l'alliance tels que rapportés par l'intervenant prédisent les gains dans l'alliance à la séance suivante, que ces gains soient évalués par l'intervenant (sentier a : $\beta = 0,28$ ET : 0,12, $p = 0,02$) ou par le participant (sentier a : $\beta = 0,40$ ET : 0,15, $p = 0,01$);
 - cette relation n'est pas significative lorsque les bris dans l'alliance sont rapportés par les participants;
- l'occurrence de gains soudains (10 premières séances) dans l'alliance, selon le rapport des intervenants, est significativement associée à la réduction des symptômes de dépression et d'anxiété au post-traitement chez les adultes ayant reçu une thérapie interpersonnelle (sentier b : $\beta = -0,32$ ET : 0,15, $p = 0,03$), mais pas chez ceux ayant reçu une TCC;
 - cette relation n'est pas significative lorsque les gains soudains dans l'alliance sont évalués par les participants.

3.3.6.1 Considérations cliniques

La qualité de l'alliance semble plus particulièrement contribuer à la réponse au traitement et bénéfique pour les personnes avec des besoins relationnels et problèmes interpersonnels plus importants, notamment celles souffrant d'anxiété sociale ou généralisée [Kivity *et al.*, 2021; Lindegaard *et al.*, 2020; Rubel *et al.*, 2019; Zilcha-Mano *et al.*, 2019].

Les résultats indiquent par ailleurs que les gains soudains dans l'alliance ne sont pas aléatoires, mais qu'ils ont tendance à suivre un bris dans l'alliance. Dans l'ensemble, les résultats obtenus soutiennent l'hypothèse d'un mécanisme d'action spécifique à la thérapie interpersonnelle, lequel serait présent lorsque les bris et les gains soudains dans l'alliance sont évalués par les intervenants, mais pas lorsqu'ils sont évalués par les patients.

Les résultats corroborent également les arguments concernant le rôle essentiel des intervenants dans le traitement. En effet, la reconnaissance des bris de l'alliance par les intervenants peut les amener à travailler plus ouvertement avec la personne sur leur résolution et améliorer ainsi l'efficacité des interventions.

3.3.7 Synthèse de la contribution des variables médiatrices à l'efficacité des interventions

Les résultats présentés au [tableau 13](#) permettent de constater que la plupart des médiateurs qui contribuent significativement à l'efficacité des interventions sont des processus thérapeutiques de types cognitif et interpersonnel. Ce sont également ceux qui ont été les plus évalués dans les études retenues aux fins de la présente synthèse. Il est à noter, toutefois, qu'à l'exception de l'alliance thérapeutique, qui a été évaluée dans six études, la contribution de ces médiateurs n'a été analysée et confirmée que dans une seule étude.

Tableau 13 Synthèse des résultats obtenus sur les variables médiatrices

Contribution des variables médiatrices à l'efficacité des interventions*		
Changements observés en cours de traitement	Contribution à l'efficacité au post-traitement	
Processus cognitifs		
Habiletés de TCC	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Interprétations erronées des sensations corporelles	Diminution	Meilleure réponse au traitement
Fonction réflexive spécifique à la panique	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Auto-évaluation négative	Diminution	Meilleure réponse au traitement
Évaluation négative de la performance	Diminution	Meilleure réponse au traitement
Croyance dans l'incapacité à contrôler son inquiétude	Augmentation	Moins bonne réponse au traitement
Compétence perçue	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Processus émotionnels		
Espoir	Augmentation	Meilleure réponse au traitement
Processus interpersonnels		
Résistance aux directives de l'intervenant	Diminution	Meilleure réponse au traitement
Observance des directives de l'intervenant	Augmentation	Meilleure réponse au traitement
Processus comportementaux		
Qualité du sommeil	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Procédure thérapeutique		
Alliance thérapeutique	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Mécanismes d'action		
Qualité de l'alliance et problèmes interpersonnels	Amélioration	Meilleure réponse au traitement
Bris et gains soudains dans l'alliance (évalués par l'intervenant)	Augmentation	Meilleure réponse au traitement

* Chacun des médiateurs a été évalué et confirmé dans une seule étude, à l'exception de l'alliance thérapeutique évaluée et confirmée dans trois études.

Enfin, les quelques études portant sur des interventions d'approche théorique autre que la TCC indiquent que la plupart des médiateurs évalués sont communs à plusieurs interventions.

4 DISCUSSION ET CONCLUSION

Des travaux réalisés par l'INESSS [2022; 2018; 2015] ont démontré l'efficacité d'un vaste éventail d'interventions psychosociales, allant des autosoins à la psychothérapie, pour prévenir et traiter les troubles mentaux courants. Cependant, bien qu'efficaces, ces interventions ne bénéficient pas à l'ensemble des personnes aux prises avec des symptômes ou des troubles mentaux courants. Par conséquent, le défi est d'arriver à comprendre pour qui, dans quelles conditions et pourquoi les interventions psychosociales sont efficaces [Kraemer *et al.*, 2002]. C'est dans cette optique que les présents travaux de l'INESSS ont été entrepris.

4.1 Variables modératrices susceptibles d'influencer la réponse au traitement

La présente synthèse a permis de documenter l'influence de différentes caractéristiques de la personne, de sa condition clinique et de l'intervention sur la réponse au traitement. Ses résultats ont été obtenus majoritairement auprès d'une population adulte et dans le cadre d'interventions offertes en présence, d'autosoins guidés et non guidés. La vaste majorité de ces interventions sont d'approche cognitivo-comportementale classique ou de 3^e vague.

Les résultats confirmés dans au moins trois études indiquent que les personnes les plus susceptibles de répondre favorablement à ces interventions sont en emploi, ont des symptômes plus récents, ne font pas usage d'antidépresseurs et ont vécu moins d'expériences négatives dans le passé.

Les résultats relatifs à l'influence du profil clinique sur la réponse au traitement sont beaucoup plus divergents. Considérés dans leur ensemble, ils laissent néanmoins entendre qu'une personne avec des symptômes plus sévères de troubles mentaux courants et des comorbidités est susceptible de répondre de façon équivalente ou plus favorablement aux interventions psychosociales recensées qu'une personne avec un profil clinique moins complexe. Le fait que l'on ne puisse expliquer la divergence des résultats par le type d'intervention, de trouble mental courant ou d'analyse, donne à penser que celle-ci reflète une incertitude réelle autour de la question clinique.

De fait, certains auteurs sont d'avis qu'il serait prématuré pour les intervenants d'utiliser les évidences disponibles à ce jour pour guider le choix de leurs interventions [Courtney *et al.*, 2022]. Ils conseillent plutôt aux intervenants de prendre des décisions en fonction de leur expertise, des valeurs des personnes auprès de qui ils interviennent et conformément aux meilleures pratiques cliniques [Courtney *et al.*, 2022].

Les résultats de la présente synthèse soulignent néanmoins l'importance de porter attention tout au long du processus thérapeutique, aux modérateurs susceptibles d'influencer la réponse au traitement et d'ajuster l'intervention en conséquence. Ce monitoring pourrait être particulièrement indiqué lorsque l'intervention ne donne pas les résultats escomptés. Notons de plus que des travaux antérieurs ont démontré que

l'auto-observation est une composante commune aux interventions efficaces et jugée parmi les plus utiles par les usagers [INESSS, 2022].

Modérateurs documentés dans les revues systématiques

Deux revues de littérature portant sur les modérateurs de la réponse au traitement ont été repérées dans le cadre des présents travaux [Courtney *et al.*, 2022; Moreno-Peral *et al.*, 2020b]. Ces deux revues totalisent 46 études, dont la vaste majorité porte sur une population adolescente ($n = 44$). Dans l'ensemble, peu des modérateurs considérés se sont avérés significatifs et ont pu être confirmés dans au moins trois études.

En effet, les résultats obtenus dans la revue de Moreno-Peral [2020b] indiquent que seulement 4 des 27 modérateurs analysés auprès des adolescents à risque de présenter des symptômes d'anxiété se sont avérés significatifs, et qu'aucun d'entre eux n'a été confirmé dans plus d'une étude.

La revue de Courtney [2022] porte sur des interventions psychosociales ($n = 18$), des antidépresseurs ($n = 8$) ou une combinaison des deux types d'interventions ($n = 4$). Ces études ont été réalisées auprès d'adolescents présentant un trouble dépressif. Des 166 modérateurs évalués, seulement sept ont été confirmés dans au moins trois études par des analyses multivariées. Ainsi, la présence d'idées suicidaires, de détresse psychologique, un indice global de psychopathologie plus élevé de même qu'un moins bon fonctionnement, ont été associés à une moins bonne réponse au traitement.

Dans le présent état des connaissances, seulement quatre études portaient sur une population adolescente présentant un trouble mental courant. Par conséquent, le peu de recoupements entre ces études et celles incluses dans les deux revues systématiques, quant aux populations, interventions et modérateurs étudiés, ne permet pas de se prononcer sur la convergence ou non des résultats obtenus.

4.2 L'importance de l'adhésion au traitement et aux devoirs

Les résultats de la présente synthèse démontrent que meilleure est l'adhésion au traitement et aux devoirs, meilleure est la réponse au traitement. En effet, sept des huit études ayant documenté cette relation indiquent, d'une part, que les adultes qui ont un niveau d'engagement plus élevé dans les devoirs, et qui les effectuent comme il a été planifié dans le cadre d'une intervention cognitivo-comportementale ou basée sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement, ont une meilleure réponse au traitement que ceux montrant un niveau d'adhésion moindre. D'autre part, les adultes qui terminent un plus grand nombre de modules et d'exercices, qui appliquent ces contenus dans leur vie ou qui ont un nombre plus élevé de contacts et des contacts de plus longue durée avec l'intervenant répondent plus favorablement à des autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC ou sur l'éducation psychologique que ceux montrant un niveau d'adhésion moindre.

Bien que l'adhésion au traitement et aux devoirs ait été clairement associée à une réponse favorable au traitement, peu de variables susceptibles de favoriser cette adhésion ont été identifiées. De fait, aucune des variables évaluées, soit l'âge, le genre, le statut socio-économique, la comorbidité, les compétences personnelles, le format de l'intervention, la motivation, les attentes ou les préférences envers le traitement, ne s'est avérée significative dans plus d'une étude.

L'exploration des variables susceptibles de favoriser l'adhésion demeure toutefois particulièrement d'intérêt dans le contexte des autosoins. En effet, cinq des sept études ayant démontré l'influence de l'adhésion sur la réponse au traitement portaient sur des autosoins. Or, l'engagement dans le traitement peut être une variable déterminante dans le cas des autosoins, étant donné les taux d'abandon plus élevés et les niveaux d'adhésion généralement plus bas que dans le cas des interventions offertes en présence [INESSS, 2022; Reins *et al.*, 2020].

De fait, la connaissance des facteurs favorisant l'adhésion aux autosoins permettrait d'intervenir plus efficacement auprès d'un plus grand nombre d'utilisateurs. À ce propos, des données expérientielles rapportées dans des travaux antérieurs de l'INESSS [2022] indiquent que les participants à des autosoins guidés ou non guidés considèrent que les outils de rappel et de suivi ainsi que le soutien d'un intervenant sont utiles pour demeurer motivés et engagés. En effet, les autosoins non guidés comportent généralement une certaine forme d'accompagnement visant à informer l'usager de la nature de l'intervention, à offrir du soutien technique ou encore à favoriser l'adhésion au traitement et aux devoirs. Les usagers ne sont donc pas laissés à eux-mêmes.

4.3 Variables qui contribuent à l'efficacité des interventions

Treize études portant sur 24 médiateurs de la réponse au traitement ont été retenues aux fins des présents travaux. L'effet de ces médiateurs a été évalué auprès d'une population adulte et, la plupart du temps, dans le cadre d'interventions offertes en présence d'approche cognitivo-comportementale.

La contribution des processus cognitifs à l'efficacité des interventions a été confirmée dans toutes les études portant sur ce type de médiateurs. Autrement dit, les adultes qui présentent une diminution ou une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété ou de dépression sont ceux qui, en cours de traitement, arrivent à modifier leur perception d'eux-mêmes et de leurs capacités et à donner un sens différent à leurs symptômes. Les résultats indiquent de plus que la modification des processus cognitifs est associée à une réponse favorable au traitement, même lorsque ces processus ne sont pas directement ciblés par l'intervention. En effet, la modification de certains processus cognitifs a été observée non seulement chez les adultes traités avec une intervention cognitivo-comportementale, mais également chez ceux traités avec une intervention de pleine conscience ou une intervention psychodynamique brève.

Les résultats relatifs à l'alliance thérapeutique, à sa qualité, à son établissement précoce, ou encore à la résolution des bris d'alliance, indiquent que celle-ci contribue à l'efficacité des interventions. Cette relation est toutefois complexe. L'effet de l'alliance sur la réponse au traitement varierait ainsi d'une personne à l'autre, et il serait plus déterminant chez les adultes ayant des problèmes interpersonnels ou des besoins relationnels plus importants.

Enfin, la relation de médiation entre un processus de type émotionnel, l'espoir en l'occurrence, et la réponse au traitement a été explorée dans une étude seulement. La forte contribution de l'espoir à l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales documentée dans cette étude, le fait que celui-ci puisse être mesuré de façon valide et qu'il existe des interventions brèves ciblant spécifiquement ce médiateur militent en faveur de la réplication de ce résultat dans d'autres études et interventions.

Il importe de mentionner qu'à l'exception de l'alliance thérapeutique, la contribution des différents médiateurs à la réponse au traitement n'a été confirmée que dans une seule étude. De plus, certains auteurs considèrent que pour être utiles, les médiateurs identifiés devraient être soutenus par des marqueurs biologiques ou neurologiques [Carey *et al.*, 2020]. Or, aucun des médiateurs évalués dans les 154 études recensées dans cette revue de littérature ne répondait à ce critère de fonctionnalité.

Médiateurs documentés dans les revues systématiques

Quatre revues systématiques portant sur des médiateurs de la réponse au traitement ont été recensées dans le cadre de la présente synthèse. Deux d'entre elles s'intéressent à une population adulte [Domhardt *et al.*, 2021a; 2021b; Wehmann *et al.*, 2020], une porte sur une population adolescente [Courtney *et al.*, 2022] et une autre sur des participants âgés de 6 à 90 ans [Moreno-Peral *et al.*, 2020a]. Les participants présentent soit un trouble dépressif, soit des symptômes d'anxiété dans la zone clinique, ou encore sont à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants. Ces revues portent sur des interventions numériques, des interventions de prévention universelle et autres interventions, incluant le traitement pharmacologique.

Toutes ces revues indiquent que les processus cognitifs sont les médiateurs de la réponse au traitement les plus étudiés et confirmés. Ces processus cognitifs sont similaires à ceux dont la contribution à l'efficacité des interventions a été documentée dans la présente synthèse, notamment : les changements par rapport aux pensées négatives et irrationnelles, la rumination et l'inquiétude, l'auto-critique et la perception d'infériorité ou le perfectionnisme ainsi que l'amélioration des habiletés cognitives.

Des processus de type émotionnel en lien avec la satisfaction à l'égard de la vie, l'adaptation axée sur les émotions, l'engagement dans le traitement et le désespoir, de même que des processus interpersonnels, dont les conflits familiaux, les problèmes relationnels et les relations avec les pairs ont également été documentés dans ces revues comme des médiateurs significatifs de la réponse au traitement.

La revue systématique de Wehmann [2020], portant exclusivement sur l'alliance thérapeutique, démontre pour sa part qu'une communication en mode synchrone, le contact visuel et la présence physique de l'intervenant ne sont pas des éléments essentiels au développement d'une alliance positive. Selon les auteurs, d'autres facteurs propres aux interventions numériques, tels que la facilité, la flexibilité d'accès et l'anonymat, pourraient compenser l'absence de ces éléments. En revanche, les résultats obtenus quant à la contribution de l'alliance à l'efficacité des interventions numériques se sont révélés non concluants.

En somme, les médiateurs de la réponse au traitement identifiés dans la présente synthèse et ceux documentés dans les revues systématiques convergent, malgré les différences quant aux populations et interventions évaluées.

4.4 Limites et défis de la présente synthèse

4.4.1 Représentativité des études recensées

Une limite importante de la présente synthèse est due au fait qu'elle est basée sur des études récentes, publiées de janvier 2019 à février 2022. Cette limite pourrait expliquer la sur-représentation des études portant sur une population adulte et sur des interventions cognitivo-comportementales. En effet, parmi les 63 études retenues, seulement quatre ont été réalisées auprès d'une population adolescente, trois auprès de jeunes adultes âgés entre 18 et 30 ans, et deux auprès de personnes âgées.

Les résultats obtenus auprès des adolescents laissent toutefois penser que certains modérateurs de la réponse au traitement seraient spécifiques à cette population. Notamment, il ressort que les adolescents et adolescentes avec un niveau de connaissances en santé mentale ou en informatique plus élevé présentent une moins bonne réponse au traitement à la suite d'un autosoin guidé que ceux et celles ayant moins de connaissances. Ce résultat diverge de celui obtenu auprès d'adultes, où aucune relation significative n'a été observée entre le degré d'aisance en informatique et la réponse à un autosoin guidé. Soulignons également le fait que parmi les huit études ayant documenté la relation entre l'adhésion au traitement et aux devoirs et la réponse au traitement, celle réalisée auprès d'adolescents et adolescentes est la seule à ne pas avoir obtenu de résultats significatifs.

La possibilité de généraliser les résultats aux jeunes adultes semble aussi limitée. En effet, les interventions considérées dans les trois études menées auprès de cette population sont les seules à avoir été offertes en prévention sélective. Les résultats documentés dans deux de ces études indiquent que les jeunes adultes qui considèrent être en bonne santé et avoir un niveau de contrôle élevé sur les facteurs de stress de leur environnement répondent plus favorablement à ces interventions que ceux ne présentant pas ces caractéristiques. La seule étude ayant documenté des variables similaires chez des adultes n'a relevé aucune relation significative entre l'état de santé physique et la capacité perçue à gérer le stress.

Enfin, certaines études portant sur des populations spécifiques ont été exclues des présents travaux. Elles portaient notamment sur des personnes avec des troubles mentaux courants en comorbidité avec des troubles de dépendance, du spectre de l'autisme, de déficience intellectuelle ou de démence, sur des personnes avec des conditions médicales aiguës et chroniques ou sur des populations spécifiques. Bien que ces populations se retrouvent généralement à des proportions variables dans les échantillons des études recensées, l'exclusion des études menées spécifiquement auprès d'elles limite la généralisation des résultats.

4.4.2 Synthèse narrative basée sur la direction des effets

L'hétérogénéité des résultats rapportés dans les études n'a pas permis de les convertir sous une même statistique. Il n'a donc pas été possible d'en faire une synthèse quantitative, rendant ainsi la comparaison des résultats obtenus d'une étude à l'autre difficile. De plus, aucun critère permettant d'établir le niveau de preuve et de confiance dans les résultats n'a été appliqué.

Ainsi, et en raison de leur caractère descriptif et exploratoire, les résultats de la présente synthèse doivent être interprétés avec réserve.

4.4.3 Défis relatifs à l'analyse des variables modératrices et médiatrices

Les revues de littérature repérées laissent entendre que les limites de la présente synthèse ne sont pas étrangères à ce champ d'étude. L'analyse des modérateurs et médiateurs de la réponse au traitement présente effectivement plusieurs défis méthodologiques.

