

Efficacité des interventions
psychosociales pour prévenir et traiter
les symptômes et troubles mentaux
courants

Annexes complémentaires

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

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants*.

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

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site Web.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation de l'état des connaissances *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A – MÉTHODOLOGIE	1
Méthodologie.....	1
Stratégie de repérage d'information scientifique.....	12
Grille d'appréciation de la preuve de l'INESSS.....	16
Évaluation de la qualité des études primaires retenues	18
Évaluation de la qualité des revues systématiques - AMSTAR-2.....	20
Évaluation de la qualité des études du volet expérientiel	24
ANNEXE B – RÉSULTATS D'EFFICACITÉ.....	25
Description des études primaires retenues.....	25
Résultats d'efficacité obtenus	37
Description des revues systématiques et résultats d'efficacité obtenus.....	75
Niveaux de confiance dans les constats dégagés	87
Gradation de la preuve – Symptômes de troubles mentaux courants.....	89
Gradation de la preuve – Bénéfices psychosociaux	126
Synthèse des données expérientielles rapportées dans les études d'efficacité.....	145
Classification thématique des caractéristiques et des composantes des interventions	150
ANNEXE C – RÉSULTATS SUR LES DONNÉES EXPÉRIENTIELLES	153
Description des études primaires retenues.....	153
Description des revues systématiques retenues	158
Niveaux de confiance dans les constats expérientiels.....	159
Gradation de la preuve – Composantes des interventions	160
Gradation de la preuve – Relation avec l'intervenant	170
Gradation de la preuve – Modalités des interventions.....	176
Gradation de la preuve – Perceptions des effets des interventions	184
Gradation de la preuve – Améliorations proposées aux interventions	192
Extraits en appui aux constats sur les données expérientielles.....	198
ANNEXE D – MISE À JOUR DE LA LITTÉRATURE	225
RÉFÉRENCES	230

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Critères de sélection de la littérature scientifique	3
Tableau A-2	Échelles de mesure retenues pour l'analyse et la synthèse.....	9
Tableau A-3	Grille d'appréciation de la preuve de l'INESSS	16
Tableau A-4	Évaluation de la qualité des études primaires - ASPC.....	18
Tableau A-5	Évaluation de la qualité des revues systématiques - AMSTAR-2	21
Tableau A-6	Évaluation de la qualité scientifique des études avec un devis mixte.....	24

Tableau A-7	Évaluation de la qualité scientifique des études avec un devis qualitatif	24
Tableau B-1	Description des études primaires retenues pour l'évaluation de l'efficacité	25
Tableau B-2	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes de dépression	37
Tableau B-3	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes d'anxiété.....	50
Tableau B-4	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes de stress	60
Tableau B-5	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur la qualité de vie et bien-être psychologique.....	63
Tableau B-6	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur le fonctionnement	68
Tableau B-7	Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les compétences personnelles	71
Tableau B-8	Description des revues systématiques retenues pour l'évaluation de l'efficacité	75
Tableau B-9	Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des adultes	79
Tableau B-10	Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des adolescents.....	85
Tableau B-11	Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des personnes âgées	86
Tableau B-12	Synthèse des niveaux de confiance obtenus sur les critères de gradation de la preuve	87
Tableau B-13	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D1).....	89
Tableau B-14	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constats D2-D3)	91
Tableau B-15	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D4).....	94
Tableau B-16	Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D5).....	96
Tableau B-17	Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D6)	99
Tableau B-18	Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D7).....	101
Tableau B-19	Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adolescents (Constat D8)	102
Tableau B-20	Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adolescents (Constat D9).....	104
Tableau B-21	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constat A1)	106
Tableau B-22	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constats A2-A3).....	109
Tableau B-23	Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constat A4)	111

Tableau B-24	Autosoins guidés pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constat A5)	113
Tableau B-25	Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constat A6)	116
Tableau B-26	Interventions pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adolescents (Constat A7)	118
Tableau B-27	Autosoins non guidés et guidés pour diminuer les symptômes de stress auprès des adultes (Constat S1)	120
Tableau B-28	Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de stress auprès d'adultes (Constat S2)	122
Tableau B-29	Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de stress auprès d'adultes (Constat S3)	124
Tableau B-30	Autosoins non guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constat Q1).....	126
Tableau B-31	Autosoins non guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constats Q2-Q3).....	127
Tableau B-32	Interventions offertes en présence pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constat Q4)	130
Tableau B-33	Interventions offertes en présence pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adolescents (Constat Q5).....	132
Tableau B-34	Autosoins guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adolescents et d'adultes (Constat Q6)	133
Tableau B-35	Autosoins non guidés pour améliorer le fonctionnement auprès d'adultes (Constat F1)	135
Tableau B-36	Interventions offertes en présence pour améliorer le fonctionnement auprès d'adolescents (Constat F2).....	137
Tableau B-37	Autosoins non guidés pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adultes (Constat C1)	139
Tableau B-38	Interventions offertes en présence pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adolescents (Constat C2).....	141
Tableau B-39	Autosoins guidés pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adolescents et d'adultes (Constat C3).....	143
Tableau B-40	Synthèse des données expérientielles rapportées dans les études d'efficacité	145
Tableau B-41	Classification thématique des caractéristiques et des composantes des interventions.....	150
Tableau C-1	Description des 20 études primaires portant sur les données expérientielles	153
Tableau C-2	Description des revues systématiques retenues portant sur les données expérientielles	158
Tableau C-3	Synthèse des niveaux de confiance obtenus sur les critères de la gille CerQual.....	159
Tableau C-4	Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 1).....	160
Tableau C-5	Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 2).....	162

Tableau C-6	Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 3).....	164
Tableau C-7	Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 4).....	166
Tableau C-8	Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 5).....	168
Tableau C-9	Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 6)	170
Tableau C-10	Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 7)	172
Tableau C-11	Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 8)	174
Tableau C-12	Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 9)	176
Tableau C-13	Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 10)	178
Tableau C-14	Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 11)	180
Tableau C-15	Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 12)	182
Tableau C-16	Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 13).....	184
Tableau C-17	Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 14).....	186
Tableau C-18	Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 15).....	188
Tableau C-19	Gradation de la preuve des constats liés (Constat 16).....	190
Tableau C-20	Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 17).....	192
Tableau C-21	Gradation de la preuve des constats liés aux améliorations proposées aux interventions (Constat 18).....	194
Tableau C-22	Gradation de la preuve des constats liés aux améliorations proposées aux interventions (Constat 19).....	196
Tableau C-23	Extraits en appui aux constats sur les données expérientielles	198

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre d'analyse.....	1
----------	----------------------	---

ANNEXE A – MÉTHODOLOGIE

Méthodologie

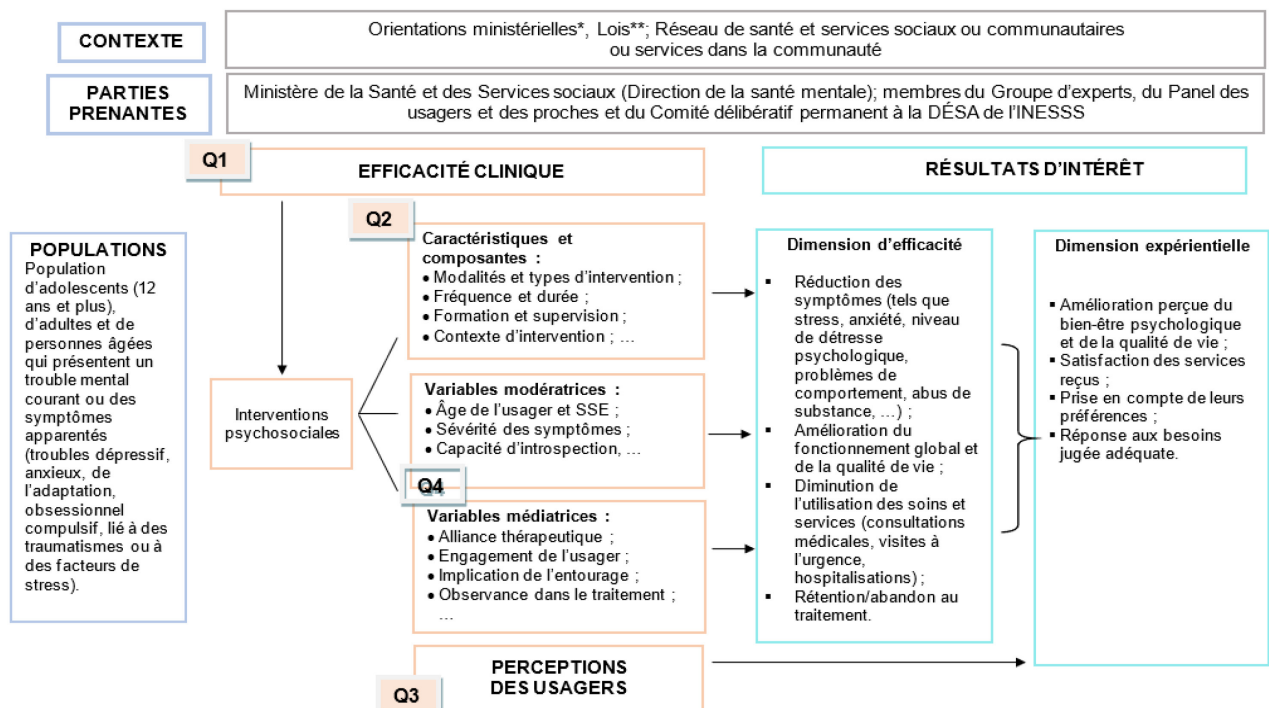
Questions d'évaluation

1. Quelles sont les interventions psychosociales efficaces pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants?
2. Quelles sont les caractéristiques et composantes des interventions dont l'efficacité est démontrée?
3. Comment les interventions psychosociales sont-elles perçues par les personnes ayant des symptômes ou troubles mentaux courants?
4. Quelles sont les variables modératrices (caractéristiques des personnes et de la condition clinique) et les variables médiatrices (processus et procédures thérapeutiques) qui influencent l'efficacité des interventions psychosociales?

La question 4 sera abordée dans un deuxième rapport qui sera produit ultérieurement.

Le cadre d'analyse illustré à la figure 1 présente les questions d'évaluation ainsi que l'ensemble des éléments documentés dans le rapport et leur mise en relation.