Dans le cas des modérateurs, mentionnons la multitude de caractéristiques de la personne, de sa condition clinique ou de l'intervention à considérer dans les analyses, sans compter les interactions potentielles et souvent complexes entre celles-ci. Dans ce sens, la démarche méthodologique utilisée dans les études de Delgadillo [2020] et de Lopez-Gomez [2019], basée sur plus d'une quinzaine de modérateurs en vue de déterminer le traitement optimal en fonction du profil des personnes aurait avantage à être reproduite. Enfin, mentionnons que l'identification des modérateurs est généralement basée sur des analyses de type post hoc, caractérisées par une puissance statistique insuffisante et une plus grande vulnérabilité aux biais de publication et de divulgation.

L'analyse des médiateurs de la réponse au traitement présente également plusieurs défis : la diversité des devis d'études et des résultats rapportés, la complexité des cadres conceptuels et des modèles statistiques utilisés ainsi que le nombre restreint d'études portant sur un même médiateur. De plus, les catégories utilisées dans les études pour classer les médiateurs ne sont pas mutuellement exclusives, de sorte qu'un médiateur peut être classifié dans des catégories différentes d'une étude à l'autre. La publication récente des normes AGRéMA [Lee *et al.*, 2021] pour les études de médiation devrait contribuer à réduire cette hétérogénéité.

4.5 Conclusion

En somme, et bien que l'analyse des variables modératrices et médiatrices comporte plusieurs défis, cette démarche demeure pertinente et utile. Les résultats obtenus dans la présente synthèse peuvent soutenir la réflexion clinique et guider la mise en place éventuelle des interventions psychosociales dont l'efficacité a été démontrée [INESSS, 2022].

Ces résultats mettent notamment en lumière la pertinence pour les intervenants, de porter attention en cours de traitement aux caractéristiques socio-démographiques et cliniques susceptibles d'influencer la réponse au traitement et l'importance d'accompagner la personne dans son processus de changement. Rappelons que ces changements sont principalement liés à des processus cognitifs, que ceux-ci soient ciblés directement ou non par l'intervention.

En plus d'enrichir la réflexion clinique, les résultats obtenus pourront guider la recherche et l'évaluation concernant des pratiques innovantes, dont les autosoins, afin d'en assurer des retombées optimales. Des études portant spécifiquement sur la population adolescente, les jeunes adultes et les personnes âgées sont nécessaires. De même, certains des modérateurs documentés ici, entre autres l'adhésion au traitement et aux devoirs ainsi que la motivation au changement, auraient avantage à être considérés comme des médiateurs de la réponse au traitement dans le cadre de devis permettant de comprendre comment ils contribuent à l'efficacité des interventions.

Enfin, rappelons que les travaux réalisés aux fins de la présente synthèse et de la précédente (INESSS, 2022) s'inscrivent dans la volonté du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, visant notamment à poursuivre l'implantation du *Programme québécois pour les troubles mentaux* et à innover en intégrant les interventions numériques dans les services de santé mentale. Nous espérons que les résultats obtenus soutiendront le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que l'ensemble du réseau, dans la réponse aux besoins des personnes présentant des symptômes et troubles mentaux courants.

RÉFÉRENCES

- A-Tjak JG, Morina N, Boendermaker WJ, Topper M, Emmelkamp PM. Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry* Vol 20 2020, ArtID 155 2020;20
- Abbing A, Baars EW, de Sonnevile L, Ponstein AS, Swaab H. The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol* 2019a;10:1203.
- Abbing A, de Sonnevile L, Baars E, Bourne D, Swaab H. Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms. *PLoS ONE* 2019b;14(12):e0225200.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections: Trousse d'outils de l'évaluation critique. Ottawa, ON : ASPC; 2014.
- Akeman E, Kirlic N, Clausen AN, Cosgrove KT, McDermott TJ, Cromer LD, et al. A pragmatic clinical trial examining the impact of a resilience program on college student mental health. *Depress Anxiety* 2020;37(3):202-13.
- Akouamba BS, Lai H, Marcantoni W, Mayrand J, Wassf M, Beauchamp S Les autosoins pour la santé mentale : définition du concept des autosoins. Montréal, Qc : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS), en cours de publication; 2021.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(2):217-37.
- Alon Y, Azriel O, Pine DS, Bar-Haim Y. A randomized controlled trial of supervised remotely-delivered attention bias modification for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 2022:1-10.
- American Psychiatric Association (APA). DMS-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. 5e éd. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- Anda R. The health and social impact of growing up with adverse childhood experiences: The human and economic costs of the status quo. *Centers for Disease Control and Prevention* 2007:1-20.
- Arndt A, Rubel J, Berger T, Lutz W. Outpatient and self-referred participants: Adherence to treatment components and outcome in an internet intervention targeting anxiety disorders. *Internet Interv* 2020;20:100319.
- Australian Psychological Society (APS) Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review. Victoria: Australian Psychological Association. Fourth éd 2018.

- Barber JP, Milrod B, Gallop R, Solomonov N, Rudden MG, McCarthy KS, Chambless DL. Processes of therapeutic change: Results from the Cornell-Penn Study of Psychotherapies for Panic Disorder. *Journal of Counseling Psychology* 2020;67(2):222-31.
- Berg M, Rozental A, Johansson S, Liljethorn L, Radvogin E, Topooco N, Andersson G. The role of knowledge in internet-based cognitive behavioural therapy for adolescent depression: Results from a randomised controlled study. *Internet Interv* 2019;15:10-7.
- Berger T. The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research* 2017;27(5):511-24.
- Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RWB, Schaufeli WB, Wijnngaards-de Meij L. Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *J Occup Rehabil* 2019;29(1):31-41.
- Brujniks SJ, DeRubeis RJ, Hollon SD, Huibers MJ. The potential role of learning capacity in cognitive behavior therapy for depression: A systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning. *Clinical Psychological Science* 2019;7(4):668-92.
- Callan JA, Kazantzis N, Park SY, Moore CG, Thase ME, Minhajuddin A, et al. A propensity score analysis of homework adherence-outcome relations in Cognitive Behavioral Therapy for depression. *Behavior Therapy* 2019;50(2):285-99.
- Carey TA, Griffiths R, Dixon JE, Hines S. Identifying Functional Mechanisms in Psychotherapy: A Scoping Systematic Review. *Front Psychiatr* 2020;11:291.
- Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR. Hope Therapy in a Community Sample: A Pilot Investigation. *Social Indicators Research* 2006;77(1):61-78.
- Cientanni F, Power K, Wright C, Sani F, Reilly D, Blake ML, et al. Psychosocial, psychopharmacological and demographic predictors of changes in psychological distress over a course of computerised cognitive behavioural therapy (cCBT). *Internet Interv* 2019;17:100248.
- Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of epidemiology* 2010;20(5):385-94.
- Coudray C, Palmer R, Frazier P. Moderators of the efficacy of a web-based stress management intervention for college students. *Journal of Counseling Psychology* 2019;66(6):747-54.
- Courtney DB, Watson P, Krause KR, Chan BWC, Bennett K, Gunlicks-Stoessel M, et al. Predictors, Moderators, and Mediators Associated With Treatment Outcome in Randomized Clinical Trials Among Adolescents With Depression: A Scoping Review. *JAMA netw* 2022;5(2):e2146331.

- Coyne AE, Constantino MJ, Westra HA, Antony MM. Competing indirect effects in a comparative psychotherapy trial for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy* 2019a;56(4):549-54.
- Coyne AE, Constantino MJ, Westra HA, Antony MM. Interpersonal change as a mediator of the within- and between-patient alliance-outcome association in two treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019b;87(5):472-83.
- Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 2020;30(3):279-93.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds III CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *Focus* 2014;12(3):347-58.
- Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(3):318-26.
- Delgadillo J, Farnfield A, North A. Social inequalities in the demand, supply and utilisation of psychological treatment. *Counselling and Psychotherapy Research* 2018;18(2):114-21.
- Delgadillo J et Gonzalez Salas Duhne P. Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2020;88(1):14-24.
- Domhardt M, Nowak H, Engler S, Baumel A, Grund S, Mayer A, et al. Therapeutic processes in digital interventions for anxiety: A systematic review and meta-analytic structural equation modeling of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* Vol 90 2021, ArtID 102084 2021a;90
- Domhardt M, Steubl L, Boettcher J, Buntrock C, Karyotaki E, Ebert DD, et al. Mediators and mechanisms of change in internet-and mobile-based interventions for depression: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2021b;83:101953.
- Dondé C, Moirand R, Carré A. L'activation comportementale: un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'Encéphale* 2018;44(1):59-66.
- El Morr C, Ritvo P, Ahmad F, Moineddin R. Effectiveness of an Eight-Week Web-Based Mindfulness Virtual Community Intervention for University Students on Symptoms of Stress, Anxiety, and Depression: A Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health* 2020;17:17.
- Feldman DB et Dreher DE. Can hope be changed in 90 minutes? Testing the efficacy of a single-session goal-pursuit intervention for college students. *Journal of Happiness Studies* 2012;13(4):745-59.
- Finegan M, Firth N, Wojnarowski C, Delgadillo J. Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety* 2018;35(6):560-73.

- Firth N, Delgadillo J, Kellett S, Lucock M. The influence of socio-demographic similarity and difference on adequate attendance of group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Psychotherapy Research* 2020;30(3):362-74.
- Galam É. Carl Rogers: une approche centrée sur la personne. *Médecine* 2014;10(9):408-12.
- Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, D'Souza J, Boswell JF, Farchione TJ, Barlow DH. Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy* 2020;51(1):190-202.
- Gili M, Castro A, Garcia-Palacios A, Garcia-Campayo J, Mayoral-Cleries F, Botella C, et al. Efficacy of Three Low-Intensity, Internet-Based Psychological Interventions for the Treatment of Depression in Primary Care: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2020;22(6):e15845.
- Gonzalez-Blanch C, Munoz-Navarro R, Medrano LA, Moriana JA, Ruiz-Rodriguez P, Cano-Vindel A. Moderators and predictors of treatment outcome in transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for primary care patients with emotional disorders. *Depress Anxiety* 2021;27:27.
- Gratzer D et Goldbloom D. Making evidence-based psychotherapy more accessible in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2016;61(10):618-23.
- Gross JJ et John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003;85:348-62.
- Haddad R, Lenze EJ, Nicol G, Miller JP, Yingling M, Wetherell JL. Does patient expectancy account for the cognitive and clinical benefits of mindfulness training in older adults? *Int J Geriatr Psychiatry* 2020;35(6):626-32.
- Hamaker E, Kuiper R, Grasman R. A critique of the cross-lagged panel model. *Psychological methods* 2015;20(1):102-16.
- Hofheinz C, Reder M, Michalak J. How specific is cognitive change? A randomized controlled trial comparing brief cognitive and mindfulness interventions for depression. *Psychotherapy Research* 2020;30(5):675-91.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. État des connaissances rédigé par Sophie Bernard, Joëlle Brassard, Émilie Proteau-Dupont, Sophie Léveillé et Micheline Lapalme. Québec, Qc : INESSS; 2022.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS; 2018.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I - Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles

anxieux et dépressifs. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno.
Québec, Qc : INESSS; 2015.

- Institute of Medicine (IOM) Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC : National Academies Press; 2015.
- Karatekin C. Adverse childhood experiences (ACEs), stress and mental health in college students. *Stress and Health* 2018;34(1):36-45.
- Kivity Y, Strauss AY, Elizur J, Weiss M, Cohen L, Huppert JD. The alliance mediates outcome in cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder, but not in attention bias modification. *Psychotherapy Research* 2021;31(5):589-603.
- Knapstad M, Nordgreen T, Smith OR. Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):1-16.
- Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of general psychiatry* 2002;59(10):877-83.
- Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2019;269(2):223-33.
- LaFreniere LS et Newman MG. The impact of uncontrollability beliefs and thought-related distress on ecological momentary interventions for generalized anxiety disorder: A moderated mediation model. *Journal of Anxiety Disorders* 2019;66:102113.
- Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology* 2012;17(2):220.
- Lee H, Cashin AG, Lamb SE, Hopewell S, Vansteelandt S, VanderWeele TJ, et al. A guideline for reporting mediation analyses of randomized trials and observational studies: the AGReMA statement. *JAMA* 2021;326(11):1045-56.
- Lenton-Brym AP, Stewart KE, Coyne AE, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Can self-report measures of readiness for change and treatment ambivalence predict outcomes in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder? *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2019;33(4):301-19.
- Lindegaard T, Hesslow T, Nilsson M, Johansson R, Carlbring P, Lilliengren P, Andersson G. Internet-based psychodynamic therapy vs cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A preference study. *Internet Interv* 2020;20:100316.
- Listunova L, Bartolovic M, Kienzle J, Jaehn A, Grutzner TM, Wolf RC, et al. Predictors of cognitive remediation therapy improvement in (partially) remitted unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 2020;264:40-9.

- Lopez-Gomez I, Lorenzo-Luaces L, Chaves C, Hervas G, DeRubeis RJ, Vazquez C. Predicting optimal interventions for clinical depression: Moderators of outcomes in a positive psychological intervention vs. cognitive-behavioral therapy. *General Hospital Psychiatry* 2019;61:104-10.
- MacKinnon DP, Lockwood CM, Hoffman JM, West SG, Sheets V. Comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods* 2002;7:83-104.
- MacLean S, Corsi DJ, Litchfield S, Kucharski J, Genise K, Selaman Z, et al. Coach-Facilitated Web-Based Therapy Compared With Information About Web-Based Resources in Patients Referred to Secondary Mental Health Care for Depression: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2020;22(6):e15001.
- Marker I, Salvaris CA, Thompson EM, Tolliday T, Norton PJ. Client motivation and engagement in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Predictors and outcomes. *Cognitive Therapy and Research* 2019;43(5):819-33.
- McDevitt-Petrovic O, Shevlin M, Kirby K. Modelling changes in anxiety and depression during low-intensity cognitive behavioural therapy: An application of growth mixture models. *British Journal of Clinical Psychology* 2020;59(2):169-85.
- Mesri B, Xiong Y, Marjorie Barnes-Horowitz N, Craske MG. Avoidance moderates cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2020;208(10):785-93.
- Mesri B, Xiong Y, Marjorie Barnes-Horowitz N, Craske MG. Avoidance Moderates Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia. *J Nerv Ment Dis* 2020;15:15.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif. Québec, Qc : MSSS; 2022. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Québec, QC : MSSS; 2020. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>.
- Moberg C, Niles A, Beermann D. Guided self-help works: Randomized waitlist controlled trial of Pacifica, a mobile app integrating cognitive behavioral therapy and mindfulness for stress, anxiety, and depression. *Journal of Medical Internet Research* Vol 21(6), 2019, ArtID e12556 2019;21(6)
- Moreno-Peral P, Bellon JA, Huibers MJ, Mestre JM, Garcia-Lopez LJ, Taubner S, et al. Mediators in psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression and anxiety. A systematic review. *Clinical Psychology Review* Vol 76 2020, ArtID 101813 2020a;76

- Moreno-Peral P, Bellon JA, Motrico E, Campos-Paino H, Martin-Gomez C, Ebert DD, et al. Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of anxiety: A systematic review. *J Anxiety Disord* 2020b;76:102317.
- Mrazek PJ et Haggerty RJ. *News Directions in Definitions*. Dans : *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC : National Academy Press; 1994.
- Munoz-Navarro R, Medrano LA, Limonero JT, Gonzalez-Blanch C, Moriana JA, Ruiz-Rodriguez P, Cano-Vindel A. The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2022;05:05.
- Nair A, Turner C, Heyman I, Mataix-Cols D, Lovell K, Krebs G, et al. Moderators and predictors of outcomes in telephone delivered compared to face-to-face cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: Preliminary evidence from a non-inferiority RCT. *Cognitive Behaviour Therapy* 2019;48(5):353-68.
- National Institute of Health Care and Excellence (NICE) *Depression in adults: treatment and management*. NICE guideline. Londres, Angleterre : NICE; 2022.
- Newman MG, Shin KE, Lanza ST. Time-varying moderation of treatment outcomes by illness duration and comorbid depression in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019;87(3):282-93.
- Ngô TL. Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec* 2013;38(2):35-63.
- Nicholas J, Ringland KE, Graham AK, Knapp AA, Lattie EG, Kwasny MJ, Mohr DC. Stepping Up: Predictors of 'Stepping' within an iCBT Stepped-Care Intervention for Depression. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(23):25.
- Norris LA et Kendall PC. Moderators of outcome for youth anxiety treatments: Current findings and future directions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2021;50(4):450-63.
- 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 : L'Office des professions du Québec; 2021.
- Ordre des psychologues du Québec et al. (OPQ) *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent: Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*. 2018.
- Poulin LE, Button ML, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2019;48(5):369-84.

- Powell J, Williams V, Atherton H, Bennett K, Yang Y, Davoudianfar M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a self-guided internet intervention for social anxiety symptoms in a general population sample: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* Vol 22(1), 2020, ArtID e16804 2020;22(1)
- Prins PJ, Ollendick TH, Maric M, MacKinnon DP. Moderators and mediators in treatment outcome studies of childhood disorders: the what, why, and how. Dans : Maric PO, réd. *Moderators and mediators of youth treatment outcomes*. Oxford Université Press.; 2015 : 1-19.
- Probst T, Schramm E, Heidenreich T, Klein JP, Michalak J. Patients' interpersonal problems as moderators of depression outcomes in a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy and a group version of the cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy in chronic depression. *Journal of Clinical Psychology* 2020;76(7):1241-54.
- Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences* 2010;49(5):368-73.
- Reins JA, Bos L, Lehr D, Berking M, Ebert DD. The more I got, the less I need? Efficacy of Internet-based guided self-help compared to online psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2019;246:695-705.
- Reins JA, Buntrock C, Zimmermann J, Grund S, Harrer M, Lehr D, et al. Efficacy and Moderators of Internet-Based Interventions in Adults with Subthreshold Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom* 2020:1-13.
- Ritzert TR, Berghoff CR, Tifft ED, Forsyth JP. Evaluating ACT Processes in Relation to Outcome in Self-Help Treatment for Anxiety-Related Problems. *Behavior Modification* 2019;145445519855616.
- Robinson L, Kellett S, Delgadillo J. Dose-response patterns in low and high intensity cognitive behavioral therapy for common mental health problems. *Depress Anxiety* 2020;37(3):285-94.
- Rodriguez LM, Lee KDM, Onufrak J, Dell JB, Quist M, Drake HP, Bryan J. Effects of a brief interpersonal conflict cognitive reappraisal intervention on improvements in access to emotion regulation strategies and depressive symptoms in college students. *Psychol Health* 2020:1-21.
- Rubel JA, Hilpert P, Wolfer C, Held J, Visla A, Fluckiger C. The working alliance in manualized CBT for generalized anxiety disorder: Does it lead to change and does the effect vary depending on manual implementation flexibility? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019;87(11):989-1002.
- Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ost LG, et al. Predictors of outcome in guided self-help cognitive behavioural therapy for common mental disorders in primary care. *Cognitive Behaviour Therapy* 2019:1-20.