Figure 1 Cadre d'analyse



* Programme Québécois pour les Troubles Mentaux (PQPTM) ; Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement ; Services sociaux généraux. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, d'efficacité et d'efficience
 ** Code des professions et autres dispositions législatives ; LSSS

Méthode de recension

La recension des écrits a été effectuée en ayant recours à une méthode de revue systématique rapide dans laquelle certaines étapes de la revue systématique sont omises ou abrégées. Dans le cas présent, la sélection des études, l'évaluation de la qualité et l'extraction des études n'ont pas été effectuées en double et de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. Les articles ont été répartis entre les professionnelles et la sélection, l'évaluation de la qualité et les extractions ont été validées dans une proportion d'au moins 20 % par la coordonnatrice ou une autre professionnelle scientifique.

Repérage et sélection de la littérature scientifique

La [stratégie de repérage](#) de l'information est élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique. Pour les raisons exposées à la section 1.2 du rapport, le repérage de la littérature a été limité aux études primaires et revues systématiques publiées entre janvier 2019 et juillet 2020.

De même, afin de générer un volume d'articles tenant compte des contraintes de temps et de ressources, seules les études publiées en anglais et en français ont été incluses, la littérature grise a été exclue et aucune stratégie de repérage secondaire n'a été utilisée. Une mise à jour de la littérature a été effectuée en février 2022. Un résumé ciblé basé sur les titres et résumés est présenté à l'[annexe D](#).

Critères de sélection de la littérature

Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection de la littérature scientifique sont présentés au [tableau A-1](#). Pour les raisons exposées à la section 1.2 du rapport, les études conduites auprès de populations particulières (p. ex. : condition médicale chronique, minorité ethnique ou culturelle, réfugiés, vétérans) ont été exclues. De même, tel qu'exposé à la section 1.3 du rapport, les critères de sélection visaient à favoriser la sélection d'interventions psychosociales pouvant être offertes dans les services de proximité par différentes catégories d'intervenants et professionnels et dans des modalités favorisant l'accès aux services de santé mentale.

La sélection de la littérature a été effectuée par deux des professionnelles scientifiques assignées au dossier (ÉPD et SB) avec le logiciel EndNote X9. Cette sélection a été faite d'abord sur les 3 222 titres et résumés. De ce nombre, 394 ont été retenus pour lecture complète et 153 ont été retenus pour extraction et analyse.

La validation de 20 % des articles sélectionnés a été effectuée par la coordonnatrice scientifique (ML). Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus ou tranchées par la coordonnatrice.

Les diagrammes de flux (figures 1 et 2) sont présentés à la section 1.2 du rapport.

Tableau A-1 Critères de sélection de la littérature scientifique

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Adolescents (12 ans et plus ou âgés en moyenne de 12 ans), adultes et personnes âgées (65 ans et plus) À risque de présenter ou présentant des symptômes ou un trouble mental courant (troubles dépressif, anxieux, obsessionnel-compulsif, de l'adaptation ou lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress).	Les études et revues portant sur la dépression saisonnière et la dépression post-partum sont exclues. Les études et revues où les échantillons sont composés uniquement de personnes avec des symptômes ou un trouble mental courant et l'une ou l'autre des conditions suivantes sont exclues : <ul style="list-style-type: none"> avec une condition médicale comorbide; avec un trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, démences ou troubles de substances comorbides; population spécifique (e.g., vétérans, proches aidants, LGBT, etc.).
INTERVENTION	Intervention psychosociale telle que définie à la section 3.2	Interventions pharmacologiques Études et revues portant uniquement sur des interventions relevant clairement de la psychothérapie offerte en face à face et en format individuel
COMPARATEUR	Absence d'intervention, liste d'attente, suivi usuel, comparateur actif ou autre intervention avec mesures pré et post-traitement	Études ou revues avec un médicament comme comparateur
RÉSULTATS (Outcomes)	Q1 : Symptômes de dépression anxiété ou stress, détresse psychologique, qualité de vie, bien-être psychologique, fonctionnement, compétences personnelles, abandons et adhésion au traitement Q3 : Satisfaction, perceptions et expérience de l'utilisateur envers les interventions reçues	Coûts des interventions, utilisation des services Satisfaction, perceptions et expérience des intervenants
CONTEXTE D'INTERVENTION	Interventions pouvant être offertes dans les milieux de soins primaires, dans la communauté ou en milieu scolaire	Interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique ou dans des cliniques spécialisées en santé mentale ou pouvant être offertes uniquement en milieu scolaire par du personnel enseignant
TYPE DE PLAN D'ÉTUDE (DEVIS)	Q1 : Études contrôlées randomisées ou pseudo- randomisées et pragmatiques, études avant-après et de cohortes avec témoins concomitants Q3 : Études avec devis qualitatif et devis mixte	Q1 : études sans groupe témoin, études avec moins de 20 sujets randomisés dans chaque groupe Q3 : études sur les besoins, attentes ou perceptions des usagers qui n'ont pas été traités avec une intervention psychosociale
TYPE DE PUBLICATION	Études primaires, revues systématiques, méta-analyses, rapports d'ETMI	Revue non systématique, études primaires non évaluées par un comité de pairs, littérature grise
PÉRIODE	Janvier 2019 à juillet 2020	
LANGUE	Anglais et français	Autres langues

Évaluation de la qualité des études primaires et revues systématiques

L'évaluation de la qualité méthodologique des études primaires et revues systématiques retenues a été effectuée en simple par les professionnelles scientifiques assignées au dossier (ÉPD, JB, SB, SL) et validée par la coordonnatrice scientifique (ML) pour au moins 20 % des documents. Les grilles d'évaluation de la qualité utilisées sont :

- la grille AMSTAR-2 (A Critical Appraisal Tool for Systematic Reviews) pour les revues systématiques et méta-analyses [Shea *et al.*, 2017];
- l'outil d'évaluation critique pour études analytiques de l'Agence de la santé publique du Canada pour les études primaires d'efficacité [ASPC, 2014];
- la grille CASP (Critical Appraisal Skills Programme) pour les études primaires qualitatives [CASP, 2018];
- la grille MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) pour les études primaires à devis mixtes [Hong *et al.*, 2018].

Les résultats de l'évaluation de la qualité obtenus sur la grille AMSTAR-2 sont présentés au [tableau A-5](#), ceux obtenus sur la grille ASPC, au [tableau A-4](#) et ceux obtenus sur la grille CASP et MMAT, aux tableaux [A-6](#) et [A-7](#).

Modifications apportées à la grille AMSTAR-2

Des modifications ont été apportées pour la cotation de certains critères de la grille AMSTAR-2 afin de tenir compte de la pratique courante tout en respectant l'esprit de la grille. Les modifications sont présentées en italique.

- Critère 2 : Coter ce critère comme étant rencontré si le protocole a été enregistré au préalable ou inscrit à PROSPERO *OU si les auteurs ont mentionné qu'ils ont suivi une méthode d'évaluation des revues systématique reconnue comme Cochrane, CRD, PRISMA, etc.*
- Critère 7 : Coter ce critère comme étant rencontré si la liste des études exclues est fournie *OU si les auteurs fournissent un hyperlien vers la liste ou qu'ils mentionnent que celle-ci est disponible sur demande. Ce critère a été coté comme étant partiellement rencontré si les auteurs ont fourni un diagramme de flux indiquant les motifs d'exclusion.*
- Critère 10 : *Ce critère a été retiré de la grille* puisque les études primaires et revues systématiques portant sur des interventions psychosociales non-pharmacologiques sont rarement financées par l'industrie de sorte que l'information sur les sources de financement de chacune des études incluses dans une revue systématique n'est pas une pratique courante dans le domaine des sciences sociales.

Pour la cotation finale, deux items critiques cotés comme étant partiellement rencontrés ont été considérés comme l'équivalent d'un item critique non rencontré.

Modifications apportées à la grille MMAT

Il est à noter que la grille MMAT ne génère pas de cote reflétant la qualité globale de l'étude. Toutefois, afin de faciliter le processus de gradation de la preuve des constats expérientiels, la qualité globale de l'étude a été qualifiée comme suit :

- Élevée, lorsque 4 ou 5 questions étaient évaluées positivement;
- Modérée, lorsque 3 questions sur 5 étaient évaluées positivement;
- Faible, lorsque 2 questions ou moins sur 5 étaient évaluées positivement.

Extraction et Analyse des données d'efficacité (question 1)

Extraction des données

Des fiches d'extraction ont été utilisées pour les études et revues portant sur l'efficacité des interventions. La grille d'extraction a été pilotée sur cinq études primaires et complétée de façon indépendante par toutes les professionnelles assignées au dossier (EPD, JB, SB, SL) et la coordonnatrice (ML) afin de s'assurer d'une compréhension commune. Les études ont été réparties entre les professionnelles et les données suivantes ont été extraites :

- les auteurs, l'année et le pays de publication, le devis d'étude, le type d'analyses;
- les caractéristiques de la population : données socio-démographiques, type et sévérité des symptômes et troubles présentés, troubles et conditions médicales comorbides, historique des traitements et 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; abandons et adhésion au traitement;
- les résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, sur la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement, les compétences personnelles et le taux d'amélioration cliniquement significative et de rémission;
- la satisfaction, les perceptions et l'expérience des personnes envers les interventions reçues;
- les principales conclusions et limites rapportées par les auteurs.

De plus, 20 % des extractions ont été validées par la coordonnatrice ou une seconde professionnelle. Les revues systématiques ont été extraites par la coordonnatrice scientifique (ML) et validées par une professionnelle scientifique (JB) dans une proportion d'au moins 20 %. L'extraction des données des revues systématiques a été effectuée sur la base des informations rapportées dans les revues systématiques.

Saisie et traitement des données d'efficacité

Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS (version 23). Le nettoyage des données a été réalisé par inspection de la distribution des données, moyennes et fréquences dans le but d'identifier des erreurs de saisie et valeurs aberrantes. Les données ont été saisies, nettoyées et analysées par une des professionnelles au dossier possédant les compétences statistiques requises (JB). La totalité des données saisies a été validée par deux professionnelles au dossier (SB, SL) et la coordonnatrice scientifique (ML).

Seuls les résultats d'efficacité mesurés à l'aide de questionnaires validés ont été considérés. Les critères de sélection suivants ont été appliqués lorsqu'un résultat d'intérêt (ex. : symptômes d'anxiété) était mesuré par plus d'un questionnaire :

- échelle de mesure connue et possédant de bonnes propriétés psychométriques (ex. : PHQ-9, GAD-7, PSS);
- échelle de mesure globale (ex. : couvrant l'ensemble des dimensions sous-jacentes à l'anxiété plutôt qu'une seule sous-dimension de l'anxiété);
- échelle de mesure complétée par l'utilisateur plutôt que par le thérapeute ou le parent dans le cas d'un adolescent.