- Santoft F, Salomonsson S, Hesser H, Lindsater E, Ljotsson B, Lekander M, et al. Mediators of change in cognitive behavior therapy for clinical burnout. *Behavior Therapy* 2019;50(3):475-88.
- Schmid PF, Zeller O, Priels J-M. Interpellation et réponse. *Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche* 2009;(1):48-85.
- Schwartz RA, Chambless DL, McCarthy KS, Milrod B, Barber JP. Client resistance predicts outcomes in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research* 2019;29(8):1020-32.
- Segal A, Pine DS, Bar-Haim Y. Personalized attention control therapy for PTSD: effectiveness and moderators of outcome in a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2020:1-11.
- Soucy Chartier I, Blanchet V, Provencher M. Activation comportementale et dépression: une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec* 2013;38(2):175-94.
- Steketee G, Siev J, Yovel I, Lit K, Wilhelm S. Predictors and moderators of cognitive and behavioral therapy outcomes for OCD: A patient-level mega-analysis of eight sites. *Behavior Therapy* 2019;50(1):165-76.
- Steubl L, Sachser C, Baumeister H, Domhardt M. Mechanisms of change in Internet- and mobile-based interventions for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12(1):1879551.
- Stevenson J, Mattiske JK, Nixon RD. The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* Vol 123 2019, ArtID 103492 2019;123
- Stjerneklar S, Hougaard E, Thastum M. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for adolescent anxiety: Predictors of treatment response. *Internet Interv* 2019;15:116-25.
- Sunde T, Hummelen B, Himle JA, Walseth LT, Vogel PA, Launes G, et al. Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry* Vol 19 2019, ArtID 318 2019;19
- Toth SL, Handley ED, Manly JT, Sturm R, Adams TR, Demeusy EM, Cicchetti D. The moderating role of child maltreatment in treatment efficacy for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2020;48(10):1351-65.
- Trott A et Reeves A. Social class and the therapeutic relationship: The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey. *Counselling and Psychotherapy research* 2018;18(2):166-77.
- von Brachel R, Teismann T, Feider L, Margraf J. Suicide ideation as a predictor of treatment outcomes in cognitive-behavioral therapy for unipolar mood disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2019;19(1):80-4.

- Wehmann E, Köhnen M, Härter M, Liebherz S. Therapeutic alliance in technology-based interventions for the treatment of depression: systematic review. *J Med Internet Res* 2020;22(6):e17195.
- Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016;84:768-82.
- Whiston A, Bockting CL, Semkovska M. Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychological Medicine* 2019;49(16):2657-68.
- World Health Organization (WHO) mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialist health settings: mental health Gap Action Programme (mgGAP) - version 2.0. Genève, Suisse : WHO; 2016.
- Yew RY, Dobson KS, Zyphur M, Kazantzis N. Mediators and moderators of homework-outcome relations in CBT for depression: A study of engagement, therapist skill, and client factors. *Cognitive Therapy and Research* 2021;45(2):209-23.
- Zagorscak P, Heinrich M, Schulze J, Bottcher J, Knaevelsrud C. Factors contributing to symptom change in standardized and individualized Internet-based interventions for depression: A randomized-controlled trial. *Psychotherapy* 2020;57(2):237-51.
- Zang Y, Su YJ, McLean CP, Foa EB, Su Y-J. Predictors for Excellent Versus Partial Response to Prolonged Exposure Therapy: Who Needs Additional Sessions? *J Trauma Stress* 2019;32(4):577-85.
- Zilcha-Mano S. Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist* 2017;72(4):311.
- Zilcha-Mano S, Eubanks CF, Bloch-Elkouby S, Muran J. Can we agree we just had a rupture? Patient-therapist congruence on ruptures and its effects on outcome in brief relational therapy versus cognitive-behavioral therapy. *Journal of Counseling Psychology* 2020;67(3):315-25.
- Zilcha-Mano S, Eubanks CF, Muran J. Sudden gains in the alliance in cognitive behavioral therapy versus brief relational therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019;87(6):501-9.

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

Mise à jour de la stratégie modifiée pour la question sur les variables modératrices et médiatrices

PsycINFO (Ovid) Date du repérage : 17 février 2022 Limites : 2020-; anglais, français	
1	((moderator* OR mediat*) ADJ5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) ADJ2 response*))).tw,hw
2	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) ADJ2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health).tw,hw OR (OCD OR PTSD).ti
3	1 AND 2
4	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,hw
5	3 NOT 4
6	((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)).tw,hw
7	5 NOT 6

MEDLINE (Ovid) Date du repérage : 17 février 2022 Limites : 2020-; anglais, français	
1	((moderator* OR mediat*) ADJ5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) ADJ2 response*))).tw,hw,kf,kw
2	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) ADJ2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health).tw,hw,kf,kw OR (OCD OR PTSD).ti
3	1 AND 2
4	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,hw
5	3 NOT 4
6	((exp Animals/ NOT Humans/) OR Animals/) OR ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)).tw,hw
7	5 NOT 6

CINAHL (Ovid)	
Date du repérage : 17 février 2022	
Limites : 2020-; anglais, français; Academic Journals	
S1	TI ((moderator* OR mediat*) N5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) N2 response*))) OR AB ((moderator* OR mediat*) N5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) N2 response*)))
S2	TI ((mental* N2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) N2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR "mental health" OR OCD OR PTSD) OR AB ((mental* N2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) N2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR "mental health")
S3	S1 AND S2
S4	TI (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) OR AB (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*)
S5	TI ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) N2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR pre-adoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) N2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))
S6	S4 NOT S5
S7	S3 NOT S6
S8	TX ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcine* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*))
S9	S7 NOT S8

Cochrane Database of Systematic Reviews - EBM Reviews (Ovid)	
Date du repérage : 17 février 2022	
Limites : 2020-; anglais, français	
1	((moderator* OR mediat*) ADJ5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) ADJ2 response*))).ti,ab,kw
2	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) ADJ2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health).ti,ab,kw OR (OCD OR PTSD).ti
3	1 AND 2

Social Work Abstracts (Ovid)	
Date du repérage : 17 février 2022	
Limites : 2020-; anglais, français	
1	((moderator* OR mediat*) ADJ5 (outcome* OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR ((treatment* OR therap* OR intervention*) ADJ2 response*))).tw,hw
2	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood) ADJ2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health).tw,hw OR (OCD OR PTSD).ti
3	1 AND 2

4	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,hw
5	3 NOT 4
6	((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcine* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*))).tw,hw
7	5 NOT 6

Stratégie initiale pour les 4 questions d'évaluation

PsycINFO (Ovid) Date du repérage : 8 juillet 2020 Limites : 2019-; anglais, français; Journal Article Dernière mise à jour : 8 mars 2022	
1	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiat* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavior?ral OR OCD OR PTSD).ti
2	((((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psycho-educat* OR cognitive OR behavior?r* OR low-intensity OR alternative OR innovative OR technolog* OR peer support* OR peer influence OR mentoring OR self-help OR self-guided OR self-care OR self-management OR coach* OR counsel* OR non-pharmacologic* OR nonpharmacologic* OR non-pharmaceutic* OR nonpharmaceutic* OR supportive OR educational OR educative OR physical exercise* OR active OR verbal OR art OR music OR play OR tools OR mindfulness OR self-efficacy) ADJ2 (interven* OR treat* OR therap* OR program* OR practice* OR approach* OR initiative* OR strateg* OR manag* OR facilit* OR technique* OR model* OR module* OR service* OR tool OR tools)) OR service user* OR CBT OR ICBT).ti
3	((effective* OR efficacy OR efficient OR evidence* OR benefit* OR improv* OR better OR credibility OR success* OR reduc* OR promis* OR quality OR positive* OR noninferior* OR potential* OR ameliorat* OR reliab* OR impact OR feasib* OR meaningful* OR safe* OR significant* OR opportunit* OR useful* OR recogni*).tw,hw
4	1 AND 2 AND 3
5	(moderator* OR mediat*).ti
6	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiat* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavior?ral).ti,ab
7	(outcome* OR quality of life OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR efficient).ti
8	(outcome* OR quality of life OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR efficient).ti,ab
9	5 AND ((1 AND 8) OR (6 AND 7))
10	4 OR 9
11	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,hw
12	10 NOT 11
13	((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcine* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*))).tw,hw
14	12 NOT 13

MEDLINE (Ovid) Date du repérage : 8 juillet 2020 Limites : 2019-; anglais, français Dernière mise à jour : 8 mars 2022	
1	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral OR OCD OR PTSD).ti
2	(((((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psycho-educat* OR cognitive OR behavio?r* OR low-intensity OR alternative OR innovative OR technolog* OR peer support* OR peer influence OR mentoring OR self-help OR self-guided OR self-care OR self-management OR coach* OR counsel* OR non-pharmacologic* OR nonpharmacologic* OR non-pharmaceutic* OR nonpharmaceutic* OR supportive OR educational OR educative OR physical exercise* OR active OR verbal OR art OR music OR play OR tools OR mindfulness OR self-efficacy) ADJ2 (interven* OR treat* OR therap* OR program* OR practice* OR approach* OR initiative* OR strateg* OR manag* OR facilit* OR technique* OR model* OR module* OR service* OR tool OR tools)) OR service user* OR CBT OR ICBT).ti
3	(effective* OR efficacy OR efficient OR evidence* OR benefit* OR improv* OR better OR credibldity OR success* OR reduc* OR promis* OR quality OR positive* OR noninferior* OR potential* OR ameliorat* OR reliab* OR impact OR feasib* OR meaningful* OR safe* OR significant* OR opportunit* OR useful* OR recogni*).tw,kf
4	1 AND 2 AND 3
5	(moderator* OR mediat*).ti
6	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral).ti,ab
7	(outcome* OR quality of life OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR efficient).ti
8	(outcome* OR quality of life OR recover* OR effectiveness OR efficacy OR efficient).ti,ab
9	5 AND ((1 AND 8) OR (6 AND 7))
10	4 OR 9
11	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,kf
12	10 NOT 11
13	((exp Animals/ NOT Humans/) OR Animals/) OR ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)).tw,kf
14	12 NOT 13

CINAHL (Ovid) Date du repérage : 8 juillet 2020 Limites : 2019-; anglais, français; Academic Journals Dernière mise à jour : 8 mars 2022	
S1	TI ((mental* N2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR "mental health" OR psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavioral OR behavioural OR OCD OR PTSD)
S2	TI (((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psycho-educat* OR cognitive OR behavior* OR behaviour* OR low-intensity OR alternative OR innovative OR technolog* OR "peer support*" OR "peer influence" OR mentoring OR self-help OR self-guided OR self-care OR self-management * OR coach* OR counsel* OR non-pharmacologic* OR nonpharmacologic* OR non-pharmaceutic* OR nonpharmaceutic* OR supportive OR educational OR educative OR "physical exercise*" OR active OR verbal OR art OR music OR play OR tools OR mindfulness OR self-efficacy) N2 (interven* OR treat* OR therap* OR program* OR practice* OR approach* OR initiative* OR strateg* OR

	manag* OR facilit* OR technique* OR model* OR module* OR service* OR tool OR tools)) OR "service user*" OR CBT OR ICBT)
S3	TX (effective* OR efficacy OR efficient OR evidence* OR benefit* OR improv* OR better OR credibldity OR success* OR reduc* OR promis* OR quality OR positive* OR noninferior* OR potential* OR ameliorat* OR reliab* OR impact OR feasib* OR meaningful* OR safe* OR significant* OR opportunit* OR useful* OR recogni*)
S4	S1 AND S2 AND S3
S5	TI (moderator* OR mediat*)
S6	AB ((mental* N2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR "mental health" OR psychological* OR psychiat* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavioral OR behavioural)
S7	TI (outcome* OR "quality of life" OR recover* OR effective* OR efficacy OR efficient)
S8	AB (outcome* OR "quality of life" OR recover* OR effective* OR efficacy OR efficient)
S9	S5 AND ((S1 AND (S7 OR S8)) OR ((S1 OR S6) AND S8))
S10	S4 OR S9
S11	TI (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) OR AB (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*)
S12	TI ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) N2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*)) OR AB ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) N2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))
S13	S11 NOT S12
S14	S10 NOT S13
S15	TI ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)) OR AB ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*))
S16	S14 NOT S15

Cochrane Database of Systematic Reviews - EBM Reviews (Ovid)

Date du repérage : 8 juillet 2020

Limites : 2019-; anglais, français

Dernière mise à jour : 8 mars 2022

1	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiat* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral OR OCD OR PTSD).ti
2	((((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psycho-educat* OR cognitive OR behavio?* OR low-intensity OR alternative OR innovative OR technolog* OR peer support* OR peer influence OR mentoring OR self-help OR self-guided OR self-care OR self-management OR coach* OR counsel* OR non-pharmacologic* OR nonpharmacologic* OR non-pharmaceutic* OR nonpharmaceutic* OR supportive OR educational OR educative OR physical exercise* OR active OR verbal OR art OR music OR play OR tools OR mindfulness OR self-efficacy) ADJ2 (interven* OR treat* OR therap* OR program* OR practice* OR approach* OR initiative* OR strateg* OR manag* OR facilit* OR technique* OR model* OR module* OR service* OR tool OR tools)) OR service user*).ti,ab OR CBT OR ICBT).ti
3	(effective* OR efficacy OR efficient OR evidence* OR benefit* OR improv* OR better OR credibldity OR success* OR reduc* OR promis* OR quality OR positive* OR noninferior* OR potential* OR ameliorat* OR

	reliab* OR impact OR feasib* OR meaningful* OR safe* OR significant* OR opportunit* OR useful* OR recogni*).ti,ab
4	1 AND 2 AND 3
5	(moderator* OR mediat*).ti,ab
6	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral).ti,ab OR (OCD OR PTSD).ti
7	5 AND 6
8	4 OR 7

Social Work Abstracts (Ovid) Date du repérage : 8 juillet 2020 Limites : 2019-; anglais, français Dernière mise à jour : 8 mars 2022	
1	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health OR psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral OR OCD OR PTSD).ti
2	((((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psychoeducat* OR cognitive OR behavio?r* OR low-intensity OR alternative OR innovative OR technolog* OR peer support* OR peer influence OR mentoring OR self-help OR self-guided OR self-care OR self-management OR coach* OR counsel* OR non-pharmacologic* OR nonpharmacologic* OR non-pharmaceutic* OR nonpharmaceutic* OR supportive OR educational OR educative OR physical exercise* OR active OR verbal OR art OR music OR play OR tools OR mindfulness OR self-efficacy) ADJ2 (interven* OR treat* OR therap* OR program* OR practice* OR approach* OR initiative* OR strateg* OR manag* OR facilit* OR technique* OR model* OR module* OR service* OR tool OR tools)) OR service user* OR CBT OR ICBT).ti
3	(effective* OR efficacy OR efficient OR evidence* OR benefit* OR improv* OR better OR credibldity OR success* OR reduc* OR promis* OR quality OR positive* OR noninferior* OR potential* OR ameliorat* OR reliab* OR impact OR feasib* OR meaningful* OR safe* OR significant* OR opportunit* OR useful* OR recogni*).ti,ab
4	1 AND 2 AND 3
5	(moderator* OR mediat*).ti,ab
6	((mental* ADJ2 (disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR ((psychological* OR psychiatr* OR emotion* OR psychosocial* OR panic OR phobi* OR agoraphob* OR obsessive OR compulsive OR impulsive OR stress* OR depress* OR anxiety OR anxious OR adjustment OR mood OR behavio?ral) ADJ2 (health OR disorder* OR symptom* OR problem* OR distress*)) OR mental health).ti,ab OR (OCD OR PTSD).ti
7	5 AND 6
8	4 OR 7
9	((neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*) NOT ((preadoles* OR pre-adoles OR adolesc* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR youth OR youngster* OR adult* OR men OR man OR male OR women OR woman OR female OR geriatric* OR elder* OR ((old* OR young) ADJ2 (person* OR people OR patient* OR resident* OR population*)) OR ageing OR aging OR senior) AND (neonat* OR newbor* OR infant* OR toddler* OR child* OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten*))).tw,hw
10	8 NOT 9
11	((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcine* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)).tw,hw
12	10 NOT 11

ANNEXE B

Évaluation de la qualité des études primaires retenues - ASPC¹⁴

Le tableau ci-dessous est tiré de la grille (ASPC) et illustre la façon de tirer une conclusion globale de l'évaluation de l'ensemble des items de la grille.

Tableau B-1 Section « Évaluation globale » de la grille ASPC sur l'évaluation de la qualité des études primaires

Conclusion globale		
15. Synthétisez les résultats de l'évaluation critique et remplissez le tableau de synthèse des données probantes. Veuillez noter que vous ne pouvez pas formuler une recommandation en fonction d'une seule étude.		
a) Déterminer la force du plan d'étude (voir « Sélectionner le plan d'étude » au début de cet outil)		
☐ Forte	☐ Modérée	☐ Faible
b) Décision relative à la qualité de l'étude Examinez les classements que vous avez attribués aux éléments 2 à 12 à évaluer et définissez le classement approprié pour la qualité.		
☐ Élevée	☐ Moyenne	☐ Faible
Classez la qualité dans la catégorie ÉLEVÉE si vous avez attribué un classement fort à la plupart des éléments à évaluer, voire tous, et qu'aucun élément n'était faible. En plus, il n'y a pas d'importants obstacles à la validité interne de l'étude ni à la capacité de tirer une conclusion quant à l'association claire entre l'exposition et le résultat étudié.		
Classez la qualité dans la catégorie MOYENNE si les éléments 4 et/ou 11 ont été classés au moins dans la catégorie modérée et que les autres éléments à évaluer classés comme étant faibles ou modérés ne suffisent pas à compromettre la validité interne de l'étude. Aussi, ces autres éléments ne doivent pas compromettre la capacité de tirer une conclusion selon laquelle il y a probablement une association entre l'exposition et le résultat étudié.		
Classez la qualité dans la catégorie FAIBLE si les éléments 4 et/ou 11 ont été classés dans la catégorie faible ou si d'autres éléments classés dans cette catégorie suffisent à compromettre la capacité d'exclure d'autres explications quant aux constatations et de tirer une conclusion relative à l'association entre l'exposition et le résultat étudié.		
c) Décision relative au caractère direct des données probantes		
☐ Direct	☐ Extrapolation	

¹⁴ Note : L'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de santé publique du Canada contient 15 questions. La synthèse porte uniquement sur les questions qui ont été utilisés pour évaluer le critère de robustesse et de généralisabilité lors de l'appréciation de la preuve. Les grilles complétées pour les 48 études primaires sont disponibles sur demande.