Cette stratégie a été préférée à un score moyen basé sur l'ensemble des questionnaires utilisés. D'une part, parce que les mesures autorapportées sont celles qui ont été utilisées en plus grand nombre dans les études recensées et, d'autre part, parce qu'elles privilégient la perspective de l'utilisateur. Les critères établis favorisaient également une plus grande comparabilité des résultats d'une étude à l'autre. La liste des différentes échelles de mesures retenues pour l'analyse et la synthèse des données est présentée à la fin de la présente section au [tableau A-2](#).

Les résultats obtenus dans les études ont été convertis en une métrique commune soit, la taille de l'effet exprimée par un d de Cohen [1988]. Les d de Cohen ont été saisis lorsque rapportés ou calculés à partir des différences de moyennes, F de Fisher ou résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica. Le d de Cohen s'interprète comme suit :

- d de Cohen $< 0,20$: effet très faible;
- d de Cohen entre $0,20$ et $0,49$: effet faible;
- d de Cohen entre $0,50$ à $0,79$: effet moyen;
- d de Cohen $\geq 0,80$: effet fort.

Classification des interventions

Les interventions ont ensuite été classifiées comme étant efficaces ou peu efficaces en fonction des tailles d'effet obtenues, de leur importance clinique et du type de comparateur utilisé. Ce classement est inspiré en partie des critères d'importance clinique établis par l'*International Society of Traumatic Stress Studies* [ISTSS, 2018] et tel que décrit à la section 1.4.1 du rapport. Les résultats de ce classement sont présentés à l'annexe 1 du rapport.

Variables synthèses

Dans l'optique de dresser un portrait global des résultats d'efficacité obtenus dans l'ensemble des études recensées, deux variables synthèses ont été créées. La première regroupe tous les résultats obtenus sur les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress. La deuxième regroupe tous les résultats obtenus sur la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles. Les différents symptômes et bénéfices psychosociaux ont été regroupés à des fins descriptives et en raison de leur relation logique d'un point de vue clinique.

La variable sur les symptômes de troubles mentaux courants est composée à 52 % des résultats obtenus sur les symptômes de dépression (k = 61), à 36 % de ceux obtenus sur les symptômes d'anxiété (k = 42) et à 12 % de ceux obtenus sur les symptômes de stress (k = 14). La variable sur les bénéfices psychosociaux est composée à 44 % des résultats obtenus sur la qualité de vie et le bien-être psychologique (k = 23), à 25 % de ceux obtenus sur le fonctionnement (k = 13) et à 32 % de ceux obtenus sur les compétences personnelles (k = 17).

Synthèse des données d'efficacité

Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative basée sur les tailles d'effet et la dichotomisation subséquente des interventions en fonction de leur efficacité. Un portrait global de l'efficacité des interventions basé sur les résultats obtenus dans l'ensemble des études a d'abord été effectué. Un processus de gradation de la preuve a ensuite été appliqué afin de dégager des constats d'efficacité tenant compte de la validité scientifique des études.

Formulation des constats d'efficacité et appréciation de la preuve scientifique

Les constats d'efficacité ont été dégagés en tenant compte du groupe d'âge, du niveau d'intervention (personnes à risque, présentant des symptômes légers, des symptômes dans la zone clinique ou un trouble mental présumé), du type de symptômes ou de trouble mental courant présenté, du type de soutien clinique offert, de l'approche théorique des interventions et de leurs effets sur les symptômes de troubles mentaux courants et bénéfices psychosociaux.

L'outil d'appréciation de la preuve scientifique développé par l'INESSS, basé sur le système australien du *National Health and Medical Research Council* (NHMRC), a été utilisé pour établir le niveau de confiance dans les constats d'efficacité dégagés (voir la grille détaillée à l'annexe A, [tableau A-3](#)). Ce processus est basé sur quatre groupes de critères, soit :

1. La robustesse de la preuve : quantité d'études et de sujets inclus dans l'analyse de la preuve, devis de l'étude, caractère direct des données probantes, qualité méthodologique des études et puissance statistique;
2. La cohérence des effets observés : comparabilité, diversité et complémentarité à travers les études des populations, devis, méthodes et outils et cibles d'intervention.
3. L'impact clinique de l'intervention : taille, direction et précision de l'effet observé, dose requise (durée, fréquence, intensité des interventions), taux d'amélioration cliniquement significative et de rémission, abandons et adhésion au traitement.
4. La généralisation des résultats : similarité des populations et contextes ciblés dans les études avec les populations et contextes ciblés dans le cadre du présent projet.

Chacun des quatre critères est coté comme ayant un niveau de preuve allant de faible à très élevé. À la suite de cette analyse, un niveau de confiance global faible, modéré, élevé ou non établi en raison de données insuffisantes est obtenu.

Comme plusieurs systèmes développés en santé, le système de gradation de la preuve de l'INESSS tend à surestimer la preuve lorsqu'elle est appliquée à des interventions complexes telles que les interventions en santé mentale. Pour cette raison, l'analyse de la preuve n'a pas été effectuée lorsqu'elle portait sur une seule étude (étude orpheline portant sur une population ou intervention unique). De même, la cote de la robustesse a été abaissée d'élevée à modérée lorsque l'analyse était basée sur deux études seulement et la formulation du constat modulée comme suit : « *Les données indiquent que l'intervention X est susceptible d'entraîner une diminution ...* ».

Le tableau résumant les cotes obtenues sur les quatre critères ainsi que le niveau de confiance global dans chacun des constats d'efficacité dégagés est présenté à l'[annexe B](#). Les tableaux décrivant l'appréciation de la preuve pour les constats d'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress et pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles sont également présentés en détails à l'annexe B, tableaux [B-13](#) à B-39.

Tableau A-2 Échelles de mesure retenues pour l'analyse et la synthèse

Échelles de mesure retenues	
AQoL : Assessment of Quality of Life	OCI-R : The Obsessive-Compulsive Inventory – Revised
BAI : Beck Anxiety Inventory	PA-SC : Positive Aspects of Self-Compassion
BBQ : Brunnsvikien Brief Quality of Life Inventor	PHQ-9 : Patient Health Questionnaire
BDI-II : Beck Depression Inventory	PQ-LES-Q : Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Form
BRIEF-A : Behaviour Rating Inventory of Executive Function for Adults	PROMIS : Patient-Reported Outcome Measurement Information System
BSI : Brief Symptom Inventory	PSS : Perceived Stress Scale
CALIS : Child Anxiety Life Inference Scale	PSS-10 : Perceived Stress Scale-10 items (how often you feel stress)
CDS : The Cambridge Depersonalisation Scale-Situational	PSWQ : Penn State Worry Questionnaire
CD-RISC-10 : Conner-Davidson Resilience Scale	PWB : Ryff Scales of Psychological Well-Being
CES-D : Centre for Epidemiologic Studies Depression scale	PsyCap : Psychological Capital Questionnaire
CGAS : Children's Global Assessment Scale	QIA : Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété
CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia	QOLS SF-12 : Short Form Health Survey-Mental Composite
DASS : Depression, Anxiety and Stress Scale	RCADS : Revised Child Anxiety and Depression Scale
DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale	RSES : Rosenberg Self-esteem Scale
EQ-5D-3L : EuroQol-5 dimension (3 levels) questionnaire	SAQ-30 : The Social Anxiety Questionnaire for adults
ERQ : Emotion Regulation Questionnaire	SCAS-C : The Spence Children's Anxiety Scale;
GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder 7-items	SCS : Self-Compassion-Scale
GDS-SF : Geriatric Depression Scale short form	SCL-90 : Symptom Checklist-90-R
GSES : General Self-Efficacy Scale	SDS : Sheehan Disability Scale
HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale	SEQ-C : The Self-Efficacy Questionnaire for Children
HAMD : Hamilton Rating Scale for Depression	SIAS : Social Interaction Anxiety Scale
HRQoL; KIMS-d : Kentucky Inventory of Mindfulness Skills	S-MFQ : Short Mood and Feeling Questionnaire
HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression	SPI : Social Phobia Inventory
HRV : Heart Tate Variability (sous échelle du Root Mean Square Successive Differences (RMSSD))	SPSI : Social Problem-Solving Inventory
IIP-64 : Inventory of Interpersonal Problems	SPSI-RS : Social Problem-Solving Inventory-Revised Short Form
LWASQ : Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire	STAI-T : State-Trait Anxiety Inventory-Trait
MADRS-5 : Montgomery Asberg Depression Rating Scale-Self	SUDS : Subjective Unit of Distress
MANSA : MANchester Short Assessment of QoL	SWEMWBS : Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale
MASQ-AD8 : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire	WHO-5 : Well-being Index Questionnaire
MASC : Multidimensional Anxiety Scale for Children	WHODAS-II : World Health Organisation Disability Assessment Schedule
MASQ-AA : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-Anxious Arousal	WSAS : Work and Social Adjustment Scale
MFQ : Mood and Feelings Questionnaire	YBOCS-SR : Yale Brown Obsessive Compulsive Scale self-report version

Analyse des caractéristiques communes aux interventions efficaces (question 2)

La deuxième question abordée dans cette synthèse des connaissances visait à circonscrire les caractéristiques communes aux interventions dont l'efficacité a été documentée dans les études recensées. À cette fin, une analyse de contenu basée sur la description des interventions fournies dans les études a été réalisée en s'inspirant de la démarche proposée par L'Écuyer [1990]. Selon cet auteur, l'analyse de contenu est une « *méthode scientifique, systématisée et objectivée de traitement exhaustif de matériel très varié [...] dans le but de faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel dont une description scientifique détaillée mène à la compréhension de la signification exacte [...] du matériel analysé* » (p. 120).

Codification

Les données sur les interventions colligées dans les fiches d'extraction ont été importées dans le logiciel de soutien à l'analyse de données qualitatives, NVivo 12.0¹. Les résultats d'efficacité obtenus sur les symptômes et bénéfiques d'intérêt ont également été importés dans le logiciel NVivo à partir du logiciel SPSS.

Des grilles de classification ont par la suite été construites à partir du contenu émergent de la description des interventions. Toutes les descriptions ont été lues en entier à deux reprises afin d'obtenir une vue d'ensemble du contenu. Par la suite, une liste de classes, de catégories et de sous-catégories de contenu a été produite. La liste des catégories et des sous-catégories thématiques décrivant l'ensemble des caractéristiques et composantes des interventions considérées dans cette analyse est présentée au [tableau B-41](#).

Le processus de codification a été effectué par une des professionnelles scientifiques au dossier (SL) et corroboré par une seconde (SB). Les situations d'incertitude ou de désaccord ont été résolues par la coordonnatrice scientifique (ML).

Analyse de contenu et analyse de rang

L'analyse de contenu est basée sur une analyse de fréquences des caractéristiques et composantes des interventions et conduite séparément pour les interventions jugées efficaces et peu efficaces. Les caractéristiques des interventions à catégories mutuellement exclusives ont par la suite été ordonnées selon leur occurrence relative décroissante. Le postulat à la base de cette opération est que « *les différences quantitatives dans la répartition des contenus à chacune des catégories confère un sens à ces contenus* » [L'Écuyer, 1990, p. 30].

Les 16 composantes des interventions efficaces et peu efficaces répertoriées à travers les études n'étant pas mutuellement exclusives, des tests non-paramétriques de Wilcoxon-Mann-Whitney ont été effectués afin de mesurer si le rang occupé par une composante parmi les interventions efficaces était statistiquement différent du rang occupé par cette même composante parmi les interventions peu efficaces.

¹ QSR International, 2018.

Analyse qualitative des données expérientielles (question 3)

Extraction des données expérientielles

Les données expérientielles ont été extraites des études qualitatives au moyen d'une codification thématique et ont été saisies directement dans le logiciel NVivo (version 12.0). Cette codification a été réalisée par deux professionnels scientifiques possédant les compétences requises en analyse qualitative (ÉPD et MB) avec un accord inter-juge sur 20 % des études. Les données quantitatives des études à devis mixte n'ont pas été considérées.

Formulation et gradation des constats expérientiels

La formulation des constats repose sur la codification thématique réalisée à partir du logiciel NVivo. Les thèmes ayant émergé au fur et à mesure de la codification ont ensuite été analysés et synthétisés sous forme de constats à l'aide de la grille CerQual (*Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research*). Cette grille permet d'apprécier la qualité des constats dégagés à partir des quatre critères suivants :

1. Limites méthodologiques : Ce critère tient compte de la qualité méthodologique des études en appui à chacun des constats, selon leur type de devis (qualitatif ou mixte).
2. Cohérence : Ce critère détermine si la formulation de chacun des constats capte de manière cohérente et maximale toutes les nuances et les perspectives exprimées à travers les données expérientielles.
3. Robustesse : Ce critère concerne à la fois la quantité et la qualité des données expérientielles. La quantité correspond au nombre d'extraits appuyant chacun des constats. La qualité signifie la profondeur des extraits basés sur des verbatims ou non, ainsi que le niveau de détail ou de clarté des perceptions.
4. Pertinence : La pertinence reflète l'adéquation entre, d'une part, les populations, les interventions et les contextes ciblés dans les études analysées et, d'autre part, les objectifs de la revue systématique.

Pour chacun de ces critères, un jugement est porté sur la gravité des préoccupations qui ébranlent le niveau de confiance dans le constat, allant de peu ou pas de préoccupations à préoccupations majeures. Le niveau de confiance globale, allant de très faible à élevé, est basé sur les préoccupations suscitées sur l'ensemble des quatre critères CerQual.

Le processus de gradation de la preuve est présenté aux tableaux [C-4](#) à C-22 et les extraits en appui aux constats, au [tableau C-23](#). La synthèse des niveaux de preuve obtenus sur les constats expérientiels est présentée au [tableau C-3](#).

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

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 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,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 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,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 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
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 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*)
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 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)
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 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*)) 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 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*))
S16	S14 NOT S15

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database	
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 behavior* OR OCD OR PTSD).ti
2	((psychological OR psychosocial OR socio-therap* OR sociotherap* OR psychoeducat* OR psycho-educat* OR cognitive OR behavior* OR low-intensity OR alternative OR innovativ 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 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*).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 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 credibidlity 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

Grille d'appréciation de la preuve de l'INESSS

Tableau A-3 Grille d'appréciation de la preuve de l'INESSS²

Critères d'appréciation	Échelle d'appréciation des critères
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation (incluant le caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (incluant le risque de biais et la puissance statistique) 	<p>Très élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue systématique ou au moins 3 études dont les plans sont appropriés et bonne qualité méthodologique <p>Élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou 2 études dont les plans sont appropriés de bonne qualité méthodologique <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue systématique ou au moins 3 études dont les plans sont suffisamment appropriés de bonne qualité méthodologique <p>Modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue systématique ou au moins 3 études dont les plans sont suffisamment appropriés de moyenne qualité méthodologique <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou 2 études dont les plans sont appropriés de moyenne qualité méthodologique <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou 2 études dont les plans sont suffisamment appropriés de bonne qualité méthodologique <p>Faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les autres scénarios
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs de l'intervention 	<p>Très élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les études sont cohérentes <p>Élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée <p>Modéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incohérence reflète une véritable incertitude autour de la question clinique <p>Faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les études sont incohérentes
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (durée, intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p>Très élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact clinique des résultats est très grand <p>Élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact clinique des résultats est substantiel ou important <p>Modéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact clinique des résultats est modéré <p>Faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact clinique des résultats est limité ou insuffisant

² Basé sur le système de gradation du National Health and Medical Research Council (NHMRC) [2009].

Critères d'appréciation	Échelle d'appréciation des critères
Généralisabilité des résultats <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude • Possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Très élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population étudiée et le contexte de l'étude sont les mêmes que la population et le contexte ciblés : les résultats sont généralisables. <p>Élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population étudiée et le contexte de l'étude sont similaires à la population et au contexte ciblés : les résultats sont généralisables avec quelques mises en garde. <p>Modéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés : les résultats ne sont pas directement généralisables mais pourraient être appliqués de façon judicieuse dans certains cas. <p>Faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés : Il est difficile de juger de la généralisabilité des résultats à la population et au contexte ciblés.

NIVEAU DE PREUVE GLOBAL

Niveaux de preuve	Définition
Élevé	<p>Les critères de robustesse et de cohérence sont de niveau élevé ou très élevé : l'impact clinique et la généralisabilité des résultats sont minimalement de niveau modéré</p> <p>Les évaluateurs ont un haut niveau de confiance que l'effet estimé/observé dans les études est comparable à l'effet réel</p> <p>Il est peu probable que l'estimation de l'effet ou la conclusion tirée des données soit remise en cause par les résultats d'études futures.</p>
Modéré	<p>Les critères de robustesse et de cohérence sont minimalement de niveau modéré et l'impact clinique et la généralisabilité des résultats sont minimalement de niveau modéré</p> <p>Les évaluateurs ont un niveau de confiance modéré que l'effet estimé/observé dans les études est comparable à l'effet réel</p> <p>Il est probable que l'estimation de l'effet ou la conclusion tirée des données soit remise en cause par les résultats d'études futures.</p>
Faible	<p>Le critère de robustesse OU de cohérence est coté faible peu importe le niveau de preuve obtenu sur l'impact clinique et la généralisabilité des résultats</p> <p>Les évaluateurs ont un faible niveau de confiance que l'effet estimé/observé dans les études est comparable à l'effet réel</p> <p>Il est très probable que l'estimation de l'effet ou la conclusion tirée des données soit remise en cause par les résultats d'études futures.</p>
Insuffisant	<p>Les données disponibles sont insuffisantes</p> <p>Les évaluateurs n'ont aucune confiance quant au lien entre l'effet estimé/observé et l'effet réel et ne peuvent pas tirer de conclusion à partir des données disponibles.</p>

Évaluation de la qualité des études primaires retenues

Tableau A-4 Évaluation de la qualité des études primaires - ASPC³

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 (a) 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Abbing (b) 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Ahmad 2020	Fort	Fort	Élevée	Direct	Fort
Akeman 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Barry 2019	Fort	Fort	Faible	Direct	Fort
Beerse 2020	Fort	Fort	Faible	Direct	Modéré
Berg 2019	Fort	Modéré	Moyenne	Direct	Modéré
Brown 2019	Fort	Fort	Élevée	Direct	Modéré
Church 2019	Fort	Fort	Faible	Direct	Modéré
Cook 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Davison 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Fenger 2020	Fort	Fort	Faible	Direct	Fort
Fortin-Delisle 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Gili 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Hanson 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Haugland 2020	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort
Hilcove 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Idsoe 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Kählke 2019	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort
Kladnitski 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Kothari 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Külz 2019	Fort	Fort	Elevée	Direct	Modéré
Leterme 2020	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort
Lorentzen 2020	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort

³ 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.

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)
MacLean 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Martinez 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
McGuire 2019	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort
Moberg 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Mohr 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Nilsson 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Oh 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Oser 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Powell 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Reins 2019	Fort	Fort	Elevée	Direct	Fort
Richards 2020	Fort	Fort	Élevée	Direct	Fort
Rodriguez 2020	Fort	Fort	Élevée	Extrapolation	Fort
Salomonsson 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Sass 2019	Modéré	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Schure 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Schweden 2020	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Modéré
Steinmann 2020	Fort	Faible	Moyenne	Extrapolation	Fort
Stjerneklar 2019	Fort	Fort	Élevée	Direct	Fort
Steketee 2019	Modéré	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Stevenson 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Tanaka 2019	Fort	Fort	Élevée	Direct	Fort
Thase 2020	Fort	Modéré	Moyenne	Extrapolation	Modéré
Topooco 2019	Fort	Fort	Élevée	Direct	Fort
Wootton 2019	Fort	Fort	Moyenne	Direct	Fort
Zaboski 2019	Fort	Modéré	Moyenne	Direct	Modéré

Référence : ASPC, 2014.

Évaluation de la qualité des revues systématiques - AMSTAR-2⁴

Interprétation du niveau de confiance global (NCG)

Note : Les questions 2, 4, 7, 9, 11, 13 et 15 sont considérées comme des domaines critiques.

Élevé : Aucune ou une faiblesse non critique : La revue fournit un résumé exact et complet des résultats des études disponibles.

Modéré : Plus d'une faiblesse non critique : La revue pourrait fournir un résumé exact des résultats des études disponibles.

Faible : Une lacune critique avec ou sans faiblesses non critiques : La revue peut ne pas fournir un résumé exact et complet des études disponibles.

Critiquement faible : Plus d'une lacune critique avec ou sans faiblesses non critiques : La revue ne devrait pas être utilisée pour fournir un résumé exact et complet des études disponibles.

⁴ Shea *et al.*, 2017.