Tableau B-2 Évaluation de la qualité des études primaires sur les variables modératrices

Études 1^{er} auteur Année	Force du plan d'étude (q15a)	Puissance et taille de l'échantillon (q12)	Qualité de l'étude (q15b)	Caractère direct des données probantes (q15c)	Généralisation des résultats (q13)
Abbing 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Alon 2022	Forte	Forte	Élevée	Direct	Forte
Arndt 2020	Modérée	Forte	Élevée	Direct	Forte
Asher 2019	Faible	Forte	Faible	Direct	Forte
A Tjak 2020	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Berg 2019	Forte	Modérée	Moyenne	Direct	Forte
Brenninkmeijer 2019	Modérée	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Callan 2020	Modérée	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Cientanni 2019	Faible	Forte	Faible	Direct	Forte
Coudray 2019	Modérée	Forte	Faible	Direct	Modérée
Delgadillo 2020	Modérée	Forte	Élevée	Direct	Forte
El Morr 2020	Forte	Forte	Élevée	Direct	Forte
Firth 2020	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Gili 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Gonzalez-Blanch 2021	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Haddad 2019	Forte	Modérée	Moyenne	Direct	Forte
Kladnitski 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Külz 2019	Forte	Forte	Élevée	Direct	Modérée
Lenton-Brym 2019	Forte	Forte	Faible	Direct	Forte
Lindergaard 2020	Modérée	Faible	Faible	Direct	Forte
Listunova 2020	Modérée	Modérée	Élevée	Direct	Forte

Études 1^{er} auteur Année	Force du plan d'étude (q15a)	Puissance et taille de l'échantillon (q12)	Qualité de l'étude (q15b)	Caractère direct des données probantes (q15c)	Généralisation des résultats (q13)
Lopez-Gomez 2019	Forte	Forte	Élevée	Direct	Modérée
MacLean 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Marker 2019	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
McDevitt-Petrovic 2020	Forte	Forte	Faible	Direct	Forte
Mesri 2020	Forte	Forte	Faible	Direct	Forte
Moberg 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Nair 2019	Forte	Forte	Élevée	Direct	Forte
Newman 2019	Forte	Forte	Élevée	Direct	Forte
Nicholas 2019	Modérée	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Poulin 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Powell 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Probst 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Reins 2019	Forte	Forte	Élevée	Direct	Forte
Ritzert 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Robinson 2020	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Salomonsson 2019	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Schwart 2019	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Segal 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Solomonov 2019	Modérée	Modérée	Moyenne	Direct	Forte
Stjerneklar 2019	Faible	Forte	Élevée	Direct	Forte
Steketee 2019	Modérée	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Stevenson 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Strauss 2019	Faible	Modérée	Moyenne	Direct	Modérée

Études 1^{er} auteur Année	Force du plan d'étude (q15a)	Puissance et taille de l'échantillon (q12)	Qualité de l'étude (q15b)	Caractère direct des données probantes (q15c)	Généralisation des résultats (q13)
Sunde 2019	Faible	Modérée	Moyenne	Direct	Forte
Toth 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Von Brachel 2019	Faible	Forte	Faible	Direct	Forte
Yew 2021	Faible	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Zagorscak 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Zang 2019	Faible	Forte	Élevée	Direct	Modérée

Tableau B-3 Évaluation de la qualité des études primaires sur les variables médiatrices

Études 1^{er} auteur Année	Force du plan d'étude (q15a)	Puissance et taille de l'échantillon (q12)	Qualité de l'étude (q15b)	Caractère direct des données probantes (q15c)	Généralisation des résultats (q13)
Akeman 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Barber 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Coyne (a) 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Coyne (b) 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Modérée
Gallagher 2020	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Hofheinz 2020	Forte	Forte	Forte	Direct	Forte
Kivity 2021	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Lafrenière 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Lindergaard 2020	Modérée	Faible	Faible	Direct	Forte
Rubel 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Santoft 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Stevenson 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Forte
Zilcha-Mano 2019	Forte	Forte	Moyenne	Direct	Faible

ANNEXE C

Description des études primaires retenues

Tableau C-1 Description des études primaires pour les variables modératrices

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Abbing 2019 Pays-Bas	Habiletés cognitives; régulation des émotions; sévérité des symptômes	N = 59 ECR ¹⁶ Moyenne	Adultes (44 ans) 100 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Art thérapie Comparateur : Liste d'attente	Pratique privée 10 à 12 séances 7,5 à 12 heures
Alon 2022 Israël	Âge de survenue; comorbidité	N = 60 ECR Élevée	Adultes (40 ans) 33 % femmes Trouble de stress post- traumatique	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur le contrôle de l'attention (ACT) Intervention 2 : Autosoin guidé basé sur la modification des biais (ABM)	Domicile ou autre 8 modules Durée NR ¹⁷
Arndt 2020 Allemagne	Sévérité des symptômes; adhésion au traitement	N = 134 ECAA ¹⁸ Moyenne	Adultes (36 ans) 64 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ¹⁹ Comparateur : Personnes en clinique externe sur la liste d'attente	Domicile ou autre 8 modules Durée NR

¹⁵ Lorsque non précisé, l'intervention a été offerte en présence et en format individuel.

¹⁶ ECR : Essai contrôlé randomisé.

¹⁷ NR : Non rapporté.

¹⁸ ECAA : Étude comparative avant-après.

¹⁹ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

1^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Asher 2019 Israël	Genre	N = 1010 ENCAA ²⁰ Faible	Adultes (32 ans) 47 % femmes Trouble d'anxiété sociale	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : TCC de groupe Comparateur : Aucun	Établissement de santé et de services sociaux 18 séances 27 heures
A Tjak 2020 Pays-Bas	Style d'attachement	N = 99 ENCAA Moyenne	Adultes % femmes NR Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC de groupe Intervention 2 : Thérapie d'acceptation et d'engagement de groupe	Établissement de santé et de services sociaux 8 à 20 séances 6 à 18 heures
Berg 2019 Scandinavie	Niveau de connaissances	N = 71 ECR Moyenne	Adolescents/tes (17 ans) 94 % adolescentes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Domicile ou autre 8 modules, rétroaction écrite, 9 contacts par clavardage 4,5 heures pour le clavardage Durée des modules NR
Brenninkmeijer 2019 Pays-Bas	Perception d'efficacité personnelle; sévérité des symptômes	N = 168 ECAA Moyenne	Adultes (41 ans) 60 % femmes Troubles mentaux courants	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de retour au travail combinée à la TCC Intervention 2 : TCC	Établissement de santé et de services sociaux 12 séances Durée NR

²⁰ ENCAA : Étude non comparative avant-après.

1^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Callan 2020 États-Unis	Adhésion au traitement	N = 128 ENCAA Moyenne	Adultes (42 ans) 62,5 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : TCC Comparateur : Aucun	Contexte d'intervention multiples 16 à 20 séances Durée NR
Cientanni 2019 Écosse	Genre; âge; scolarité; statut socio-économique; sévérité des symptômes; chronicité; traitements antérieurs ou concomitants	N = 1158 ENCAA Faible	Adultes (40 ans) 68 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Aucun	Domicile ou autre 8 modules 8 heures
Coudray 2019 États-Unis	Perception d'efficacité personnelle; sévérité des symptômes	N = 923 ECAA Faible	Adultes (18 à 21 ans) 67 % femmes Symptômes de stress	Niveau : Prévention sélective Intervention : Autosoin non guidé basé sur la gestion du stress Comparateur : Liste d'attente ou informations fournies sur le stress	Domicile ou autre Fréquence et durée NR
Delgadillo 2020 Royaume-Uni	Genre; âge; statut d'emploi; statut socio-économique; statut matrimonial; condition physique; sévérité des symptômes; chronicité; traitements antérieurs ou concomitants; attentes et préférences; traitement optimal	N = 1435 Cas- témoins Élevée	Adultes (40 ans) 64 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de counseling Intervention 2 : TCC	Établissement de santé et de services sociaux 12 et 20 séances Durée NR
El Morr 2020 Canada	Condition physique	N = 160 ECR Élevée	Adultes (23 ans) 79 % femmes	Niveau : Prévention sélective Intervention : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	Domicile ou autre 12 modules, 8 vidéoconférences,

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
			Symptômes de dépression ou d'anxiété	Comparateur : Liste d'attente	forums de discussion avec pairs Durée de 5,5 heures
Firth 2020 Royaume-Uni	Statut d'emploi; sévérité des symptômes; adhésion au traitement	N = 2071 ENCAA Moyenne	Adultes (43 ans) 62 % femmes Symptômes de dépression ou d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC Comparateur : Aucun	Établissement de santé et de services sociaux 6 séances 9 à 12 heures
Gili 2020 Espagne	Adhésion au traitement	N = 221 ECR Moyenne	Adultes (45 ans) 78 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Intervention 3 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique Comparateur : Suivi usuel	Établissement de santé et de services sociaux 4 modules + 1 séance d'information de groupe en présence 4 à 5,5 heures
Gonzalez- Blanch 2021 Espagne	Genre; âge; scolarité; statut d'emploi; statut matrimonial; sévérité des symptômes; comorbidités; traitements antérieurs ou concomitants	N = 1061 ENCAA Moyenne	Adultes (43 ans) 81 % femmes Symptômes de dépression ou d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention transdiagnostique de groupe Comparateur : Suivi usuel	Établissement de santé et de services sociaux 7 séances 10,5 heures
Haddad 2019 États-Unis	Attentes ou préférence	N=100 ECR Moyenne	Personnes âgées (72 ans) 27 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de groupe de pleine conscience basée sur la réduction du stress (MBSR)	Établissement universitaire 8 séances

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
			Trouble dépressif ou anxieux	Intervention 2 : Intervention d'éducation psychologique de groupe	et ½ journée de retraite de méditation (Int. 1) Durée NR
Kladnitski 2020 Australie	Adhésion au traitement	N = 158 ECR Moyenne	Adultes (39 ans) 86 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Intervention 3 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience combinée et sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 6 modules Durée NR
Külz 2019 Allemagne	Âge de survenue; sévérité des symptômes; chronicité; comorbidités; traitements antérieurs ou concomitants	N=125 ECR Élevée	Adultes (39 ans) 62 % femmes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience de groupe (MBCT) Intervention 2 : Intervention de groupe d'éducation psychologique	Établissement universitaire 8 séances 16 heures
Lenton-Brym 2019 Canada	Ambivalence/résistance au changement	N = 85 ECR Faible	Adultes (33 ans) 88 % femmes Trouble d'anxiété généralisée	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Entretien motivationnel de groupe combiné à la TCC Intervention 2 : TCC de groupe	Établissement universitaire 15 séances 12,5 heures
Lindergraad 2020	Ambivalence/résistance au changement	N = 36 ECAA	Adultes (43 ans) 69 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Domicile ou autre 9 modules avec contacts en ligne

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Suède		Faible	Trouble d'anxiété sociale	Intervention 2 : Autosoin guidé basé sur la thérapie psychodynamique	2,5 heures de contacts
Listunova 2020 Allemagne	Genre; âge; scolarité; statut d'emploi; statut matrimonial; sévérité des symptômes; chronicité; expériences négatives antérieures; traitements antérieurs ou concomitants; modalités de traitement; adhésion au traitement	N = 62 ENCAA Élevée	Adultes (46 ans) 76 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive Comparateur : Aucun	Établissement de santé et de services sociaux 12 à 15 modules 14,5 à 17,5 heures
Lopez-Gomez 2019 Espagne	Traitements antérieurs ou concomitants; traitement optimal	N = 128 ECR Élevée	Adultes (52 ans) 100 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de groupe basée sur la psychologie positive Intervention 2 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC	Établissement de santé et de services sociaux 10 séances 20 heures
MacLean 2020 Canada	Adhésion au traitement	N = 95 ECR Moyenne	Adultes (44 ans) 70 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 9 modules + 12 contacts téléphoniques Durée des modules NR 6 à 12 heures pour les contacts
Marker 2019 Australie	Ambivalence/résistance au changement; adhésion au traitement	N = 58 ENCAA Faible	Adultes (32,5 ans) 48 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Intervention transdiagnostique de groupe Comparateur : Aucun	Établissement universitaire 12 séances

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
					24 heures
McDevitt- Petrovic 2020 Irlande	Genre; statut d'emploi; chronicité; comorbidité; traitements antérieurs ou concomitants	N = 253 ENCAA Faible	Adultes (38 ans) 60 % femmes Symptômes de dépression ou d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention basée sur les principes de la TCC Comparateur : Aucun	Milieux de cliniques variés Moyenne de 6 séances Durée NR
Mesri 2020 États-Unis	Genre	N = 66 ECR Élevée	Adultes (35 ans) 59 % femmes Trouble anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC de groupe Intervention 2 : TCC de groupe avec exposition aux situations d'agoraphobie	Établissement universitaire 16 séances 24 heures
Moberg 2019 États-Unis	Traitements antérieurs ou concomitants	N=500 ECR Moyenne	Adultes (30 ans) 75 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 10 activités Durée NR
Nair 2019 Australie	Genre; âge; relations interpersonnelles/familiales; âge de survenue; sévérité des symptômes; comorbidité	N = 72 ECR Élevée	Adolescents (14 ans) 46 % adolescentes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC en présence Intervention 2 : TCC par téléphone	Établissement de santé et de service sociaux ou à domicile 14 séances et contacts avec les parents 10,5 à 14 heures
Newman	Chronicité; comorbidité	N = 66	Adultes (37 ans)	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Contexte NR

1^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
2019 États-Unis		ECR Élevée	64 % femmes Trouble d'anxiété généralisée	Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Intervention de relaxation appliquée Intervention 3 : Counseling	12 séances 14 heures
Nicholas 2019 États-Unis	Genre; condition physique; niveau de connaissances; perception d'efficacité personnelle; sévérité des symptômes; comorbidité; traitements antérieurs ou concomitants; attentes/préférences	N = 151 ECAA Moyenne	Adultes (33 ans) 75 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC par téléphone	Domicile ou autre Intervention 1 80 modules + 20 contacts téléphoniques 9 à 14 heures Intervention 2 : 20 séances 20 heures
Poulin 2019 Canada	Sévérité des symptômes; ambivalence/résistance au changement	N = 85 ECR Moyenne	Adultes (33 ans) 88 % femmes Trouble d'anxiété généralisée	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Entretien motivationnel de groupe combiné à la TCC Intervention 2 : TCC de groupe	Établissement de santé et de services sociaux 15 séances 12,5 heures
Powell 2020 Royaume-Uni	Sévérité des symptômes	N=2122 ECR Moyenne	Adultes (37 ans) 80 % femmes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 6 modules Durée NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Probst 2020 Autriche	Relations interpersonnelles/familiales	N = 71 ECR Moyenne	Adultes (50 ans) 62 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC combinés aux principes de la thérapie interpersonnelle, en format mixte Intervention 2 : Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), en format mixte	Établissement de santé et de services sociaux 10 et 9 séances 20 heures pour les séances de groupe
Reins 2019 Allemagne	Traitements antérieurs ou concomitants	N=131 ECR Élevée	Adultes (42 ans) 76 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Domicile ou autre Pour Int. 1 : 6 à 9 modules avec rétroaction écrite 3h à 4.5 heures Int. 2 : Fréquence et durée NR
Ritzert 2019 États-Unis	Genre; âge; styles d'attachement; sévérité des symptômes; adhésion au traitement	N = 503 ECR Moyenne	Adultes (38 ans) 78 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 3 parties d'un livre et exercices sur CD Durée NR
Robinson 2020 Royaume-Uni	Diagnostic et types de symptômes; traitements antérieurs ou concomitants	N = 113 503 Cas- témoins Moyenne	Adultes (39 ans) 65,5 % femmes Troubles mentaux courants	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC	Domicile ou établissement de santé et de services sociaux Environ 8 et 20 séances Durée NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Salomonsson 2019 Suède	Âge; scolarité; statut d'emploi; statut matrimonial; qualité de vie; âge de survenue; sévérité des symptômes; comorbidité; expériences négatives antérieures; attentes ou préférences; caractéristiques de l'intervenant; adhésion au traitement	N=396 ENCAA Moyenne	Adultes (37 ans) 72 % femmes Trouble mental courant	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basée sur les principes de la TCC Comparateur : Aucun	Domicile et établissement de santé et de services sociaux Durée des lectures NR 1 à 1,5 heures (pour les 2 séances en présence)
Schwartz 2019 États-Unis	Attentes/préférences; ambivalence/résistance au changement; adhésion au traitement	N = 71 ENCAA Moyenne	Adultes (39 ans) 56 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Comparateur : Aucun	Établissement universitaire 24 séances 18 heures
Segal 2020 Israël	Habiletés cognitives; âge de survenue; sévérité des symptômes	N = 60 ECR Moyenne	Adultes (42 ans) 65 % femmes Trouble de stress post- traumatique	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur le contrôle de l'attention, personnalisé Intervention 2 : Autosoin guidé basé sur le contrôle de l'attention, non personnalisé	Domicile ou autre 6 modules Durée NR
Solomonov 2019 États-Unis	Modalités de traitement	N – 48 ENCAA Moyenne	Personnes âgées (72 ans) 67 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Activation comportementale Comparateur : Aucun	Établissement universitaire 9 séances 6 à 7 heures
Stevenson 2019	Adhésion au traitement	N = 119 ECR	Adultes (29 ans) 77 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	Domicile ou autre 14 modules

1 ^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
Australie		Moyenne	Trouble d'anxiété sociale	Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	1 à 3,5 heures
Stjerneklar 2019 Scandinavie	Genre; âge; niveau de connaissances; âge de survenue; sévérité des symptômes; caractéristiques de l'intervenant; adhésion au traitement	N=70 ECR Élevée	Adolescents (15 ans) 79 % adolescentes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre 8 modules avec contacts téléphoniques 7 heures
Steketee 2019 États-Unis	Genre; âge; scolarité; habiletés cognitives; sévérité des symptômes; chronicité; comorbidité traitements antérieurs ou concomitants	N=359 ECAA Moyenne	Adultes (36 ans) 60 % femmes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Exposition/ prévention de la réponse Intervention 2 : Restructuration cognitive Intervention 3 : Exposition + restructuration cognitive	Établissement de santé et de services sociaux Fréquence et durée NR
Strauss 2019 Israël	Régulation des émotions	N = 29 ENCAA Moyenne	Adultes (35 ans) 62 % femmes Trouble de panique avec agoraphobie	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Comparateur : Population universitaire générale	Établissement universitaire 11 à 13 séances Durée NR
Sunde 2019 Norvège	Genre; âge; statut d'emploi; statut matrimonial; habiletés cognitives; sévérité des symptômes; comorbidité	N = 40 ENCAA Moyenne	Adultes (44 ans) 78 % femmes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC de groupe Comparateur : Aucun	Établissement de santé et de services sociaux 12 séances 30 heures
Toth 2020	Expériences négatives antérieures; adhésion au traitement	N = 174 ECR	Adolescents (14 ans) 100 % adolescentes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Thérapie interpersonnelle	Selon la préférence du participant

1^{er} Auteur Année Pays	Variable modératrice investiguée	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes ou adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention¹⁵ Type de comparateur	Lieu d'intervention Nombre de séances/modules Durée d'intervention
États-Unis		Moyenne	Troubles dépressifs	Intervention 2 : Counseling	14 séances 14 heures
Von Brachel 2019 Allemagne	Genre; âge; sévérité des symptômes; comorbidité	N = 475 ENCAA Faible	Adultes (40 ans) 60 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Comparateur : Aucun	Établissement universitaire Moyenne de 50 séances
Yew 2021 Australie	Caractéristiques de l'intervenant; modalités de traitement; adhésion au traitement	N = 50 ENCAA Moyenne	Adultes (39 ans) 76 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Comparateur : Aucun	Établissement universitaire 15 séances Durée NR
Zagorscak 2020 Allemagne	Attentes ou préférences; modalités de traitement	N = 1089 ECR Moyenne	Adultes (46 ans) 66 % femmes Troubles dépressifs	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC (rétroaction semi standardisée) Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC (rétroaction standardisée)	Domicile ou autre 7 modules avec rétroaction personnalisée ou standardisée Durée NR
Zang 2019 États-Unis	Âge; expériences négatives antérieures; comorbidité; sévérité des symptômes; compétence de l'intervenant	N = 96 ECAA Moyenne	Adultes (32 ans) 100 % femmes Trouble de stress post- traumatique	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC avec exposition Intervention 2 : TCC avec exposition et restructuration cognitive Comparateur : Liste d'attente	Établissement universitaire ou centre communautaire 9 à 12 séances 13,5 à 24 heures

Tableau C-2 Description des études primaires pour les variables médiatrices

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Condition clinique Âge moyen % femmes	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ²¹ Comparateur Nombre de séances d'intervention	Médiateurs investigués	
				Procédure thérapeutique	Processus thérapeutique
Akeman 2020 États-Unis	N = 306 ECAA Modérée	Symptômes d'anxiété ou dépression 19 ans 58 % femmes	Niveau : Prévention sélective Intervention : Programme de résilience bref offert en classe Comparateur : Orientation scolaire usuelle Nombre séances : 4 séances		• Régulation des émotions • Habiletés cognitives et de pleine conscience
Barber 2020 États-Unis	N = 138 ECR Modérée	Trouble panique 39 ans 62 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Thérapie psychodynamique axée sur la panique Nombre séances : 24 séances		• Fonction réflexive spécifique à la panique • Interprétations erronées des sensations corporelles
Coyne 2019a (549) Canada	N = 85 ECR Modérée	Trouble d'anxiété généralisée 33 ans 88 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Entretien motivationnel combiné à de la TCC Intervention 2 : TCC Nombre séances : 15 séances		• Résistance aux directives de l'intervenant • Observance des directives de l'intervenant
Coyne 2019b (472) Canada	N = 85 ECR Modérée	Trouble d'anxiété généralisée 33 ans 88 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Entretien motivationnel combiné à de la TCC Nombre séances : 15 séances	• Qualité de l'alliance thérapeutique	• Problèmes interpersonnels

²¹ Lorsque non précisé, l'intervention a été offerte en présence et en format individuel.