Tableau A-5 Évaluation de la qualité des revues systématiques - AMSTAR-2

	1 ^{er} auteur de la revue systématique Année de publication	Apolinario-Hagen 2018			Cuijpers 2019			Cuijpers 2020			De Witte 2020		
		Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non
Q1	Est-ce que les questions de recherche et les critères d'inclusion pour la revue incluent les critères PICO?	✓			✓			✓			✓		
Q2	La revue contenait-elle une déclaration explicite indiquant que les méthodes ont été établies avant le déroulement de la revue et fait mention des écarts importants par rapport au protocole?			✓	✓					✓			✓
Q3	Les auteurs de la revue ont-ils expliqué leur choix des devis d'étude à inclure dans la revue?	✓			✓			✓			✓		
Q4	Les auteurs de la revue ont-ils utilisé une stratégie exhaustive de recherche documentaire?		✓			✓			✓			✓	
Q5	Les auteurs de la revue ont-ils effectué la sélection en double des études?			✓	✓			✓					✓
Q6	Les auteurs de la revue ont-ils effectué l'extraction des données en double?			✓			✓			✓			✓
Q7	Les auteurs de la revue ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié les exclusions?	✓				✓			✓			✓	
Q8	Les auteurs de la revue ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée?	✓				✓			✓			✓	
Q9	Les auteurs de la revue ont-ils utilisé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue?			✓	✓			✓			✓		
Q11	Si une méta-analyse a été réalisée, les auteurs de la revue ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour l'analyse statistique des résultats ?	NA			✓			✓			✓		
Q12	Si une méta-analyse a été réalisée, les auteurs de la revue ont-ils évalué l'impact potentiel des RoB dans des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou autre synthèse des données ?	NA					✓	✓					✓
Q13	Les auteurs de l'analyse ont-ils pris en compte le RoB des études individuelles lors de l'interprétation / de la discussion des résultats de l'analyse?			✓	✓			✓					✓
Q14	Les auteurs de la revue ont-ils fourni une explication satisfaisante et discuté pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue?			✓	✓			✓					✓
Q15	S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs de la revue ont-ils investigué adéquatement la possibilité d'un biais de publication et discuté de son impact probable sur les résultats de la revue?	NA			✓			✓			✓		
Q16	Les auteurs de la revue ont-ils rapporté des sources potentielles de conflit d'intérêts, y compris les fonds reçus pour mener l'étude?			✓	✓					✓	✓		
NCG	Niveau de confiance global (NCG) dans la revue	<i>Critiquement faible</i>			<i>Critiquement faible</i>			<i>Critiquement faible</i>			<i>Critiquement faible</i>		

Évaluation de la qualité des 17 revues systématiques - AMSTAR-2

	Gonzalez-Valero 2019			Grist 2019			Krause 2019			Lewis 2019			Li 2019			Linardon 2019			Lopez-Lopez 2019		
	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non
Q1	✓			✓			✓			✓			✓					✓	✓		
Q2	✓					✓	✓			✓			✓			✓			✓		
Q3	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Q4		✓			✓			✓		✓				✓			✓			✓	
Q5	✓			✓			✓			✓					✓			✓	✓		
Q6	✓					✓	✓			✓					✓			✓	✓		
Q7		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	
Q8		✓			✓			✓		✓				✓				✓		✓	
Q9			✓	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Q11	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Q12			✓			✓	✓			✓			✓			✓			✓		
Q13			✓			✓	✓			✓			✓			✓			✓		
Q14			✓			✓			✓	✓			✓					✓			✓
Q15	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Q16	✓			✓			✓				✓		✓					✓	✓		
NCG	Critiquement faible			Critiquement faible			Faible			Modéré			Faible			Critiquement faible			Critiquement faible		

Évaluation de la qualité des 17 revues systématiques - AMSTAR-2

	O'Kearney 2019			James-Palmer 2020			Reins 2020			Roberts 2019			Sitbon 2019			Wright 2019		
	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non	Oui	Partiel	Non
Q1	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Q2	✓			✓			✓			✓			✓					✓
Q3	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Q4	✓			✓				✓			✓		✓				✓	
Q5	✓			✓					✓	✓			✓			✓		
Q6	✓				✓				✓	✓					✓	✓		
Q7		✓			✓				✓		✓				✓		✓	
Q8	NA			✓			✓			✓			✓			✓		
Q9	✓			✓				✓		✓			✓			✓		
Q11	✓			NA			✓			✓			NA			✓		
Q12	✓			NA			✓			✓			NA			✓		
Q13	✓			✓			✓			✓				✓		✓		
Q14	✓			✓					✓	✓					✓	✓		
Q15			✓	NA			✓			✓			NA			✓		
Q16	✓				✓			✓		NA			✓			✓		
NCG	<i>Faible</i>			<i>Modéré</i>			<i>Critiquement faible</i>			<i>Faible</i>			<i>Faible</i>			<i>Critiquement faible</i>		

Évaluation de la qualité des études du volet expérientiel

Tableau A-6 Évaluation de la qualité scientifique des études avec un devis mixte⁵

Critères MMAT							
Nom auteur	Questions de filtrage		Volet qualitatif				
	S1	S2	QL 1.1	QL 1.2	QL 1.3	QL 1.4	QL 1.5
Ebenfeld, 2020	1	1	1	?	1	1	?
Gaudiano, 2020	?	?	?	?	1	1	1
Hadjistavropoulos, 2020	1	1	1	0	1	0	?
Hall, 2020	1	1	1	?	?	1	?
Houle, 2019	1	1	1	1	1	1	1
Howells, 2020	1	1	1	1	1	0	0
Lawn, 2019	1	1	1	1	?	1	?
Morthland, 2019	1	1	1	?	?	0	0
Radomski, 2020	?	?	?	0	1	1	1
Wan Mohd Yunus, 2019	1	1	1	1	1	1	0

Tableau A-7 Évaluation de la qualité scientifique des études avec un devis qualitatif⁶

Critères CASP						
Nom auteur	Evaluation globale	Questions clés				
		Q3	Q4	Q5	Q8	Q9
Amos, 2019	Élevée	1	1	1	1	1
Asplund, 2019	Élevée	1	1	1	1	1
Burke, 2019	Faible	0	0	0	1	1
Button, 2019	Modérée	1	+ ou -	+ ou -	1	1
Chen, 2020	Modérée	0	1	0	1	1
De Smet, 2020	Élevée	1	1	1	1	1
Garrido, 2019	Modéré	1	1	+ ou -	1	+ ou -
Rushton, 2020	Élevée	1	1	1	1	1
Sadler, 2020	Modéré	1	+ ou -	1	1	1
Wilmots, 2020	Élevée	1	1	1	1	1

⁵ Dans ce tableau, la cotation 1 signifie « oui », la cotation 0 signifie « non » et la cotation ? signifie « ne sait pas ».

⁶ Dans ce tableau, la cotation 1 signifie « oui », la cotation 0 signifie « non » et la cotation + ou - signifie « plus ou moins ».

ANNEXE B – RÉSULTATS D'EFFICACITÉ

Description des études primaires retenues

Tableau B-1 Description des études primaires retenues pour l'évaluation de l'efficacité

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Abbing <i>et al.</i> , 2019a; Abbing <i>et al.</i> , 2019b Pays-Bas	N = 59 ECR ⁷ Moyenne	Adultes (44 ans) 100 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Art thérapie offert en présence Comparateur : Liste d'attente	Pratique privée	
				10 à 12 séances	7,5 à 12 heures
Ahmad <i>et al.</i> , 2020 Canada	N = 119 ECR Élevée	Adultes (25 ans) 75 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention sélective	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	12 modules+ 8 conférences + 3 discussions avec pairs	5,5 heures
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	12 modules	3 heures
			Comparateur : Liste d'attente		
Akeman <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	N = 306 ECAA ⁸ Moyenne	Adultes (19 ans) 58 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention sélective	Établissement universitaire	
			Intervention : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	4 séances	3,5 heures

⁷ Essai contrôlé randomisé.

⁸ Étude comparative avant-après.

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Barry et al., 2019 Australie	N = 82 ECR Faible	Adultes (38 ans) 82 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention sélective Intervention : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre	
				56 modules	28 heures
Beerse et al., 2020 États-Unis	N = 115 ECR Faible	Adultes (20 ans) 86 % femmes Symptômes anxiété / stress	Niveau : Prévention sélective Intervention : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience combinée à de l'art thérapie Comparateur : Comparateur actif / placebo	Domicile ou autre	
				8 modules + 2 contacts en présence	4 heures
Berg et al., 2019 Scandinavie	N = 71 ECR Moyenne	Adolescents/tes (17 ans) 94 % adolescentes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ⁹	8 modules + rétroaction écrite + 9 contacts par clavardage	NR ¹⁰ pour la durée des modules 4,5 heures pour le clavardage
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	8 modules	NR
Brown et al., 2019 Royaume-Uni	N = 155 ECR Élevée	Adolescents/tes (17 ans) 81 % adolescentes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention indiquée Intervention : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	École secondaire/collégiale	
				1 séance	1 journée scolaire

⁹ TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

¹⁰ NR : Donnée non rapportée.

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Church et Clond, 2019 États-Unis	N = 140 ECAA Faible	Adultes (53 ans) 85 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention sélective	Intervention 1 : Communauté Intervention 2 : Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle	6 séances	42 heures
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle	12 modules	NR
Cook et al., 2019 Royaume-Uni	N = 235 ECR Moyenne	Adultes (20 ans) 83 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	6 modules avec de la rétroaction écrite	6 heures
Davison et al., 2020 Australie	N = 216 ECR Moyenne	Personnes âgées (86 ans) 65 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Prévention indiquée	Établissement de santé et de services sociaux	
			Intervention : Intervention offerte en présence et basée sur l'autodétermination Comparateur : Suivi usuel	23 séances	17 à 23 heures
Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020 Royaume-Uni	N = 1435 Cohorte Élevée	Adultes (40 ans) 64 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement de santé et de services sociaux	
			Intervention 1 : Intervention de counseling offerte en présence	12 séances	NR
			Intervention 2 : TCC	20 séances	NR
Fenger et al., 2020 Scandinavie	N = 64 ECR Faible	Adultes (27 ans) 81 % femmes Troubles anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	9 modules	5 à 8 heures

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Fortin-Delisle <i>et al.</i> , 2020 Canada	N = 77 ECR Moyenne	Adultes (38 ans) 80 % femmes Trouble d'anxiété généralisée	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement de santé et de services sociaux	
			Intervention : Intervention offerte en présence de modification des biais d'interprétation combinée à de la TCC	14 séances	14 heures
			Intervention 2 : TCC	14 séances	14 heures
Gili <i>et al.</i> , 2020 Espagne	N = 221 ECR Moyenne	Adultes (45 ans) 78 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement de santé et de services sociaux	
			Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	4 modules + 1 séance d'information de groupe en présence	4 à 5,5 heures
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	4 modules + 1 séance d'information de groupe en présence	4 à 5,5 heures
			Intervention 3 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	4 modules + 1 séance d'information de groupe en présence	4 à 5,5 heures
			Comparateur : Suivi usuel		
Hanson, 2019 Royaume-Uni	N = 115 ECR Moyenne	Adultes (39 ans) 87 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	8 modules	NR
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	8 modules	NR
Haugland <i>et al.</i> , 2020 Scandinavie	N = 313 ECR Élevée	Adolescents/tes (14 ans) 84 % adolescentes Symptômes d'anxiété sociale	Niveau : Prévention indiquée	École secondaire/collégiale	
			Intervention 1 : TCC brève de groupe et offerte en présence	5 séances	5,5 heures
			Intervention 2 : TCC régulière de groupe et offerte en présence	12 séances	18 heures