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Condition clinique Âge moyen % femmes	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ²¹ Comparateur Nombre de séances d'intervention	Médiateurs investigués	
				Procédure thérapeutique	Processus thérapeutique
Gallagher 2020 États-Unis	N = 223 ECR Modérée	Trouble anxieux 31 ans 56 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC de nature transdiagnostique Intervention 2 : TCC protocole spécifique au trouble d'anxiété Comparateur : Liste d'attente Nombre séances : 16 séances		• Espoir
Hofheinz 2020 Allemagne	N = 75 ECR Élevée	Trouble dépressif 50 ans 72 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention brève basée sur la restructuration cognitive offerte en format mixte Intervention 2 : Intervention brève basée sur la pleine conscience offerte en format mixte Nombre séances : 3 séances		• Pensées automatiques • Attitudes dysfonctionnelles
Kivity 2021 Israël	N = 50 ECR Modérée	Trouble d'anxiété sociale 28 ans 44 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Programme de modification des biais d'attention (PMBA) Nombre séances : TCC : 20 séances; PMBA : 8 séances	• Qualité de l'alliance thérapeutique • Alliance précoce (séance 4)	
Lafrenière 2019 États-Unis	N = 51 ECR Modérée	Trouble d'anxiété généralisée 18 ans et plus 84 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basée sur l'analyse fonctionnelle (journal des inquiétudes) Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'auto-observation (journal des pensées) Nombre séances : Tenu d'un journal sur une période de 30 jours		• Croyance dans l'incapacité à contrôler son inquiétude

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Condition clinique Âge moyen % femmes	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ²¹ Comparateur Nombre de séances d'intervention	Médiateurs investigués	
				Procédure thérapeutique	Processus thérapeutique
Lindegaard 2020 Suède	N = 36 ECAA Faible	Trouble d'anxiété sociale 43 ans 69 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la thérapie psychodynamique Intervention 2 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Nombre séances : 9 chapitres à lire et devoirs	Alliance précoce (séance 3)	
Rubel 2019 Suisse	N = 57 ECR Modérée	Trouble d'anxiété généralisée 44 ans 75 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC (conforme au manuel) Intervention 2 : TCC (application flexible selon les forces de la personne) Intervention 3 : TCC (comme intervention 2 + 2 séances avec une personne significative) Nombre séances : 15 séances	Qualité de l'alliance thérapeutique	
Santoft 2019 Suède	N = 82 ECR Modérée	Trouble de l'adaptation 44 ans 84 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de retour au travail basée sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC Nombre séances : TCC+RT : 10 séances TCC : entre 9 et 13 séances	Qualité de l'alliance thérapeutique	- Qualité du sommeil - Activation comportementale - Compétence perçue
Stevenson 2019 Australie	N = 119 ECR Modérée	Trouble d'anxiété sociale 29 ans 77 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive Nombre séances : 14 modules étalés sur 2 semaines		Activation du système d'apaisement et de réconfort

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Condition clinique Âge moyen % femmes	Niveau d'intervention Sous-classe d'intervention ²¹ Comparateur Nombre de séances d'intervention	Médiateurs investigués	
				Procédure thérapeutique	Processus thérapeutique
Zilcha-Mano 2019 États-Unis	N = 241 ECR Modérée	Troubles mentaux courants 42 ans 65 % femmes	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Thérapie interpersonnelle brève Intervention 2 : TCC Nombre séances : 30 séances	Bris dans l'alliance thérapeutique	Gains soudains dans l'alliance

ANNEXE D

Liste des modérateurs

Tableau D-1 Liste des modérateurs

Modérateurs pris en compte dans les analyses multivariées	
1 ^{er} auteur Année	Modérateurs
Abbing 2019a	▪ Âge ▪ Chronicité des symptômes d'anxiété ▪ Niveau de scolarité ▪ Présence de troubles comorbides
Abbing 2019b	Fonctions exécutives cognitives et comportementales au pré-traitement : ▪ Autosurveillance ▪ Contrôle émotionnel ▪ Flexibilité cognitive ▪ Inhibition ▪ Initiation ▪ Mémoire de travail ▪ Monitoring de la tâche ▪ Planification/organisation matérielle
Arndt 2020	▪ Attentes envers le traitement ▪ Degré d'accord et de satisfaction envers les objectifs thérapeutiques ▪ Efficacité personnelle ▪ Fonctionnement global ▪ Niveau de scolarité
A-Tjak 2020	▪ Anxiété relationnelle ▪ Estime de soi relationnelle ▪ Qualité de vie ▪ Sévérité des symptômes de dépression
Callan 2019	▪ Adhésion aux devoirs ▪ Fonctionnement social ▪ Genre ▪ Satisfaction et qualité de vie ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut d'emploi ▪ Style d'attribution
Cientanni 2019	▪ Âge ▪ Chronicité des symptômes ▪ Genre ▪ Identification à des groupes sociaux ▪ Indice de défavorisation socio-économique ▪ Niveau de scolarité ▪ Sévérité de la détresse psychologique ▪ Traitement pharmacologique concomitant (antidépresseurs)

Modérateurs pris en compte dans les analyses multivariées	
Coudray 2019	▪ Contrôle perçu sur les stressseurs actuels ▪ Sévérité de la détresse psychologique
Delgadillo 2020	▪ Âge ▪ Attentes envers le traitement ▪ Chronicité des symptômes ▪ Dépression récurrente ▪ Genre ▪ Indice de défavorisation socio-économique ▪ Limitations physiques ▪ Niveau de fonctionnement ▪ Présence de troubles comorbides ▪ Sévérité des symptômes d'anxiété ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut d'emploi ▪ Traitement pharmacologique concomitant (antidépresseurs) ▪ Traitement psychologique antérieur
El Morr 2020	▪ Accessibilité à des services de counseling ▪ Âge ▪ Condition physique ▪ Genre ▪ Langue principale (anglais) ▪ Statut matrimonial ▪ Statut d'emploi
Firth 2020	▪ Âge ▪ Genre ▪ Indice de similarité socio-économique ▪ Nombre de participants par groupe d'intervention ▪ Sévérité des symptômes d'anxiété ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut d'emploi
Gili 2020	▪ Adhésion au traitement ▪ Âge ▪ Genre
Külz 2019	▪ Âge ▪ Chronicité des symptômes ▪ Genre ▪ Niveau de scolarité ▪ Présence de comorbidité ▪ Sévérité des symptômes obsessifs-compulsifs ▪ Statut matrimonial ▪ Statut d'emploi ▪ Traitement pharmacologique concomitant ▪ Traitement psychologique concomitant
Lopez-Gomez 2019	▪ Affects négatifs et positifs ▪ Âge ▪ Conditions médicales ▪ Croissance personnelle ▪ Genre ▪ Pensées automatiques ▪ Présence de troubles comorbides

Modérateurs pris en compte dans les analyses multivariées	
	▪ Problèmes psychosociaux et environnementaux ▪ Relations positives ▪ Satisfaction envers la vie ▪ Sévérité des symptômes d'anxiété ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut matrimonial ▪ Statut d'emploi ▪ Traitement pharmacologique antérieur
MacLean 2020	▪ Adhésion au traitement ▪ Âge ▪ Genre
McDevitt-Petrovic 2020	▪ Âge ▪ Âge de survenue ▪ Conditions médicales ▪ Expériences négatives antérieures ▪ Genre ▪ Présence de troubles comorbides ▪ Risque suicidaire ▪ Sévérité des symptômes d'anxiété ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut d'emploi ▪ Traitement pharmacologique concomitant ▪ Traitement psychologique antérieur et concomitant
Mesri 2020	▪ Âge ▪ Âge de survenue ▪ Chronicité des symptômes ▪ Genre ▪ Niveau de scolarité ▪ Sévérité de l'évitement ▪ Sévérité des symptômes de panique ▪ Traitement pharmacologique antérieur et concomitant
Newman 2019	▪ Âge ▪ Chronicité des symptômes de dépression et d'anxiété ▪ Présence de comorbidité ▪ Sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété
Salomonsson 2019	▪ Âge ▪ Âge de survenue ▪ Antécédents familiaux ▪ Attentes et crédibilité envers le traitement ▪ Niveau de scolarité ▪ Présence de comorbidité ▪ Qualité de vie ▪ Sévérité des symptômes ▪ Statut matrimonial et familial ▪ Statut d'emploi ▪ Stresseurs de vie majeurs
Segal	▪ Biais d'attention envers les menaces ▪ Perceptions de menaces ▪ Sévérité des symptômes de stress post-traumatique ▪ Temps depuis le trauma

Modérateurs pris en compte dans les analyses multivariées	
Toth 2020	▪ Âge de l'adolescente ▪ Niveau de scolarité des parents ▪ Nombre et type de maltraitance ▪ Présence d'un trouble d'anxiété comorbide ▪ Revenu familial ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut matrimonial ▪ Symptômes de dépression
Von Brachel 2019	▪ Âge ▪ Genre ▪ Nombre de séances complétées ▪ Présence de troubles comorbides ▪ Risque suicidaire ▪ Sévérité des symptômes de dépression
Yew 2021	▪ Compétences de l'intervenant ▪ Perception des devoirs et de leurs conséquences ▪ Niveau de scolarité ▪ Sévérité des symptômes de dépression ▪ Statut matrimonial
Zang 2019	▪ Âge ▪ Présence de trouble comorbides (dépression et alcool) ▪ Niveau de scolarité ▪ Sévérité des symptômes de stress post-traumatique ▪ Statut matrimonial ▪ Statut d'emploi ▪ Type et historique de traumatismes

ANNEXE E

Résultats sur les variables modératrices et la réponse au traitement

Tableau E-1 Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
GENRE				
Asher 2019	En présence; groupe 18 séances hebdomadaires, 27 heures	Adultes Trouble anxiété sociale TCC ²³	- Comparativement aux hommes, les femmes avec un trouble d'anxiété sociale présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété et de dépression à la suite d'une TCC de groupe. - Plus de femmes que d'hommes (25.5% vs 19.6%) présentent une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété à la suite d'une TCC de groupe.	p < 0,007 p = 0,031
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules, 8 heures	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation entre le genre et la réponse au traitement.	Ns ²⁴
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns

²² Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

²³ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

²⁴ NS : Non significatif.

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12-14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Listunova 2020	En ligne/en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
McDevitt-Petrovic 2020	En présence; individuel 6 séances en moyenne	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Mesri 2020	En présence; groupe 16 séances de 90 min. Sur 16 semaines	Adultes Trouble panique avec ou sans agoraphobie TCC	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Nair 2019	En présence ou téléphone; mixte : individuel/familial	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
	14 séances de 45 - 60 min. Sur 17 semaines	TCC		
Nicholas 2019	En ligne ou au téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min. + 4 modules de 25 min. /sem. + un contact de 10-15 min./sem. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel 1 livre de 19 chapitres Sur 12 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
Stjerneklar 2019	En ligne et au téléphone; individuel 8 modules, 7 heures	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les filles avec un trouble anxieux présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que les garçons.	d = 0,38 r = 0,18 p < 0,05
Sunde 2019	En présence; mixte : groupe/familial	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
	12 séances de 150 min. 12 semaines	TCC		
Von Brachel 2019	En présence; individuel 52 séances en moyenne	Adultes Trouble dépressif TCC	Pas de relation significative entre le genre et la réponse au traitement.	Ns
ÂGE				
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules, 8 heures	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	Les adultes plus âgés sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une TCC ou du counseling que les adultes moins âgés.	TCC d = 0,12 p < 0,05 Counseling d = 0,23 p < 0,05
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12 - 14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Listunova 2020	En ligne/en établissement Format mixte : en individuel/groupe 12 - 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Nair 2019	En présence ou au téléphone; Format mixte : individuel/familial 14 séances de 45 – 60 min. Sur 17 semaines	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel 1 livre de 19 chapitres Sur 12 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Salomonsson 2019	En personne et bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Stjerneklar 2019	En ligne et au téléphone; individuel 8 modules, 7 heures	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Sunde 2019	En présence; Format mixte : groupe/familial 12 séances hebdomadaires de 150 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
Von Brachel 2019	En présence; individuel 52 séances en moyenne	Adultes Trouble dépressif TCC	Les adultes moins âgés présentent une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs à la suite d'une TCC que les adultes plus âgés.	p < 0,01
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique TCC axée sur l'exposition seule ou combinée à la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre l'âge et la réponse au traitement.	Ns
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules de 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le niveau de scolarité et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12-14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Pas de relation significative entre le niveau de scolarité et la réponse au traitement.	Ns
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre le niveau de scolarité et la réponse au traitement.	Ns
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre le niveau de scolarité et la réponse au traitement.	Ns
Salomonsson 2019	En personne et bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	- Les adultes avec un diplôme collégial ou universitaire ont plus de chance d'être en rémission en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec un diplôme secondaire ou des études primaires seulement (47% vs 32% vs 20%). - Pas de relation significative entre le niveau de scolarité et une amélioration cliniquement significative au post-traitement.	RC ²⁵ = 1,37 d = 0,17 p < 0,05 Ns

²⁵ RC : Rapport de cotes.

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	- Les adultes plus scolarisés sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de TOC en réponse à une intervention de restructuration cognitive que les adultes moins scolarisés. - Cette relation n'est pas observée chez les adultes qui ont reçu une intervention d'exposition seule ou combinée à la restructuration cognitive.	d = 0,54 p < 0,05 Ns
STATUT D'EMPLOI				
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	Les adultes en emploi sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une TCC ou à du counseling que les adultes sans emploi.	TCC d = 0,26 p < 0,05 Counseling d = 0,19 p < 0,05
Firth 2020	En présence; groupe 6 séances de 90 - 120 min.	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Les adultes en emploi présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété et de dépression à la fin du traitement que les personnes sans emploi.	p < 0,05
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12-14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	- Les adultes en emploi présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété et de dépression à la fin du traitement que les personnes en congé de maladie temporaire ou permanent. - Pas de différence significative entre les adultes en emploi et ceux sans emploi et en recherche d'emploi.	d = 1,25 p < 0,001 Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre la situation d'emploi et la réponse au traitement.	Ns
McDevitt-Petrovic 2020	En présence; individuel 6 séances en moyenne	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	- Les adultes en emploi sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une intervention basée sur les principes de la TCC que les adultes sans emploi. - Pas de différence significative sur les symptômes de dépression.	d = 0,55 p < 0,05 Ns
Salomonsson 2019	En personne et bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la situation d'emploi et la réponse au traitement.	Ns
Sunde 2019	En présence; Format mixte : en groupe/familial 12 séances hebdomadaires de 150 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre la situation d'emploi et la rémission au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE				
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules de 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Les personnes moins défavorisées présentent moins de détresse psychologique en réponse à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC que les personnes plus défavorisées.	d = 0,41 p < 0,05
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes résidants dans des quartiers moins défavorisés sur le plan socio-économique sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une thérapie cognitivo-comportementale que les adultes de quartiers plus défavorisés. - À l'inverse, les adultes vivant dans des quartiers plus défavorisés socio-économiquement sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression à la suite d'une intervention de <i>counseling</i> que ceux de quartiers plus favorisés.	d = 0,12 p < 0,05 d = 0,15 p < 0,05
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre le statut socio-économique et la réponse au traitement que ce soit sur les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress ou sur les compétences personnelles.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
STATUT MATRIMONIAL				
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12-14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Les adultes qui sont en couple présentent une plus grande amélioration de leurs symptômes d'anxiété que ceux qui sont célibataires.	p < 0,05
Listunova 2020	En ligne en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre le statut matrimonial et la réponse au traitement.	Ns
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre le statut matrimonial et la réponse au traitement que ce soit sur les symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress ou sur les compétences personnelles.	Ns
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la situation matrimonial ou familial (avec/sans enfants) et la réponse au traitement.	Ns
Sunde 2019	En présence; Format mixte : groupe/familial 12 séances hebdomadaires de 150 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre le statut matrimonial et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²² /Résultat	Taille d'effet
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique TCC axée sur l'exposition seule ou combinée à la restructuration cognitive	pas de relation significative entre le statut matrimonial et la réponse à une TCC chez des adultes avec un TSPT.	Ns

Tableau E-2 Relation entre les compétences personnelles et la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²⁶ /Résultat	Taille d'effet
QUALITÉ DE VIE				
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ²⁷	Les adultes avec un niveau de qualité de vie moindre ont moins de chance de présenter une diminution de leurs symptômes de dépression en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que les adultes avec un faible niveau de qualité de vie.	d = 0,19 p < 0,05
NIVEAU DE CONNAISSANCES				
Berg 2019	En ligne; individuel 8 modules + 4,5 heures de clavardage	Adolescents Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adolescents/tes avec une dépression avec des connaissances plus élevées en santé mentale présentent une diminution moindre de leurs symptômes en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux et celles avec moins de connaissances en santé mentale.	r = -0,38 p < 0,05
Nicholas 2019	En ligne ou téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min. + un contact de 10-15 min/sem. Ou 20 séances téléphoniques de 45 - 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC au téléphone	Pas de relation significative entre le niveau de confort en informatique et la réponse au traitement.	Ns ²⁸

²⁶ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

²⁷ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

²⁸ NS : Non significatif.

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²⁶ /Résultat	Taille d'effet
	Sur 20 semaines			
Stjerneklar 2019	En ligne et téléphone; individuel 8 modules + contact téléphonique (total de 7 heures)	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adolescents/tes avec un trouble anxieux avec un haut niveau de confort en informatique présentent une diminution moindre de leurs symptômes en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux et celles avec un niveau de confort moins élevé.	d = -0,49 p < 0,05
PERCEPTION D'EFFICACITÉ PERSONNELLE				
Brenninkmeijer 2019	En présence; individuel 12 séances	Adultes Trouble mental courant TCC ou Intervention de retour au travail combinée à la TCC	- Les adultes un haut niveau de confiance initial dans leur capacité à retourner au travail, retournent travailler à temps plein 79 jours plus tôt que ceux avec un faible niveau de confiance à la suite d'une intervention de retour au travail combinée à de la TCC. - Les adultes avec un haut niveau de confiance initial dans leur capacité à retourner au travail qui ont reçu une intervention de retour au travail combinée à la TCC, retournent travailler à temps plein 56 jours plus tôt que ceux avec un haut niveau de confiance qui ont reçu une TCC régulière. - Pas de relation significative entre le niveau de confiance initial à retourner au travail et la réponse au traitement pour le retour au travail à temps partiel.	HR ²⁹ = 1,80 d = 0,30 p < 0,01 HR = 2,62 d = 0,50 p < 0,01 Ns
Coudray 2019	En ligne; individuel Aucune information	Adultes À risque de présenter des symptômes de stress	Les jeunes adultes avec un niveau de contrôle perçu élevé sur les stressors présents dans leur environnement, scolaire notamment, présentent une diminution moindre de leurs symptômes de stress et	79 ^e percentile et moins

²⁹ HR : Hazard ratio

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²⁶ /Résultat	Taille d'effet
		Autosoin non guidé basé sur la gestion du stress	d'anxiété au post-traitement que ceux avec un niveau de contrôle perçu faible à modéré.	
Nicholas 2019	En ligne ou téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + un contact de 10-15 min/sem. Ou 20 séances téléphoniques de 45 - 60 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC au téléphone	Pas de relation significative entre la capacité perçue à gérer le stress et la réponse au traitement principes de la TCC chez des adultes avec un trouble dépressif.	Ns
HABILETÉS COGNITIVES				
Abbing 2019b	En présence; individuel 10 - 12 séances de 45 – 60 min.	Adultes Trouble anxieux Art thérapie	- Pas de relation significative entre les fonctions exécutives liées à l'aisance à passer d'une tâche/situation à l'autre et l'organisation matérielle et la réponse au traitement d'art-thérapie chez des femmes présentant un trouble anxieux. - Les femmes ayant un niveau de contrôle de l'inhibition sur le plan attentionnel moindre présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété à la suite d'une intervention d'art-thérapie.	Ns $r = 0,42$ $p < 0,05$
Segal 2020	En ligne; individuel 6 modules	Adultes Trouble de stress post-traumatique	Pas de relation significative entre les biais d'attention liés à la menace et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ²⁶ /Résultat	Taille d'effet
	Sur 6 semaines	Autosoins guidé basé sur le contrôle de l'attention avec rétroaction standardisée ou personnalisée	Pas de relation significative entre l'interférence émotionnelle et la réponse au traitement.	Ns
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	Pas de relation significative entre le type de croyances (responsabilité/menace, importance/contrôle des pensées, perfectionnisme/certitude) et la réponse au traitement.	Ns
Sunde 2019	En présence; Format mixte : groupe/familial 12 séances de 150 min. Sur 12 semaines	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre le type de schémas précoces dysfonctionnels et la réponse au traitement.	Ns
RÉGULATION DES ÉMOTIONS				
Abbing 2019a	En présence; individuel 10 à 12 séances de 45 – 60 min.	Adultes Trouble anxieux Art thérapie	- Les adultes avec une plus grande capacité de régulation émotionnelle ont une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à de l'art thérapie que ceux avec une capacité moindre. - Variance expliquée pour l'ensemble des variables incluses dans le modèle = 23,5 %.	r = 0,25 p = 0,017
Strauss 2019	En présence; individuel 12 séances	Adultes Trouble panique avec agoraphobie TCC	Pas de relation significative entre la régulation émotionnelle au pré-traitement et la réponse au traitement.	Ns

Tableau E-3 Relation entre les facteurs interpersonnels et la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³⁰ /Résultat	Taille d'effet
RELATIONS INTERPERSONNELLES/ FAMILIALES				
Nair 2019	En présence ou téléphone; Format mixte : individuel/familial 14 séances de 45 – 60 min. Sur 17 semaines	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif TCC ³¹	- Les adolescents qui ont plus de problèmes relationnels avec leurs pairs présentent une plus grande diminution de leurs symptômes obsessionnels-compulsifs à la suite d'une TCC offerte au téléphone. - Cette relation n'est pas observée chez les adolescents qui ont reçu une TCC en présence.	d = 0,92 p < 0,05 Ns³²
			- Les adolescents/tes avec un niveau d'accommodement familial (face aux rituels ou évitement) plus élevé selon la mère présentent des symptômes obsessionnels-compulsifs plus sévères à la suite d'une TCC offerte au téléphone ou en présence que ceux et celles avec un niveau d'accommodement familial moindre. - Cette relation n'est pas observée selon l'accommodement familial tel que rapporté par le père.	d = 0,98 p < 0,05 Ns
Probst 2020	En présence; Format mixte : individuel/groupe 9 - 10 séances de 150 min. Sur 10 semaines	Adultes Trouble dépressif Intervention basée sur les principes de la TCC et de la thérapie interpersonnelle ou Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)	- Les adultes plus vindicatifs et égocentriques ont une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs lorsqu'ils sont traités avec une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) que lorsqu'ils sont traités avec une intervention basée sur les principes de la TCC et de la thérapie interpersonnelle. - Les adultes qui sont moins assertifs ont une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs lorsqu'ils sont	p < 0,05

³⁰ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

³¹ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

³² NS : Non significatif.

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³⁰ /Résultat	Taille d'effet
			traités avec une intervention basée sur les principes de la TCC et de la thérapie interpersonnelle que lorsqu'ils sont traités avec une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT).	p < 0,01
STYLES D'ATTACHEMENT				
A Tjak 2020	En présence; groupe 8 à 20 séances de 45 - 55 min. Sur 30 semaines	Adultes Trouble dépressif Thérapie d'acceptation et d'engagement ou TCC	- Les adultes qui ont un style d'attachement plus évitant présentent une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une thérapie d'acceptation et d'engagement ou une TCC de groupe que ceux qui ont un style d'attachement moins évitant. - Pas de relation significative entre le style d'attachement anxieux et la réponse au traitement. - Pas de relation entre le style d'attachement sur l'amélioration de la qualité de vie.	r = 0,44 p = 0,001 Ns Ns
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel 1 livre de 19 chapitres Sur 12 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement	Pas de relation significative entre un évitement expérientiel et la réponse au traitement sur les symptômes d'anxiété, de dépression et la qualité de vie.	Ns

Tableau E-4 Relation entre le profil clinique et la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
DIAGNOSTIC/TYPE DE SYMPTÔMES				
Moberg 2019	En ligne; individuel 10 activités/modules	Adultes Symptômes anxiété dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC ³⁴ et de la pleine conscience	Pas de relation significative entre la présence d'un diagnostic de dépression ou d'anxiété et la réponse au traitement sur les symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress ou les compétences personnelles.	Ns ³⁵
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel 1 livre de 19 chapitres Sur 12 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement	Pas de relation significative entre la présence d'un diagnostic et la diminution des symptômes d'anxiété, de dépression et la qualité de vie au post-traitement.	Ns
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le type de troubles et la réponse au traitement chez des adultes présentant un trouble de l'adaptation, d'anxiété sociale ou généralisée ou alors un trouble dépressif une fois la scolarité, la qualité de vie, l'âge de survenue et le nombre de séances complétées pris en compte dans les analyses multivariées.	Ns
AGE DE SURVENUE				
Alon 2022	En ligne; individuel	Adultes	Les adultes dont le temps écoulé depuis le trauma est plus récent présentent une plus grande diminution de	p < 0,05

³³ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

³⁴ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

³⁵ NS : Non significatif.

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
	8 modules, 2 fois semaines Sur 4 semaines	Trouble de stress post-traumatique Autosoins guidé basé sur la modification des biais d'attention ou basé sur le contrôle de l'attention	leurs symptômes lorsqu'ils sont traités avec un autosoins guidé basé sur le contrôle de l'attention (ACT) que lorsqu'ils sont traités avec un autosoins guidé basé sur les biais d'interprétation. • Cette relation n'est pas observée chez les adultes dont le temps écoulé depuis le trauma est plus lointain.	Ns
Külz 2019	En présence; groupe 8 séances de 60 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT ³⁶) ou intervention basée sur l'éducation psychologique	• Pas de relation significative entre l'âge d'apparition des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Nair 2019	En présence ou au téléphone; Format mixte : individuel/familial 14 séances de 45-60 min. Sur 17 semaines	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif TCC	• Pas de relation significative entre l'âge d'apparition des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoins guidé basé sur les principes de la TCC	• Pas de relation significative entre l'âge d'apparition des symptômes et la réponse au traitement.	Ns

³⁶ MBCT: Mindfulness-based Cognitive Therapy

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Segal 2020	En ligne; individuel 6 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble de stress post- traumatique Autosoins guidé basé sur le contrôle de l'attention avec rétroaction standardisée ou personnalisée	Pas de relation significative entre le temps écoulé depuis le trauma et la réponse au traitement.	Ns
Stjerneklar 2019	En ligne et au téléphone; individuel 8 modules (7 heures en tout)	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de TCC	Pas de relation significative entre l'âge d'apparition des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES				
Abbing 2019a	En présence; individuel 10 - 12 séances de 60 min.	Adultes Trouble anxieux Art thérapie	Les adultes avec des symptômes plus sévères au pré-traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété à la suite d'une intervention d'art thérapie que ceux avec des symptômes moins sévères.	r = 0,38 p < 0.0001
Arndt 2020	En ligne; individuel 8 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adultes avec des symptômes plus sévères au pré-traitement présentent une moins grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec des symptômes moins sévères.	r = 0,19 p = 0,022
Brenninkmeijer 2019	En présence; individuel 12 séances	Adultes Trouble mental courant TCC seule ou combinée à une intervention de retour au travail	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules de 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Les adultes avec un niveau de détresse initial plus élevé présentent moins de détresse psychologique à la suite d'un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec un niveau de détresse initial moins élevé.	d = 1,29 p < 0,001
Coudray 2019	En ligne; individuel Aucune information	Adultes À risque de présenter des symptômes de stress Autosoin non guidé basé sur la régulation émotionnelle	Les adultes avec un niveau de détresse psychologique initial plus élevé présentent une plus grande diminution de leurs symptômes, de stress, d'anxiété et de dépression à la suite d'un autosoin non guidé basé sur la régulation émotionnelle que ceux avec un niveau de détresse initial moins élevé.	d = 0,27 d = 0,24 d = 0,23 p < 0,05
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes avec des symptômes plus sévères sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à une TCC ou à du counseling que les adultes avec des symptômes moins sévères. - Les adultes avec un meilleur niveau de fonctionnement initial sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à une TCC ou à du counseling que ceux avec un niveau de fonctionnement plus faible.	TCC d = 0,44; p < 0,05 Counseling d = 0,20; p < 0,05 TCC d = 0,15; r = 0,075 p < 0,05 Counseling d = 0,42; r = 0,21 p < 0,05
Firth 2020	En présence; groupe 6 séances de 90 - 120 min.	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Les adultes avec des symptômes plus sévères au pré-traitement présentent une moins grande diminution de leurs symptômes de dépression et d'anxiété en réponse à une intervention basée sur les principes de la TCC que ceux avec des symptômes moins sévères.	p < 0,05

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Gonzalez- Blanch 2021	En présence; groupe T : 10,5h 7 séances de 90 min. Sur 12 - 14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Les adultes avec des symptômes de dépression et d'anxiété plus sévères au pré-traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes en réponse à une intervention transdiagnostique que ceux avec des symptômes moins sévères.	p < 0,005
Külz 2019	En présence; groupe 8 séances de 60 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) ou basée sur l'éducation psychologique	Les adultes avec des symptômes plus sévères présentent une moins grande diminution de leurs symptômes en réponse à une intervention de groupe basée sur la pleine conscience combinée à de la TCC ou basée sur l'éducation psychologique que ceux avec des symptômes moins sévères.	p = 0,047
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Mesri 2020	En présence; de groupe 16 séances de 90 min. Sur 16 semaines	Adultes Trouble anxieux TCC ou TCC avec exposition aux situations d'agoraphobie	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes d'évitement et la réponse au traitement.	Ns
Nair 2019	En présence ou au téléphone; Format mixte : individuel/familial 14 séances de 45 - 60 min. Sur 17 semaines	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre la présence d'antécédents familiaux de TOC et la réponse au traitement.	Ns Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
			Pas de relation significative entre la présence de symptômes de dépression chez les parents et la réponse au traitement.	
Nicholas 2019	En ligne ou au téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + 1 contact de 10-15 min/sem. OU 20 séances de 45 - 60 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC au téléphone	Les adultes avec des symptômes plus sévères sont plus susceptibles de nécessiter une intervention de TCC de plus haute intensité à la suite d'un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec des symptômes moins sévères.	d = 0,40 p < 0,05
Poulin 2019	En présence; individuel 15 séances de 45 min. Sur 15 semaines	Adultes Trouble d'anxiété généralisée TCC seule ou combinée à de l'entretien motivationnel	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Powell 2019	En ligne; individuel 6 modules	Adultes Symptômes anxiété sociale dans la zone clinique Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Les adultes avec des symptômes plus sévères présentent une plus grande diminution de leurs symptômes en réponse à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC que ceux avec des symptômes moins sévères.	p = 0,01
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel Un livre de 19 chapitres 12 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement	Pas de relation significative entre le niveau de sensibilité à l'anxiété et la réponse au traitement sur les symptômes d'anxiété, de dépression ou la qualité de vie.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; Individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Segal 2020	En ligne; individuel 6 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble de stress post- traumatique Autosoins guidés basés sur la modification des biais d'interprétation avec rétroaction standardisée ou personnalisée	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Stjerneklar 2019	En ligne et au téléphone; individuel 8 modules (7 heures en tout)	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adolescents/tes avec des symptômes dépressifs et anxieux plus sévères présentent une plus grande diminution de leurs symptômes anxieux en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux et celles avec des symptômes moins sévères.	d = 0,42 p < 0,05
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	- Les adultes avec des symptômes moins sévères sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à une intervention basée sur la restructuration cognitive que ceux avec des symptômes plus sévères. - Cette relation n'est pas observée chez les adultes qui ont reçu une intervention basée sur l'exposition seulement ou l'exposition combinée à de la restructuration cognitive.	d = 0,67 p < 0,01 Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Sunde 2019	En présence; Format mixte : groupe/familial 12 séances de 150 min. Sur 12 semaines	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et la réponse au traitement.	Ns
Von Brachel 2019	En présence; individuel 52 séances en moyenne	Adultes Trouble dépressif TCC	- Les adultes avec des symptômes plus sévères présentent une moins grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une TCC que ceux avec des symptômes moins sévères. - Les adultes avec des idées suicidaires présentent une moins grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une TCC que les adultes sans idées suicidaires.	p < 0,001 p < 0,01
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique TCC axée sur l'exposition ou combinée à la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes de stress post-traumatique au pré-traitement et la réponse à la TCC.	Ns
CHRONICITÉ				
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules de 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le nombre d'année depuis l'apparition des symptômes dépressifs et la réponse au traitement sur le niveau de détresse psychologique.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³⁷ /Résultat	Taille d'effet
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes avec une dépression majeure plus chronique sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du counseling que ceux avec une dépression majeure moins chronique. - Cette relation n'est pas observée chez les personnes traitées avec une TCC.	d = 0,14 p < 0,05 Ns
Külz 2019	En présence : groupe 8 séances de 60 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) ou basée sur l'éducation psychologique	Pas de relation significative entre la durée du trouble et la réponse au traitement.	Ns
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/ groupe 12 - 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	- Les adultes avec une dépression plus chronique (16 ans en moyenne) sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à un autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive que ceux avec une dépression moins chronique (5 ans en moyenne). - Pas de relation significative entre le nombre d'épisodes dépressifs ou hospitalisations antérieures et la réponse au traitement.	d = 1,43 p = 0,002 Ns
McDevitt-Petrovic 2020	En présence; individuel 6 séances en moyenne	Adultes Symptômes anxiété et dépression dans la zone clinique	Les adultes dont les symptômes remontent à 5 ans et plus sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative sur leurs	RC ³⁷ : 3,75 d = 0,72 p = 0,04

³⁷ RC: Rapport de cotes

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
		Intervention basée sur les principes de la TCC	symptômes de dépression que ceux dont les symptômes remontent à moins de 5 ans. Pas de relation significative entre la durée des symptômes et la réponse au traitement sur les symptômes d'anxiété.	Ns
Newman 2019	En personne; individuel 12 séances de 60 - 90 min. 2 fois par semaine	Adultes Trouble d'anxiété généralisée TCC ou relaxation appliquée ou counseling	- Les adultes avec un trouble de plus longue durée présentent une moins grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une TCC ou à du counseling que ceux avec un trouble de plus courte durée. - Pas de relation significative entre la durée du trouble et la réponse à une intervention axée sur la relaxation appliquée.	p < 0,05 Ns
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	Pas de relation significative entre la durée du trouble et la réponse au traitement.	Ns
COMORBIDITÉ				
Alon 2022	En ligne; individuel 8 modules, 2 fois semaines Sur 4 semaines	Adultes Trouble de stress post-traumatique Autosoin guidé basé sur la modification des biais d'attention ou basé sur le contrôle de l'attention	- Les adultes sans dépression comorbide présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de TSPT en réponse à l'un ou l'autre des autosoins guidés que ceux avec une dépression comorbide. - Pas de relation significative entre un trouble anxieux comorbide et la réponse au traitement.	d = 0,55 p < 0,01 Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes avec une dépression et des symptômes d'anxiété plus élevés sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du counseling que ceux avec des symptômes d'anxiété moindres. - Cette relation n'est pas observée chez les adultes qui ont reçu de la TCC.	d = 0,10 r = 0,05 p < 0,05 Ns
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12-14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Les adultes avec des symptômes de dépression et d'anxiété comorbides présentent une plus grande diminution de leurs symptômes en réponse à une intervention transdiagnostique que ceux avec des symptômes d'anxiété ou de dépression seulement.	p = 0,002 p = 0,025
Külz 2019	En présence; groupe 8 séances de 60 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) ou basée sur l'éducation psychologique	Pas de relation significative entre la comorbidité et la réponse au traitement.	Ns
McDevitt-Petrovic 2020	En présence; individuel 6 séances en moyenne	Adultes Symptômes anxiété et dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	- Les adultes avec des symptômes comorbides sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une intervention basée sur les principes de la TCC que ceux sans symptômes comorbides. - Pas de relation significative entre les symptômes comorbides et la réponse au traitement sur les symptômes de dépression.	RC = 2,57 d = 0,52 p < 0,05 Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Nair 2019	En présence ou au téléphone; Format mixte : individuel/familial 14 séances de 45 – 60 min. Sur 17 semaines	Adolescents Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre la présence de symptômes émotionnels, d'hyperactivité ou de la conduite comorbides et la réponse au traitement.	Ns
Newman 2019	En personne; individuel 12 séances de 60 – 90 min. 2 fois par semaine	Adultes Trouble d'anxiété généralisée TCC ou relaxation appliquée ou counseling	- Les adultes avec des symptômes de dépression comorbides plus sévères au pré-traitement présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une TCC que ceux avec des symptômes de dépression moins sévères. - Pas de relation entre la sévérité des symptômes de dépression comorbides et la réponse à une intervention de relaxation appliquée ou du counseling.	p < 0,05 Ns
Nicholas 2019	En ligne ou au téléphone; Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + 1 contact de 10-15 min/sem. OU 20 séances de 45 - 60 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC	Pas de relation significative entre la présence de symptômes d'anxiété comorbides et la réponse au traitement.	Ns
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la présence de troubles comorbides et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	- Les adultes avec des symptômes dépressifs comorbides plus sévères ont une diminution moindre de leurs symptômes obsessionnel et compulsifs à la suite d'une intervention d'exposition que les adultes avec des symptômes dépressifs comorbides moins sévères. - Pas de relation significative entre la présence de symptômes dépressifs comorbides et la réponse à une intervention de restructuration cognitive ou une intervention d'exposition combinée à de la restructuration cognitive.	d = 0,76 p < 0,05 Ns
Sunde 2019	En présence; Format mixte : groupe/familial 12 séances de 150 min. Sur 12 semaines	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif TCC	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes dépressifs comorbides et la réponse au traitement.	Ns
Von Brachel 2019	En présence; individuel 52 séances en moyenne	Adultes Trouble dépressif TCC	Pas de relation significative entre la présence de troubles comorbides et la réponse au traitement.	Ns
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique TCC axée sur l'exposition seule ou combinée à la restructuration cognitive	- Les adultes avec un trouble comorbide d'abus de substance (alcool) ont une moins bonne réponse à la TCC. - Les adultes avec un trouble dépressif en comorbidité ont une meilleure réponse à la TCC.	RC = 0,15 p < 0,05 RC = 5,82 p < 0,05
EXPÉRIENCES NÉGATIVES ANTÉRIEURES				