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Hilcove et al., 2020 États-Unis	N = 80 ECR Moyenne	Adultes (42 ans) 95 % femmes Symptômes de stress / épuisement	Niveau : Prévention sélective Intervention : Yoga de groupe, offert en présence et basé sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	Établissement de santé et de services sociaux	
				6 séances	NR
Idsoe et al., 2019 Scandinavie	N = 228 ECR Moyenne	Adolescents/tes (17 ans) 89 % adolescentes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi usuel	Contextes multiples	
				8 séances	12 heures
Kählke et al., 2019 Allemagne	N = 200 ECR Élevée	Adultes (27 ans) 62 % femmes Trouble d'anxiété sociale	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre	
				9 modules	9 heures
Kladnitski et al., 2020 Australie	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	NR
				6 modules	NR
				6 modules	NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Kothari et al., 2019 Royaume-Uni	N = 120 ECR Moyenne	Adultes (29 ans) 82 % femmes Trouble obsessionnel- compulsif	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 rétroaction écrite	NR
Külz et al., 2019 Allemagne	N = 125 ECR Élevée	Adultes (39 ans) 62 % femmes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement universitaire	
			Intervention 1 : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience et la TCC	8 séances	16 heures
			Intervention 2 : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique	8 séances	16 heures
Leterme et al., 2020 France	N = 120 ECR Élevée	Adultes (38 ans) 65 % femmes Trouble d'adaptation avec anxiété	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement en santé et en services sociaux	
			Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	5 modules avec contact en présence	6 heures
			Intervention 2 : Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC	5 séances	4 à 5 heures
			Comparateur : Suivi usuel		
Lorentzen et al., 2020 Scandinavie	N = 163 ECR Élevée	Adolescents/tes (16 ans) 90 % adolescentes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Prévention indiquée	Établissement en santé et en services sociaux	
			Intervention : Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique Comparateur : Liste d'attente	4 séances	6 heures

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
MacLean <i>et al.</i> , 2020 Canada	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	NR pour la durée des modules 6h à 12h pour les contacts téléphoniques
Martinez <i>et al.</i> , 2019 Chili	N = 216 ECR Moyenne	Adolescents/tes (16 ans) 76 % adolescentes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi usuel	Établissement en santé et en services sociaux	
				8 séances	5,5 heures
McGuire <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	N = 71 ECR Élevée	Adolescents/tes (12 ans) 63 % adolescentes Trouble obsessionnel- compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC offerte en présence avec un volet individuel et un volet parental Intervention 2 : Intervention offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique combinée à de la relaxation appliquée	Établissement en santé et en services sociaux	
				12 séances	18 heures
				12 séances	NR
Moberg <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	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 la pleine conscience et sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre	
				10 activités	NR
Mohr <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	N = 301 ECR Moyenne	Adultes (36 ans) 76 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Domicile ou autre	
				12 activités + contacts par clavardage ou téléphoniques	NR
				12 activités	NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Nilsson <i>et al.</i> , 2019 Scandinavie	N = 837 ECR Moyenne	Adultes (NR) 63 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	12 modules	NR
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	7 modules	1 heure
Oh <i>et al.</i> , 2020 Corée du Sud	N = 45 ECR Moyenne	Adultes (41 ans) 51 % femmes Trouble panique avec ou sans agoraphobie	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	5 activités	NR
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	1 module	NR
Oser <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	N = 316 ECAA Moyenne	Adultes (45 ans) 63 % femmes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi usuel	40 activités avec contact par messagerie	6,5 à 10 heures
Powell <i>et al.</i> , 2020 Royaume-Uni	N = 2122 ECR Moyenne	Adultes (37 ans) 80 % femmes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	6 modules	NR
Reins <i>et al.</i> , 2019 Allemagne	N = 131 ECR Élevée	Adultes (42 ans) 76 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	6 à 9 modules avec rétroaction écrite	3h à 4,5 heures
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	NR	NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Richards et al., 2020 Royaume-Uni	N = 361 ECR Élevée	Adultes (30 ans) 71 % femmes Troubles dépressifs ou anxieux	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre	
				7 modules avec rétroaction	8 à 8,5 heures
Rodriguez et al., 2020 États-Unis	N = 260 ECR Élevée	Adultes (19 ans) 73 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Prévention sélective Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (propre perspective) Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective de l'autre) Intervention 3 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective d'une tierce personne) Comparateur : Comparateur actif / placebo	Domicile ou autre	
				1 module	NR
				1 module	NR
				1 module	NR
Salomonsson et al., 2020 Scandinavie	N = 152 ECR Moyenne	Adultes (43 ans) 88 % femmes Trouble d'adaptation	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention de retour au travail offerte en présence Intervention 2 : TCC régulière offerte en présence Intervention 3 : TCC et intervention de retour au travail offerte en présence	Établissement de santé et de services sociaux	
				10 séances	NR
				8 à 20 séances	NR
				10 à 25 séances	NR
Sass et al., 2019 États-Unis	N = 55 ECAA Moyenne	Adultes (21 ans) 87 % femmes Symptômes anxiété / dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention brève de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	Établissement universitaire	
				5 séances	6 heures

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Schure et al., 2019 États-Unis	N = 343 ECR Moyenne	Adultes (43 ans) 85 % femmes Symptômes de dépression	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	
				31 modules	NR
Schweden et al., 2020 Allemagne	N = 49 ECR Moyenne	Adultes (25 ans) 95 % femmes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC Comparateur : Comparateur actif / placebo	Établissement universitaire	
				1 séance	4,5 heures
Steinmann et al., 2020 Allemagne	N = 47 ECR Moyenne	Adultes (46 ans) 72 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC offerte en présence et par téléphone, avec envoi de lettres de motivation Intervention 2 : TCC offerte en présence et par téléphone, sans envoi de lettres de motivation	Établissement de santé et de services sociaux	
				9 à 13 séances	4,5 à 6,5 heures
				9 à 13 séances	4,5 à 6,5 heures
Stjerneklar et al., 2019 Scandinavie	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 et al., 2019 États-Unis	N = 359 ECAA Moyenne	Adultes (36 ans) 60 % femmes Trouble obsessionnel-compulsif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse Intervention 2 : Intervention offerte en présence et basée sur la restructuration cognitive Intervention 3 : Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse avec restructuration cognitive	Établissement de santé et de services sociaux	
				NR	NR
				NR	NR
				NR	NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Stevenson <i>et al.</i> , 2019 Australie	N = 119 ECR Moyenne	Adultes (29 ans) 77 % femmes Trouble d'anxiété sociale	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	14 modules	1 à 3,5 heures
			Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	14 modules	1 à 3,5 heures
Tanaka <i>et al.</i> , 2019 Japon	N = 46 ECR Élevée	Personnes âgées (70 ans) 74 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Communauté	
			Intervention : Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC (groupe et individuel) Comparateur : Liste d'attente	2 séances	2 heures
Thase <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	N = 154 ECR Moyenne	Adultes (45 ans) 66 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement de santé et de services sociaux	
			Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	9 modules + 12 contacts en présence	10 à 14,5 heures
			Intervention 2 : TCC	20 séances	16,5 heures
Topooco <i>et al.</i> , 2019 Scandinavie	N = 70 ECR Élevée	Adolescents/tes (17 ans) 96 % adolescentes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	8 modules +rétroaction écrite + 8 contacts par clavardage	NR pour la durée des modules 6 heures pour le clavardage
Wootton <i>et al.</i> , 2019 Australie	N = 140 ECR Moyenne	Adultes (33 ans) 81 % femmes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique	Domicile ou autre	
			Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	5 modules	NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention Type de comparateur	Lieu d'intervention	
				Nombre de séances/modules	Durée totale de l'intervention
Zaboski <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	N = 48 ECR Moyenne	Adultes (24 ans) 54 % femmes Trouble d'anxiété sociale	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé	Établissement universitaire	
			Intervention 1 : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse	6 séances	12 heures
			Intervention 2 : Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique	6 séances	12 heures

Note : Une séance réfère à une intervention offerte en présentiel ou par téléphone alors qu'un module ou une activité réfère à une intervention accessible via un ordinateur ou une application mobile.

Résultats d'efficacité obtenus

Tableau B-2 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes de dépression

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
Ahmad 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	39	5%	65%	8 semaines PHQ-9	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 8,1 (ét : 6,0); M post-test = 6,0 (ét : 3,9) Comparateur : M prétest = 9,1 (ét : 6,2); M post-test = 9,7 (ét : 6,9) Taille d'effet : d = 0,66; p < 0,001
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	40	12,8%	68%		
	Comparateur : Liste d'attente	40	---	---		
Akeman 2020	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur la pleine conscience	126	3,2%	87%	4 semaines PROMIS	Pas de différence significative entre le groupe d'intervention et la liste d'attente. Groupe1 : M post-test = 51,9; IC (49,9 à 53,1) Comparateur : M post-test = 52,1, IC (50,7 à 53,5) Taille d'effet : d = 0,08; IC (-0,82 - 0,98)
	Comparateur : Liste d'attente	180	---	---		
Barry 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	43	19%	62,5%	NR DASS	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 5,9 (ét : 5,2); M post-test = 5,3 (ét : 3,7) Comparateur : M prétest = 7,6 (ét : 6,7); M post-test = 7,0 (ét : 6,1) Taille d'effet : d = 0,44; IC (0,04 – 0,90)
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---		
Berg 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	33	2,9%	81%	8 semaines BDI-II	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparativement au groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 33,1 (ét : 9,4); M post-test = 19,9 (ét : 7,2) Groupe 2 : M prétest = 32,3 (ét : 10,2); M post-test = 25,2 (ét : 7,8);
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	37	NR	NR		