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Les adultes qui ont vécu moins de traumatismes à l'enfance sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à un autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive que ceux ayant vécu un plus grand nombre de traumatismes.	p < 0,05
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; Individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la présence de stressseurs majeurs et la réponse au traitement.	Ns
Toth 2020	En présence; individuel 14 séances de 60 min. Sur 16 – 20 semaines	Adolescentes Trouble dépressif Thérapie interpersonnelle ou counseling	- Les adolescentes qui ont vécu deux ou trois types de maltraitance présentent une moins grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une thérapie interpersonnelle ou à du counseling que celles ayant vécu un type de maltraitance ou sans histoire de maltraitance. - Les adolescentes avec une histoire d'abus sexuel présentent une moins grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une thérapie interpersonnelle ou à du counseling que celles sans histoire d'abus sexuel.	p < 0,001 p < 0,001
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique	- pas de relation significative entre une histoire de trauma et la réponse à TCC chez des adultes avec un TSPT. - Les adultes avec un vécu de violence interpersonnelle ont une moins bonne réponse à la TCC.	Ns RC= 0,05 p= 0,022

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ³³ /Résultat	Taille d'effet
		TCC axée sur l'exposition seule ou combinée à la restructuration cognitive		
CONDITION PHYSIQUE				
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes avec des limitations physiques sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à une TCC que les adultes ne présentant pas de limitations physiques - Les adultes avec des limitations physiques sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du counseling que les adultes sans limitations physiques.	d = 0,20 p < 0,05 d = 0,17 p < 0,05
El Morr 2020	En ligne; individuel 12 modules de 3 -12 min. 3 fois/semaine + 8 vidéoconférences	Adultes À risque de présenter des symptômes anxiété ou dépression Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	Les jeunes adultes qui se considèrent en bonne santé physique présentent une meilleure réponse à un autosoin guidé basé sur la pleine conscience que ceux qui se considèrent en moins bonne santé physique.	r = 0,55 p ≤ 0,001
Nicholas 2019	En ligne ou au téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + 1 contact de 10-15 min/sem. OU 20 séances de 45 - 60 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC au téléphone	Pas de relation significative entre l'état de santé général et la réponse au traitement.	Ns

Tableau E-5 Relation entre les caractéristiques de l'intervention et la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
TRAITEMENTS ANTÉRIEURS OU CONCOMITANTS				
Cientanni 2019	En ligne; individuel 8 modules de 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC ³⁹	Les adultes faisant usage d'antidépresseurs présentent moins de détresse psychologique à la suite d'un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC que ceux n'en faisant pas usage.	p < 0,05
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes avec un trouble dépressif qui ne font pas usage d'antidépresseurs sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du counseling que les adultes en faisant usage. - Cette relation n'est pas observée en réponse à une TCC.	d = 0,32 p < 0,05 Ns
Gonzalez-Blanch 2021	En présence; groupe 7 séances de 90 min. Sur 12 - 14 semaines	Adultes Symptômes anxiété ou dépression dans la zone clinique Intervention transdiagnostique	Les adultes ne faisant pas usage de médication présentent moins de symptômes de dépression et d'anxiété en réponse à une intervention transdiagnostique que ceux en faisant usage.	p < 0,05
Külz 2019	En présence; groupe 8 séances de 60 min.	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT ⁴⁰) ou	Pas de relation significative entre un traitement psychologique concomitant et la réponse au traitement.	Ns ⁴¹

³⁸ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

³⁹ TCC: Thérapie cognitivo-comportementale.

⁴⁰ MBCT: *Mindfulness-based Cognitive Therapy*.

⁴¹ NS : Non significatif.

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
		basée sur l'éducation psychologique		
Listunova 2020	En ligne et en établissement); Format mixte : individuel/groupe 12 - 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre un traitement psychologique antérieur ou concomitant et la réponse au traitement.	Ns
Lopez-Gomez 2019	En présence; groupe 10 séances de 120 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Intervention basée sur les principes de la TCC ou basée sur la psychologie positive	Les adultes traitées antérieurement avec un antidépresseur présentent une moins grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une intervention basée sur les principes de la TCC ou la psychologie positive que ceux sans traitement antérieur aux antidépresseurs.	p < 0,05
McDevitt- Petrovic 2020	En présence; individuel 6 séances en moyenne	Adultes Symptômes anxiété et dépression dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	- Les adultes médicamenteux sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une intervention basée sur les principes de la TCC que les adultes non médicamenteux. - Les adultes qui reçoivent une intervention basée sur les principes de la TCC offerte en présence en parallèle à un autre traitement, comme du <i>counseling</i>, une thérapie occupationnelle, une classe de pleine conscience ou autres, sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression que ceux ne recevant pas d'autre traitement.	RC ⁴² = 2,59 d = 0,53 p < 0,05 RC= 5,90 d = 0,97 p < 0,05

⁴² RC : Rapport de cotes

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
Nicholas 2019	En ligne ou au téléphone; individuel Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + 1 contact de 10-15 min/sem. OU 20 séances de 45 - 60 min. Sur 20 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC	Pas de relation significative entre un traitement psychologique ou pharmacologique dans les 3 mois précédents la participation à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC et la réponse au traitement.	Ns
Reins 2019	En ligne; individuel 6 à 9 modules de 30 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou basé sur l'éducation psychologique	- Les adultes qui n'ont jamais suivi de thérapie présentent une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC qu'en réponse à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. - Cette relation n'est pas observée chez les adultes qui ont suivi une thérapie dans le passé.	d = 0,82 p < 0,05 Ns
Robinson 2020	En ligne; en individuel Environ 8 séances Ou en présence; individuel Environ 20 séances	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC	Pas de relation significative entre la participation à un autosoin guidé avant une TCC offerte en présence et la réponse au traitement.	Ns
Steketee 2019	En présence; individuel Aucune information	Adultes Trouble obsessionnel-compulsif Restructuration cognitive ou exposition/prévention de la réponse ou combinaison des deux	Pas de relation significative entre la prise d'antidépresseurs et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
ATTENTE/ PRÉFÉRENCES / CRÉDIBILITÉ ENVERS LE TRAITEMENT				
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	- Les adultes qui ont des attentes moins élevées envers le traitement sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative en réponse à du counseling que les adultes ayant des attentes plus élevées. - Cette relation n'est pas observée en réponse à une TCC.	d = 0,17 p < 0,05 Ns
Haddad 2019	En présence; groupe 8 séances	Personnes âgées Trouble anxieux ou dépressif Pleine conscience basée sur la réduction du stress ou éducation psychologique	- Pas de relation significative entre les attentes des participants et la réponse au traitement. - Pas de relation significative entre la crédibilité perçue du traitement et la réponse au traitement.	Ns Ns
Lindergaard 2020	En ligne; individuel 9 chapitres de livre + contact de 15 min./semaine Sur 10 semaines	Adultes Trouble d'anxiété sociale Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou basé sur la thérapie psychodynamique	Pas de relation significative entre la force de la préférence pour une approche théorique ou l'autre et la réponse au traitement.	Ns
Nicholas 2019	En ligne ou par téléphone Contact initial de 30 – 40 min + 4 modules de 25 min./sem. + 1 contact de 10-15 min/sem. OU 20 séances de 45 - 60 min.	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou TCC au téléphone	Les adultes qui ont reçu un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC mais qui avaient manifesté une préférence pour de la TCC sont moins susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes et de nécessiter une intervention de plus haute intensité que ceux qui n'avaient pas manifesté de préférence ou avaient manifesté une préférence pour l'autosoin guidé (36 % vs 18 %).	r = 0,20 p = 0,048

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
	Sur 20 semaines			
Salomonsson 2019	En personne + bibliothérapie; Individuel 1 livre 2 séances de 30-45 min. Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre les adultes qui jugent le traitement plus crédible comparativement à ceux qui jugent ce traitement moins crédible.	RC= 1,032 p = 0,009
Schwartz 2019	En présence; en individuel 24 séances de 45 min. 2 séances par semaine Sur 12 semaines	Adultes Trouble de panique TCC	Pas de relation significative entre les attentes envers le traitement et la réponse au traitement.	Ns
Zagorscak 2020	En ligne; individuel 7 modules	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC avec rétroaction standardisée ou personnalisée	Pas de relation significative entre les attentes envers le traitement et la réponse au traitement.	Ns
MOTIVATION / AMBIVALENCE / RÉSISTANCE AU CHANGEMENT				
Lenton-Brym 2019	En présence; individuel 15 séances de 45 min. Sur 15 semaines	Adultes Trouble d'anxiété généralisée TCC seule ou combinée à l'entretien motivationnel	Les adultes avec une plus grande disponibilité au changement présentent un niveau d'inquiétude et de symptômes d'anxiété généralisée moindres en réponse à une TCC seule ou combinée à de l'entretien motivationnel que les adultes avec une moins disponibilité au changement.	r = -0,30 r = -0,59 p < 0,05

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
			Pas de relation significative entre le niveau d'ambivalence au changement et la réponse au traitement.	Ns
Marker 2019	En présence; groupe 12 séances de 120 min.	Adultes Trouble anxieux Intervention transdiagnostique	- Les adultes avec un discours en faveur du changement à la première séance présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une intervention transdiagnostique que ceux avec un discours traduisant de l'ambivalence/résistance au changement. - Pas de relation significative entre la motivation auto-rapportée à la première séance et la réponse au traitement.	$r_{\text{partiel}} = 0,34$ $r_{\text{partiel}} = 0,41$ $p = 0,005$ Ns
Poulin 2019	En présence; individuel 15 séances de 45 min. Sur 15 semaines	Adultes Trouble d'anxiété généralisée TCC seule ou combinée à l'entretien motivationnel	Les adultes avec un niveau plus élevé d'ambivalence/résistance au changement présentent une moins grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à une TCC seule ou combinée à l'entretien motivationnel que ceux avec un niveau moins élevé d'ambivalence/résistance au changement.	$r = 0,45$ $r^2 = 21 \%$ $p < 0,05$
Schwartz 2019	En présence 24 séances de 45 min. 2 séances par semaine Sur 12 semaines	Adultes Trouble de panique TCC	Pas de relation significative entre la résistance hostile en début d'intervention et la réponse au traitement.	Ns
CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENANT				
Stjerneklar 2019	En ligne et au téléphone; individuel 8 modules (7 heures en tout)	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre l'alliance thérapeutique mesurée à la semaine 4 (sur un total de 14) et la réponse au traitement.	Ns

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
Zang 2019	En présence; individuel 9 à 12 séances hebdomadaires de 90 à 120 min.	Adultes Trouble de stress post- traumatique TCC axée sur l'exposition seule OU combinée à la restructuration cognitive	30,4% des personnes avec un vécu de violence interpersonnelle qui ont reçu la TCC par des experts ont eu une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de stress post-traumatique comparativement à 12,1% pour celles traitées par des non-experts en TCC.	
MODALITÉS DE TRAITEMENT				
Listunova 2020	En ligne et en établissement; Format mixte : individuel/groupe 12 à 15 modules de 60 min. Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre les domaines d'entraînement à des tâches d'attention, de mémoire et planification et la réponse au traitement.	Ns
Solomonov 2019	En présence; individuel 9 séances de 40-45 min.	Personnes âgées Trouble dépressif Activation comportementale	Pas de relation significative entre l'implication dans des activités interpersonnelles, sociales ou solitaires et la réponse au traitement.	Ns
Zagorscak 2020	En ligne; individuel 7 modules	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé ou autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le type de rétroaction et la réponse au traitement.	Ns
TRAITEMENT OPTIMAL				
Delgadillo 2020	En présence; individuel 20 séances de TCC 12 séances de counseling	Adultes Trouble dépressif TCC ou counseling	La TCC est le traitement identifié comme étant plus optimal pour les adultes qui ne présentent pas de limitations physiques, ne vivent pas dans des zones défavorisées et ont des symptômes dépressifs moins sévères.	$r^2 = 9\%$

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
			- Le counseling est le traitement identifié comme étant plus optimal pour les adultes avec des limitations physiques, vivant dans des zones défavorisées, avec une dépression plus chronique, qui ne prennent pas d'antidépresseurs, ont de faibles attentes envers le traitement, un niveau plus élevé de symptômes anxieux comorbides et un meilleur niveau de fonctionnement global. réponse au traitement. - Les adultes qui ont reçu le traitement optimal sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative que les adultes n'ayant pas reçu le traitement optimal (62.5% vs 41.7%).	$r^2 = 13\%$ RC = 2,33 $p < 0,001$
Lopez-Gomez 2019	En présence; groupe 10 séances de 120 min. Sur 10 semaines	Adultes Trouble dépressif Intervention basée sur la TCC ou la psychologie positive	- Les interventions de groupe basées sur la psychologie positive ou sur la TCC se sont avérées d'efficacité comparable. Cependant, et sur la base des six modérateurs significatifs incluent dans l'algorithme : - L'intervention de groupe basée sur la psychologie positive a été identifiée comme étant le traitement optimal pour 73% des femmes avec une dépression clinique, et l'intervention basée sur la TCC, le traitement optimal pour 27% d'entre elles. - Les femmes pour lesquelles l'intervention de groupe basée sur la psychologie positive a été identifiée comme étant le traitement optimal avaient des troubles mentaux et physiques comorbides, avaient été traitées antérieurement avec des antidépresseurs, et avaient un niveau plus élevé de pensées négatives et de croissance personnelle. - Les femmes pour lesquelles l'intervention de groupe basée sur la TCC a été identifiée	

1 ^{er} Auteur année	Format et modalités de l'intervention	Population Intervention	Type d'analyse ³⁸ /Résultat	Taille d'effet
			comme étant le traitement optimal avaient tendance à ne pas avoir de comorbidité physique ou mentale, à ne pas avoir reçu de traitement antérieur aux antidépresseurs, et à avoir un niveau plus faible de pensées négatives et de croissance personnelle. Les résultats de cette étude indiquent que parmi les femmes pour qui le traitement hypothétique optimal était l'intervention basée sur la psychologie positive, la réponse au traitement était significativement supérieure chez celles ayant reçu ce traitement que chez celles ayant reçu le traitement sous-optimal. Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre les femmes ayant reçu le traitement optimal ou sous-optimal lorsque l'intervention de TCC avait été identifiée comme étant le traitement optimal.	

ANNEXE F

Résultats sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs et la réponse au traitement

Tableau F-1 Influence de l'adhésion sur la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴³ /Résultats	Taille d'effet
Gili 2020	En ligne; format mixte 4 modules de 60 minutes + une séance d'information de groupe en présence	Adultes Trouble dépressif Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique, la psychologie positive ou la pleine conscience	- Les adultes qui ont complété tous les modules de l'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de dépression que ceux qui n'ont pas complété tous les modules de l'autosoin. - Cette relation n'est pas observée chez les adultes ayant participé à l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive ou la pleine conscience.	p = 0,004 Ns⁴⁴
MacLean 2020	En ligne; individuel 9 modules + 12 contacts téléphoniques de 30 à 60 minutes	Adultes Symptômes dépression dans la zone clinique Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ⁴⁵	- Les adultes qui ont complété un plus grand nombre de modules, qui ont eu un plus grand nombre de contacts avec le coach et des contacts de plus longue durée présentent une plus grande diminution de leurs symptômes de dépression que ceux avec un nombre moins élevé de modules et de contacts et des contacts de plus courte durée. - Les adultes qui ont complété 6 modules et plus sont plus susceptibles de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes que ceux qui ont complété 5 modules ou moins (66 % versus 28 %).	p = 0,04 p = 0,02

⁴³ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

⁴⁴ Ns : Non significatif

⁴⁵ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴³ /Résultats	Taille d'effet
Salomonsson 2019	Bibliothérapie; format mixte Chapitres de livre + 2 séances en présence Sur 9 semaines	Adultes Trouble mental courant Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	- Les adultes qui ont assisté aux deux séances en présence offertes dans le cadre d'un autosoin guidé avaient plus de chance de présenter une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de troubles mentaux courants au post-traitement que ceux ayant assisté à une ou aucune de ces séances. - Une relation significative est également rapportée entre le niveau d'adhésion au traitement selon l'intervenant et la réponse au traitement.	RC ⁴⁶ = 0,36 p = 0,001 RC = 3,4 p < .001
Stjerneklar 2019	En ligne; individuel 8 modules avec contacts téléphoniques; 7 heures	Adolescents Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le nombre de modules complétés, le nombre d'appels ou la durée des appels avec l'intervenant et la réponse au traitement.	Ns
Arndt 2020	En ligne; individuel 8 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adultes qui complètent un plus grand nombre de modules et d'exercices de relaxation et d'exposition présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété en réponse à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC que ceux qui complètent un moins grand nombre de modules et d'exercices de relaxation et d'exposition.	p = 0,029 p = 0,002
Yew 2021	15 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Les adultes avec une qualité et quantité de devoirs complétés plus élevées présentent une plus grande diminution de leurs symptômes dépressifs en réponse à une TCC que les adultes avec une qualité et quantité de devoirs complétés moindres.	r = -0,28 r = -0,25 p < 0,05
Ritzert 2019	Bibliothérapie; individuel Sur 12 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie	Les adultes qui rapportent un niveau d'application plus élevé du matériel du livre dans leur vie présentent une plus grande diminution de leurs symptômes d'anxiété et de dépression et une plus grande amélioration de leur qualité de vie en réponse à un autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie d'acceptation et	p = .006 p < .001 p = .001

⁴⁶ RC : Rapport de cotes

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴³ /Résultats	Taille d'effet
		d'acceptation et d'engagement	d'engagement que ceux qui rapportent un niveau d'application moindre Pas de relation significative entre le pourcentage de lecture effectuée et la réponse au traitement.	Ns
Callan 2020	En présence; Individuel 16 à 20 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Les adultes qui complètent la majorité des devoirs tel que planifié sont plus susceptibles d'être en rémission en réponse à une TCC que ceux qui ne complètent pas la majorité des devoirs tel que planifié (46 % vs 28 %).	RC = 2.00 1.12 – 3.56

Tableau F-2 Influence des variables sociodémographiques sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴⁷ /Résultats	Taille d'effet
GENRE				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC ⁴⁸	Pas de relation significative entre le genre et une adhésion adéquate (4 séances et plus).	Ns ⁴⁹
Callan 2019	En présence; individuel 16 à 20 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Les femmes qui ont reçu une TCC ont un niveau d'adhésion aux devoirs plus élevé que les hommes.	RC ⁵⁰ = 2,66
ÂGE				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Les adultes plus âgées sont plus susceptibles de participer à 4 séances et plus d'éducation psychologique et de gestion du stress en groupe que les personnes plus jeunes : 79 % sujets de 62 ans, 71 % sujets de 48 ans; 64 % sujets 34 ans; 56 % sujets de 20 ans.	p < 0,001
Kladnitski 2020	En ligne; Individuel 6 modules	Adultes Trouble anxieux Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique, seule ou combiné à de la pleine conscience, ou basé	Pas de relation significative entre l'âge et le pourcentage d'adultes qui complètent les autosoins non guidés.	Ns

⁴⁷ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

⁴⁸ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

⁴⁹ NS : Non significatif.