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						F (1,67) = 6,18; p < 0,05 Taille d'effet : d = 0,71 IC (0,22 - 1,19)
Brown 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	72 83	13,9% ---	72,2% ---	12 semaines MFQ	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur de l'intervention de groupe comparativement à la liste d'attente. Différence de moyennes : -3,45 IC (-6,01 - 0,88); p = 0,008 Taille d'effet : d = 0,27 IC (0,04 - 0,49)
Church 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle	103 37	0% 64,1%	NR NR	12 semaines HADS-d	Pas de différence significative au post-test entre les 2 groupes d'autosoins. Groupe 1 : M prétest = 4,5 (ét : 4,0); M post-test = 3,5 (ét : 3,6) Groupe 2 : M prétest = 2,5 (ét : 0,4); M post-test = 2,2 (ét : 0,3) F (2, 202) = 1,04, p = 0,252 Taille d'effet intergroupe: d = 0,14 Diminution modérée des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour l'intervention de groupe (d = 0,63; IC : 0,16 – 1,09) et forte diminution pour l'autosoin non guidé (d = 1,00; IC : 0,52 – 1,48).
Cook 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	82 77	28% ---	57,7% ---	12 semaines PHQ-9	Pas de différence significative au post-test entre le groupe d'autosoin guidé et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 5,6 (ét : 3,2); M post-test = 4,7 IC (3,7 - 5,8) Comparateur : M prétest = 5,6 (ét : 4,1); M post-test = 5,4 IC (4,5 - 6,3) Différence de moyennes: -0,55 IC (-2,05 - 0,96), p > 0,05 Taille d'effet : d = 0,14 Faible diminution des symptômes de dépression pour l'autosoin guidé au suivi de 6 mois mais pas de différence significative avec la liste d'attente au suivi de 15 mois.
Davison 2020	Groupe 1 : Intervention axée sur l'autodétermination Comparateur : Traitement usuel	154 154	NR ---	NR ---	16 semaines CSDD	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement au traitement usuel. Groupe 1 : M post-test = 7,0 (ét : 5,6) Comparateur : M post-test = 8,6 (ét : 6,5) ; p < 0,05 Taille d'effet : d = 0,30; IC (0,08 – 0,52) Les gains se sont maintenus au suivi de 7 mois.
Delgadillo 2020	Groupe 1 : Thérapie de counseling	331	NR	69%	12 semaines	Pas de différence significative au post-test entre les 2 groupes. Groupe 1 : M prétest et post-test : NR

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
	Groupe 2 : TCC	1104	NR	47,8%	PHQ-9	Groupe 2 : M prétest et post-test : NR Taille d'effet : d = 0,05
Fenger 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	32 32	9,4% ---	84,4% ---	10 semaines SCL-90	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur de l'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 0,5 IC (0,4 - 0,8) Comparateur : M prétest : NR; M post-test = 1,0 IC (0,8 - 1,3) Différence de moyennes = 0,48 IC (0,82 – 0,78); p = 0,002 Taille d'effet : 0,79; IC (0,28 – 1,30) Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.
Fortin-Delisle 2020	Groupe 1 : Programme modification des biais d'interprétation et TCC Groupe 2 : TCC	34 34	13,5% 14,7%	NR NR	14 semaines BDI-II	Faible diminution des symptômes de dépression en faveur de la TCC au post-test. Groupe 1 : M prétest = 18,6 (ét : 9,6); M post-test = 10,7 (ét : 8,9) Groupe 2 : M prétest = 15,4 (ét : 6,9); M post-test = 7,3 (ét : 8,7) Différence de moyennes au post-test : 3,44; p > 0,05 Taille d'effet : d = 0,40; IC (0,91 – 0,71) Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement pour la TCC seule (d = 0,94) et combiné avec un programme de modification des biais (0,88).
Gili 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique Comparateur : Suivi professionnel standardisé	54 54 56 57	24% 28% 45% ---	52% 44% 32% ---	8 semaines PHQ-9	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 12,7 (ét : 2,56); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 12,5 (ét : 2,1); M post-test : NR $\beta = -3,00$, IC (-5,37 à -0,63); p = 0,01. Taille d'effet : g = 0,50 Faible diminution des symptômes de dépression en faveur de l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à un suivi professionnel. Groupe 2 : M prétest = 12,6 (ét : 2,03); M post-test : NR Comparateur : M prétest : 12,5 (ét : 2,1); M post-test : NR $\beta = -1,46$ IC (-3,81 à 0,89); p = 0,22 Taille d'effet : g = 0,23

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						<p>Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique comparativement à un suivi professionnel.</p> <p>Groupe 3 : M prétest = 12,6 (ét : 2,46); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 12,5 (ét : 2,1); M post-test : NR $\beta = -3.05$; IC (-5,43 à -0,68); p = 0,01 Taille d'effet : g = 0,47</p> <p>Pas de différence significative entre les interventions lorsque comparées entre elles. Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.</p>
Hanson 2019	<p>Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive</p> <p>Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC</p>	56 59	58,9% 62,7%	NR NR	8 semaines BDI-II	<p>Pas de différence significative entre les 2 groupes d'autosoin au post-test.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 27,1 (ét : 9,2); M post-test = 12,70 (ét : 11,5) Groupe 2 : M prétest = 29,2 (ét : 9,5); M post-test = 14,44 (ét : 9,3) Différence de moyennes : -1,74 ; p > 0,05; $\eta^2 = ,08$ Taille d'effet : d = 0,16 IC (-0,31 – 0,63)</p> <p>Forte diminution des symptômes de dépression observée du pré au post-traitement pour l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive (d = 1,24; IC : 0,59 – 1,09) ainsi que pour l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC (d = 1,58; IC : 0,86 – 2,03).</p> <p>Les gains se sont maintenus au suivi de 1 mois.</p>
Haugland 2020	<p>Groupe 1 : TCC brève de groupe</p> <p>Groupe 2 : TCC régulière de groupe</p>	141 159	4,4% 2,5%	NR NR	10 semaines SMFQ-adolescents	<p>Pas de différence significative entre les 2 groupes de TCC au post-test.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 8,6 (ét : 0,7); M post-test = 8,3 (ét : 0,7) Groupe 2 : M prétest = 8,8 (ES : 0,8); M post-test = 9,5 (ét : 0,7) Différence de moyennes: 0,89 IC (-1,15 – 2,93); p = 0,260 Tailles d'effet : d = 0,10</p> <p>Fiable diminution des symptômes du pré au post-traitement pour la TCC régulière (d = 0,24; IC (0,003 – 0,48) mais pas de diminution significative du pré au post-traitement pour la TCC brève (d = 0,13 : IC (0,11 – 0,39).</p>
Idsoe 2019	Groupe 1 : Intervention basée principes de TCC	133	40%	NR	10 semaines CES-D	<p>Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à un suivi professionnel.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 33,1 (ét : 9,9); M post-test = 26,5 (ét : 11,8)</p>

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
	Comparateur : Suivi professionnel	95	---	---		Comparateur : M prétest = 32,0 (ét : 9,7); M post-test = 29,5 (ét : 10,8) Taille d'effet : d = 0,31 ; p = 0,045
Kählke 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	100	9%	58%	9 semaines BDI-II	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 12,7 (ét : 8,2); M post-test = 8,1 (ét : 6,7) Comparateur : M prétest = 12,9 (ét : 7,7); M post-test = 11,8 (ét : 8,2) F (1, 197) = 16,66, p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,50 ; IC (0,22,- 0,78)
	Comparateur : Liste d'attente	100	---	---		
Kladnitski 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	39	5%	81%	14 semaines PHQ-9	Forte diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé de nature transdiagnostique comparativement à la liste d'attente et du pré au post-traitement. Groupe 1 : M prétest et M post-test : NR; Comparateur : M prétest et M post-test : NR; Taille d'effet intergroupe: d = 0,89 IC (0,37 - 1,41); p < 0,05 Taille d'effet intragroupe : d = 1, 08
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC	40	7,5%	83%		
	Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience	40	2,5%	63%		
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---		
						Forte diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la TCC et la pleine conscience comparativement à la liste d'attente et du pré au post-traitement. Groupe 2 : M prétest et M post-test : NR; Comparateur : M prétest et M post-test : NR; Taille d'effet intergroupe: d = 1,16 IC (0,61 - 1,71) ; p < 0,05 Taille d'effet intragroupe : d = 1,49
						Forte diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience comparativement à la liste d'attente. Groupe 3 : M prétest et M post-test : NR; Comparateur : M prétest et M post-test : NR; Taille d'effet intergroupe: d = 1,18; IC (0,63 - 1,74) ; p < 0,05 Taille d'effet intragroupe : d = 1,18
						Peu ou pas de différence entre les interventions lorsque comparées entre elles (d variant de 0,17 à 0,33).

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs	
Külz 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la pleine conscience et de la TCC	61	6,6%	81%	8 semaines	Faible diminution des symptômes dépressifs en faveur de l'intervention de groupe basés sur les principes de la TCC et de la pleine conscience comparativement au groupe d'éducation psychologique a post-test : ni au suivi de 6 mois. Groupe 1 : M prétest = 19,3 (ét : 10,7); M post-test = 14,2 (ét : 10,7) Groupe 2 : M prétest = 20,2 (ét : 10,4); M post-test = 17,8 (ét : 11,5) F (1, 102) = 4,7 Taille d'effet : d = 0,43 Pas de différence entre les 2 interventions au suivi de 6 mois.	
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	64	9,4%	66,3%	BDI-II		
Leterme 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	39	7,5%	NR	8 semaines	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur des 2 groupes d'intervention comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest : 9,2 (7,6-11,1); M post-test : 6,1 (4,6-7,6); Groupe 2 : M prétest : 8,9 (7,3-10,4); M post-test : 6,1 (4,5-7,6); Comparateur : M prétest : 7,8 (6,4-9,1); M post-test : 7,5 (6,1-8,8); Taille d'effet groupe 1 : d = 0,63; IC (0,16 – 1,08) Taille d'effet groupe 2 : d = 0,56; IC (0,10 – 1,02) Pas de différence significative entre l'autosoin guidé et l'intervention en présence au post-test (d = 0,09; IC : -0,36 – 0,54). Les deux interventions ont entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression du pré au post-traitement (d = 0,70 et 0,59 respectivement). Les gains se sont maintenus au suivi de 6 mois.	
	Groupe 2 : Intervention basée sur les principes de la TCC	38	NR	NR			BDI
	Comparateur : Suivi professionnel	38	---	---			
Lorentzen 2020	Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	88	5,3%	83,9%	6 semaines	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 28,9 (ét : 12,5); M post-test = 20,5 (ét : 14,4) Comparateur : M prétest = 29,2 (ét : 10,9); M post-test = 24,2 (ét : 10,8) t = -1,84, p = 0,066 Taille d'effet : g = 0,30 (-0,03 - 0,63)	
	Comparateur : Liste d'attente	75	---	---			BDI-II
MacLean 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	47	8,5%	56%	12 semaines	Faible diminution des symptômes de dépression en faveur de l'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 14,9 (ét : 6,0); M post-test = 11,3 (ét : 6,4)	
	Comparateur : Liste d'attente	48	---	---			PHQ-9