⁵⁰ RC : Rapport de cotes.

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴⁷ /Résultats	Taille d'effet
		uniquement sur la pleine conscience		
Toth 2020	En présence; individuel 14 séances, 14 heures sur 4 à 5 mois	Adolescentes Trouble dépressif Thérapie interpersonnelle ou counseling	Pas de relation significative entre l'âge et une adhésion adéquate au traitement (4 séances et plus).	Ns
STATUT D'EMPLOI				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Les adultes en emploi sont plus susceptibles de compléter 4 séances et plus d'éducation psychologique et de gestion du stress en groupe que ceux sans emploi (73 % vs 63 %).	p = 0,001
STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Les adultes avec un indice de défavorisation socio-économique plus élevé présentent sont plus susceptibles de compléter 4 séances et plus que ceux moins défavorisés.	p = 0,008
Toth 2020	En présence; en individuel 14 séances, 14 heures sur 4 à 5 mois	Adolescentes Trouble dépressif Thérapie interpersonnelle ou counseling	Pas de relation significative entre le revenu familial et une adhésion adéquate au traitement (4 séances et plus).	Ns
SCOLARITÉ				
Arndt 2020	En ligne; en individuel 8 modules	Adultes Trouble anxieux	Les adultes plus scolarisés présentent un niveau d'adhésion plus élevé à la relaxation que les adultes moins scolarisés.	p = 0,022

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁴⁷ /Résultats	Taille d'effet
	Sur 6 semaines	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC		

Tableau F-3 Influence du profil clinique sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵¹ /Résultats	Taille d'effet
SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC ⁵²	- Les adultes avec des symptômes dépressifs moins sévères au pré-traitement sont plus susceptibles de compléter 4 séances et plus d'éducation psychologique et de gestion du stress en groupe que ceux avec des symptômes dépressifs plus sévères (79% versus 64%). - Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes anxieux et une adhésion adéquate au traitement.	p = 0,002 Ns ⁵³
Kladnitski 2020	En ligne; Individuel 6 modules	Adultes Trouble anxieux Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique, seule ou combinée à la pleine conscience, ou basé uniquement sur la pleine conscience	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et le pourcentage de personnes qui complètent les autosoins non guidés.	Ns

⁵¹ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

⁵² TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

⁵³ Ns : Non significatif

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵¹ /Résultats	Taille d'effet
Arndt 2020	En ligne; individuel 8 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et l'adhésion aux différentes composantes de la TCC.	Ns
Callan 2019	En présence; individuel 16 à 20 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Pas de relation significative entre la sévérité des symptômes et l'adhésion aux devoirs.	Ns
COMORBIDITÉ				
Kladnitski 2020	En ligne; Individuel 6 modules	Adultes Trouble anxieux Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique, seule ou combiné à la pleine conscience, ou basé uniquement sur la pleine conscience	Pas de relation significative entre la présence de troubles comorbides et le pourcentage de personnes qui complètent les autosoins non guidés.	Ns
Toth 2020	En présence; individuel 14 séances, 14 heures sur 4 à 5 mois	Adolescentes Trouble dépressif Thérapie interpersonnelle ou counseling	- Les adolescentes qui n'ont pas de trouble anxieux comorbide sont plus susceptibles de compléter le traitement que celles avec un trouble anxieux comorbide. - Cette relation est observée uniquement chez les adolescentes avec une histoire d'abus sexuel, mais non chez celles ayant vécu d'autres types de maltraitance.	RC ⁵⁴ = 0.35 p = 0,01

⁵⁴ RC : Rapport de cotes

Tableau F-4 Influence des compétences personnelles sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵⁵ /Résultats	Taille d'effet
COMPÉTENCES PERSONNELLES				
Arndt 2020	En ligne; individuel 8 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	Les adultes avec un niveau d'efficacité personnelle plus élevé présentent une plus grande adhésion à la composante de relaxation que ceux avec un niveau d'efficacité personnelle moins élevé.	p = 0,016
Yew 2021	15 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Les adultes avec une perception plus positive des devoirs et de leurs conséquences complètent un plus grand nombre de devoirs et sont de meilleure qualité que ceux avec des croyances plus négatives.	p < 0.001

⁵⁵ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

Tableau F-5 Influence des caractéristiques liées à l'intervention ou l'intervenant sur l'adhésion au traitement ou aux devoirs

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵⁶ /Résultats	Taille d'effet
MODALITÉS D'INTERVENTION				
Firth 2020	En présence; en groupe 6 séances; 9 à 12 heures	Adultes Symptômes dépression ou anxiété dans la zone clinique Intervention basée sur les principes de la TCC	Pas de relation significative entre le nombre de participants dans le groupe et une adhésion adéquate au groupe d'éducation psychologique et de gestion du stress (4 séances et plus).	Ns
Listunova 2020	En ligne; format mixte; en établissement 12 à 15 modules de 60 minutes Sur 5 semaines	Adultes Trouble dépressif Autosoin guidé basé sur la restructuration cognitive	Pas de relation significative entre le nombre de séances complétées et la réponse à un autosoin basé sur la restructuration cognitive.	Ns
Stevenson 2019	En ligne; individuel 14 modules; 1 à 4.5 heures	Adultes Trouble d'anxiété sociale Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive ou sur la restructuration cognitive	Les adultes ayant participé à l'autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive ont passé plus de temps sur les exercices, ont écrit plus de texte et complété un plus grand nombre d'exercices que ceux ayant participé à l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive.	d= 0,67 p< 0,001 d= 0,44 p= 0,017 d= 0,36 p= 0,049
ATTENTES/PRÉFÉRENCES				
Schwartz 2019	En présence; individuel 24 séances de 45 minutes sur 12 semaines	Adultes Trouble de panique TCC	Pas de relation significative entre les attentes et la crédibilité envers le traitement et l'adhésion à la TCC.	Ns

⁵⁶ Les résultats issus d'analyses multivariées sont représentés en gris. Pour plus d'informations sur les analyses multivariées, voir le [tableau D-1](#) à l'annexe D.

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵⁶ /Résultats	Taille d'effet
Lindergaard 2020	En ligne; individuel 9 chapitres de livre + 1 contact en ligne de 15 min./sem. Sur 10 semaines	Adultes Trouble d'anxiété sociale Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ou basé sur la thérapie psychodynamique	Pas de relation significative entre la force de la préférence envers l'approche théorique des autosoins guidés et le nombre de modules complétés ou le pourcentage de personnes qui complètent l'intervention.	Ns
MOTIVATION, AMBIVALENCE OU RÉSISTANCE AU TRAITEMENT				
Marker 2019	En présence; en groupe 12 séances de 2 heures	Adultes Trouble anxieux Intervention transdiagnostique	- Pas de relation significative entre les propos en faveur du changement ou ceux traduisant de l'ambivalence et de la résistance au changement et l'adhésion au traitement. - Pas de relation significative entre la motivation au traitement telle que rapportée par les participants et l'adhésion au traitement.	Ns
Schwartz 2019	En présence; individuel 24 séances de 45 minutes Sur 12 semaines	Adultes Trouble de panique TCC	Les adultes qui présentaient une forte résistance au début de traitement (séance 2) sont plus susceptibles d'abandonner la TCC que les adultes qui présentaient peu de résistance.	d = 0,83
Callan 2019	En présence; individuel 16 à 20 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	L'adhésion élevée (la majorité des devoirs sont faits tels que planifiés) ou faible aux devoirs n'est pas associée au taux d'abandon.	Ns
COMPÉTENCES DE L'INTERVENANT				
Yew 2021	15 séances	Adultes Trouble dépressif TCC	Pas de relation significative entre les compétences de l'intervenant à gérer les devoirs, et les croyances positives envers les devoirs et leurs conséquences et l'adhésion aux devoirs.	Ns

1 ^{er} Auteur Année	Format et modalités de l'intervention	Population Condition Intervention	Type d'analyse ⁵⁶ /Résultats	Taille d'effet
MODALITÉS D'ACCÈS À L'INTERVENTION				
Arndt 2020	En ligne; individuel 8 modules Sur 6 semaines	Adultes Trouble anxieux Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	- Les adultes qui ont participé de leur propre initiative à l'autosoin guidé ont complété plus de modules que les adultes qui y ont participé en attendant d'avoir accès à une TCC offerte en présence en clinique externe. 50 % des adultes qui ont participé de leur propre initiative à l'autosoin guidé ont rapporté avoir complété les modules et exercices de restructuration cognitive comparativement à 32% des adultes qui y ont participé en attendant d'avoir accès à une TCC offerte en présence en clinique externe. 43 % des adultes qui ont participé de leur propre initiative à l'autosoin guidé ont rapporté avoir complété les modules et les exercices d'exposition comparativement à 22% de ceux qui y ont participé en attendant d'avoir accès à une TCC offerte en présence en clinique externe.	p = 0,012 p < 0,001 p = 0,026

ANNEXE G

Résultats sur les variables médiatrices et la réponse au traitement

Tableau G-1 Résultats sur les processus cognitifs comme médiateurs de la réponse au traitement

1 ^{er} Auteur Année	Interventions Méthode d'analyse	Médiateurs (M) investigués	Sentier a Lien entre l'intervention et le médiateur	Sentier b Lien entre le médiateur et la réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
Akeman 2020	Intervention 1 : Programme de résilience bref offert en classe Comparateur : Orientation scolaire usuelle	M1 : Habilités de TCC ⁵⁷ M2 : Habilités de pleine conscience	Intervention 1 M1 : oui M2 : oui Comparateur M1 : non M2 : non	Médiateur 1 Résilience psychologique : non Symptômes de dépression : oui Symptômes d'anxiété : non Stress perçu : oui Médiateur 2 Résilience psychologique : non Symptômes de dépression : non Symptômes d'anxiété : non Stress perçu : non	s. o. ⁵⁸
Barber 2020	Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Thérapie psychodynamique axée sur la panique	M1 : Interprétations erronées des sensations corporelles M2 : Fonction réflexive spécifique à la panique	Intervention 1 M1 : oui M2 : oui Intervention 2 M1 : oui M2 : oui	Médiateur 1 Symptômes d'anxiété : oui Médiateur 2 Symptômes d'anxiété : oui	M1 et M2 : Commun
Hofheinz 2020	Intervention 1 : Intervention brève basée sur la restructuration cognitive, format mixte Intervention 2 : Intervention brève basée sur la pleine conscience, format mixte	Pensées automatiques négatives par rapport à : M1 : soi M2 : Bien-être M3 : Capacités Attitudes dysfonctionnelles par rapport à:	Intervention 1 M1 : oui M2 : non M3 : non M4 : oui M5 : non Intervention 2 M1 : oui	Médiateurs 1 et 4 Symptômes de dépression : oui Médiateurs 2, 3 et 5 Symptômes de dépression : non	M1 et M4: Commun

⁵⁷ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

⁵⁸ s. o. : sans objet.

1^{er} Auteur Année	Interventions Méthode d'analyse	Médiateurs (M) investigués	Sentier a Lien entre l'intervention et le médiateur	Sentier b Lien entre le médiateur et la réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
		M4 : Ses performances M5 : Approbation d'autrui	M2 : non M3 : non M4 : oui M5 : non		
Lafrenière 2020	Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur l'analyse fonctionnelle Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'auto-observation	M1 : Croyance à l'incapacité à contrôler son inquiétude	Intervention 1 M1 : oui Intervention 2 M1 : oui	Médiateur 1 Symptômes d'anxiété : oui	M1 : Spécifique à int.1
Santoft 2019	Intervention 1 : Intervention de retour au travail basées sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC	M1 : Compétence perçue	Intervention 1 M1 : non Intervention 2 M1 : oui	Médiateur 1 Symptômes d'épuisement : oui	M1 : Spécifique à int. 2

Tableau G-2 Résultats sur les processus émotionnels comme médiateurs de la réponse au traitement

1^{er} Auteur Année	Interventions Méthode d'analyse	Médiateur (M) investigué	Sentier a Lien entre l'intervention et le médiateur	Sentier b Lien entre le médiateur et la réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
Akeman 2020	Intervention 1 : Programme de résilience bref offert en classe Comparateur : Programme d'orientation scolaire usuel	M1 : Régulation des émotions	Intervention 1 M1 : non	Médiateur 1 Symptômes de dépression : Non Stress perçu : Non	s. o. ⁵⁹
Gallagher 2020	Intervention 1 : TCC ⁶⁰ de nature transdiagnostique Intervention 2 : TCC spécifique au trouble d'anxiété ciblé	M1 : Espoir	Intervention 1 M1 : oui Intervention 2 M1 : oui	Médiateur 1 Symptômes d'anxiété : oui	M1 : Commun
Stevenson 2019	Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur l'autocompassion Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	Système d'apaisement et de réconfort : M1 : Affects sécurisants M2 : Sentiment de sécurité sociale et de plaisir	Intervention 1 M1 : non M2 : non Intervention 2 M1 : non M2 : non	Médiateurs 1 et 2 Symptômes d'anxiété sociale : non	s. o.

⁵⁹ s. o. : sans objet

⁶⁰ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Tableau G-3 Résultats sur les processus interpersonnels comme médiateurs de la réponse au traitement

1^{er} Auteur Année	Interventions Méthode d'analyse	Médiateur (M) investigué	Sentier a Lien intervention et médiateur	Sentier b Lien médiateur et réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
Coyne 2019a	Intervention 1 : Entretien motivationnel combinée à de la TCC Intervention 2 : TCC	M1 : Résistance aux directives de l'intervenant M2 : Observance des directives de l'intervenant	Intervention 1 M1 : Oui M2 : Non Intervention 2 M1 : Non M2 : Oui	Médiateur 1 Symptômes d'anxiété généralisée : oui Médiateur 2 Symptômes d'anxiété généralisée : oui	M1 : Spécifique à int. 1 M2 : Spécifique à int. 2

Tableau G-4 Résultats sur les processus comportementaux comme médiateurs de la réponse au traitement

1^{er} Auteur Année	Interventions	Médiateur (M) investigué	Sentier a Lien entre intervention et le médiateur	Sentier b Lien entre le médiateur et la réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
Santoft 2019	Intervention 1 : Intervention de retour au travail basées sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC	M1 : Qualité du sommeil M2 : Activation comportementale	Intervention 1 M1 : non M2 : non Intervention 2 M1 : oui M2 : non	Médiateur 1 : Symptômes d'épuisement : oui Médiateur 2 : Symptômes d'épuisement : non	M1 : Spécifique à int. 2

Tableau G-5 Résultats sur l'alliance thérapeutique comme médiateur de la réponse au traitement

1^{er} Auteur Année	Interventions	Médiateur (M) investigué	Sentier a Lien entre l'intervention et le médiateur	Sentier b Lien entre le médiateur et la réponse au traitement	Médiateur spécifique ou commun à l'intervention
Kivity 2021	Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Programme de modification des biais d'attention	M1 : Qualité de l'alliance M2 : Alliance précoce	Intervention 1 M1 : oui M2 : oui Intervention 2 M1 : non M2 : non	Médiateur 1 Symptômes d'anxiété sociale : oui Médiateur 2 : Symptômes d'anxiété sociale : oui	Spécifique à int.1
Lindergaard 2020	Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la thérapie psychodynamique Intervention 2 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	M1 : Qualité de l'alliance M2 : Alliance précoce (séance 3)	Intervention 1 M1 : oui M2 : oui Intervention 2 M1 : oui M2 : oui	Médiateur 1 : Symptômes d'anxiété sociale : oui Médiateur 2 : Symptômes d'anxiété sociale : oui	Médiateur commun
Rubel 2019	Intervention 1 : TCC, application conforme au manuel) Intervention 2 : TCC, application flexible selon les forces de la personne Intervention 3 : TCC application flexible avec ajout de 2 séances en dyade	M1 : Qualité de l'alliance	Intervention 1 M1 : oui Intervention 2 M1 : oui Intervention 3 M1 : oui	Médiateur 1 : Symptômes d'anxiété généralisée : oui	Médiateur commun
Santoft 2019	Intervention 1 : Intervention de retour au travail basées sur les principes de la TCC Intervention 2 : TCC	M1 : Qualité de l'alliance	Intervention 1 Alliance : non Intervention 2 Alliance : non	Médiateur 1 : Symptômes d'épuisement professionnel : non	NA*

Tableau G-6 Résultats sur les mécanismes d'action impliquant l'alliance thérapeutique

1^{er} Auteur Année	Interventions	Médiateur (M) investigué	Sentier a Lien entre la procédure et le processus thérapeutique	Sentier b Lien entre le processus et la réponse au traitement	Mécanisme d'action spécifique ou commun à l'intervention
Coyne 2019b	Intervention 1 : TCC Intervention 2 : Entretien motivationnel combinée à de la TCC	Procédure : Qualité de l'alliance thérapeutique Processus : Problèmes interpersonnels	Oui	Symptômes d'anxiété généralisée : oui	Commun
Zilcha- Mano 2019	Intervention 1 : Thérapie interpersonnelle brève Intervention 2 : TCC	Procédure : Bris de l'alliance Processus : Gains soudains dans l'alliance	Oui	Symptômes de dépression et d'anxiété : oui	Spécifique à int.1 selon le rapport des intervenants Commun selon le rapport des patients

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