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						<p>Comparateur : M prétest = 15,4 (ét : 5,4); M post-test = 12,4 (ét : 6,4) T = -0,37, IC (-3,1 à 2,2); p = 0,72 Taille d'effet : d = 0,25</p> <p>51% des participants du groupe d'autosoins guidés ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes comparativement à 37% pour la liste d'attente mais la différence n'est pas statistiquement significative.</p>
Martinez 2019	<p>Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC</p> <p>Comparateur : Suivi professionnel standardisé</p>	<p>108</p> <p>108</p>	<p>5,5%</p> <p>---</p>	<p>69%</p> <p>---</p>	<p>8 semaines</p> <p>BDI</p>	<p>Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à un suivi professionnel.</p> <p>Groupe 1 : M prétest : NR ; M post-test = 13,2 (ét : 9,4) Comparateur : M prétest : NR ; M post-test = 17,1 (ét : 10,2) Différence de moyennes : -3,75, IC (-6,23 à -1,28), p = 0,003 Taille d'effet : d = 0,39 IC (0,12 - 0,67)</p> <p>40% des participants du groupe d'intervention ont présenté une amélioration cliniquement significative comparativement à 26,5% de ceux avec un suivi professionnel (odds ratio = 1,95 IC (1,04 - 3,65), p = 0,036).</p> <p>Les effets ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.</p>
McGuire 2019	<p>Groupe 1 : TCC volet individuel et volet parental</p> <p>Groupe 2 : Éducation psychologique et relaxation appliquée</p>	<p>22</p> <p>49</p>	<p>12,2%</p> <p>22,7%</p>	<p>NR</p> <p>NR</p>	<p>14 semaines</p> <p>SUDS-youth</p>	<p>Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur de la TCC comparativement au groupe d'éducation psychologique.</p> <p>Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test : NR; Groupe 2 : M prétest : NR; M post-test : NR; F (1, 56,7) = 6,87, p = 0,011 Taille d'effet : 0,71; IC (0,19 – 1,23)</p>
Moberg 2019	<p>Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	<p>253</p> <p>243</p>	<p>68,8%</p> <p>---</p>	<p>NR</p> <p>---</p>	<p>4 semaines</p> <p>PHQ-8</p>	<p>Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoins non guidés comparativement à la liste d'attente.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 9,7 (ét : 0,2); M post-test = 7,4 (ét : 0,4) Comparateur : M prétest = 10,0 (ét : 0,2); M post-test = 9,5 (ét : 0,3) χ^2 (N = 180) = 13,74; p < 0,001. Taille d'effet : d = 0,54; IC (0,36 – 0,72)</p> <p>42% des participants du groupe d'autosoins ont présenté une amélioration cliniquement significative.</p>

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
Mohr 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	150 152	12% 0,7%	NR NR	8 semaines PHQ-9	Pas de différence significative au post-test entre l'autosoin guidé et l'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 12,9 (ét : 4,6); M post-test = 7,2 (ét : 5,4) Groupe 2 : M prétest = 13,5 (ét : 4,7); M post-test = 8,4 (ét : 4,8) Taille d'effet : d = 0,19 Diminution modérée des symptômes de dépression du pré au post traitement pour l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC (d = 0,69; IC : 0,46 – 0,93) ainsi que pour l'autosoin non guidé basé sur la même approche (d = 0,59; IC : 0,45 – 1,11).
Nilsson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	418 419	81% 52%	15% NR	7 semaines PHQ-9	Pas de différence significative entre les 2 groupes d'autosoin non guidé au post-test. Groupe 1 : M prétest = 10,4; IC (9,6-11,2); M post-test = 7,3 (ét : NR) Groupe 2 : M prétest : NR; M post-test : NR Différence de moyennes : 0,11; IC (-2,77 à - 2,99); p = 0,939 Taille d'effet : d = 0,13 IC (-0,54 à 0,27) Pas de diminution significative des symptômes du pré au post-traitement pour les 2 autosoins non guidés.
Oh 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	23 22	8,7% 9,1%	30% 65%	4 semaines HADS	Pas de différence significative entre les 2 groupes d'autosoin non guidé au post-test. Groupe 1 : M prétest = 7,6 (ét : 4,5); M post-test = 6,7 (ét : 4,8) Groupe 2 : M prétest = 7,5 (ét : 4,7); M post-test = 7,6 (ét : 4,7) Différence de moyennes : -1,00; p > 0,05; groupe X temps : p = 0,19 Taille d'effet : d = 0,05 Pas de diminution significative des symptômes du pré au post-traitement pour les 2 autosoins non guidés.
Reins 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	65 66	3% 0%	75,4% 80,3%	6 semaines HRSD	Faible diminution des symptômes de dépression en faveur du groupe d'autosoin guidé basé sur la TCC comparativement au groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 22,1 (ét : 7,7); M post-test = 13,7 (ét : 7,5) Groupe 2 : M prétest = 21,8 (ét : 8,6); M post-test = 16,5 (ét : 9,5) $\beta = -7,12$; IC (2,84 - 11,40); p < 0,01 Taille d'effet : d = 0,36 IC (0,01 - 0,70)

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						<p>Forte diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement pour l'autosoins guidé (1,10; IC : 0,74 – 1,47) et diminution modérée pour l'autosoins non guidé (d = 0,56; IC : 0,21 – 0,92).</p> <p>69% des participants du groupe d'autosoins guidé basé sur la TCC et 50% de ceux du groupe d'autosoins non guidé basé sur l'éducation psychologique ont présenté une amélioration cliniquement significative au post-test. Les taux de rémission rapportés sont de 35% et 29% respectivement.</p>
Richards 2020	<p>Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	<p>241</p> <p>120</p>	<p>15,8%</p> <p>---</p>	<p>41%</p> <p>---</p>	<p>8 semaines PHQ-9</p>	<p>Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoins guidé comparativement à la liste d'attente.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 14,4 (ét : 4,9); M post-test = 9,3 (ét : 5,9) Groupe 2 : M prétest = 14,2 (ét : 5,1); M post-test = 11,6 (ét : 5,7) Beta = -2,75 IC (-4,00 à -1,50) ; p < 0,0001 Taille d'effet : d = 0,55 IC (0,32 - 0,77)</p> <p>63% des participants du groupe d'autosoins guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes.</p>
Rodriguez 2020	<p>Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (propre perspective)</p> <p>Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective de l'autre)</p> <p>Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective d'une tierce personne)</p> <p>Comparateur : comparateur actif</p>	<p>70</p> <p>67</p> <p>57</p> <p>66</p>	<p>0%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> <p>---</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>---</p>	<p>1 séance BSI-18</p>	<p>Pas de différence significative au post-test entre les 3 groupes d'autosoins et le comparateur actif.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 1,8 (ét : 0,7); M post-test : NR; β = 0,02; p = 0,873 Groupe 2 : M prétest = 1,8 (Ét : 0,8); M post-test : NR; β = 0,08; p = 0,345 Groupe 3 : M prétest = 1,8 (ét : 0,8); M post-test : NR; β = 0,03; p = 0,766 Comparateur : M prétest : 1,7 (0,7); M post-test : NR; Taille d'effet groupe 1, 2 et 3 : d = 0,05</p>
Salomonsson 2020	<p>Groupe 1 : Intervention de retour au travail</p> <p>Groupe 2 : TCC régulière</p> <p>Groupe 3 : TCC et intervention de retour au travail</p>	<p>49</p> <p>52</p> <p>51</p>	<p>6,1%</p> <p>1,9%</p> <p>2%</p>	<p>98%</p> <p>98%</p> <p>97%</p>	<p>20 semaines MADRS-5</p>	<p>Pas de différence significative entre les 3 groupes d'intervention au post-test ni au suivi de 12 mois.</p> <p>Groupe 1 : M prétest : 21,5 (7,5); M post-test : 11,4 (7,6); Groupe 2 : M prétest : 21,6 (7,2); M post-test : 10,7 (7,7); Groupe 3 : M prétest : 21,1 (6,5); M post-test : 10,6 (9,3); Tailles d'effets intergroupes:</p>

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						<p>Groupe 1 versus groupe 2 : $d = 0,09$ Groupe 1 versus groupe 3 : $d = -0,09$ Groupe 3 versus groupe 2 : $d = -0,01$</p> <p>Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement dans les 3 groupes d'intervention. Tailles d'effets intra-groupes : Groupe 1 : $d = 1,34$, IC (0,87 à 1,78) Groupe 2 : $d = 1,46$, IC (1,01 à 1,89) Groupe 3 : $d = 1,38$, IC (0,94 à 1,80)</p>
Sass 2019	<p>Groupe 1 : Intervention brève de groupe basée sur la pleine conscience</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	<p>22</p> <p>33</p>	<p>9,1%</p> <p>---</p>	<p>84%</p> <p>---</p>	<p>5 semaines</p> <p>MASQ-AD8</p>	<p>Pas de différence significative au post-test entre le groupe d'intervention et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 20,0 (ét : 4,6); M post-test = 15,7 (ét : 4,5) Comparateur : M prétest = 18,2 (ét : 5,6); M post-test = 17,3 (ét : 6,9) $F(1,37) = 3,75$, $p = 0,06$ Taille d'effet : $d = 0,54$ mais non significative : $p = 0,06$</p> <p>Diminution significative des symptômes du pré au post-traitement rapportée pour les participants du groupe d'intervention ($F(1, 17) = 11,09$ $p = 0,004$).</p>
Schure 2019	<p>Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	<p>181</p> <p>162</p>	<p>26,7%</p> <p>---</p>	<p>28,1%</p> <p>---</p>	<p>8 semaines</p> <p>PHQ-9</p>	<p>Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 13,7 (ét : 5,0); M post-test : NR; Comparateur : M prétest = 13,4 (ét : 5,0); M post-test : NR; $F(1,248) = 28,67$; $p < 0,001$ Taille d'effet : $d = 0,63$</p>
Steinmann 2020	<p>Groupe 1 : TCC avec envoi de lettres de motivation</p> <p>Groupe 2 : TCC sans envoi de lettres de motivation</p>	<p>26</p> <p>21</p>	<p>23,1%</p> <p>14,3%</p>	<p>76,2%</p> <p>82,3%</p>	<p>15 semaines</p> <p>PHQ-9</p>	<p>Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe de TCC avec envoi de lettres de motivation. Groupe 1 : M prétest = 10,2 (ét : 4,5); M post-test = 8,6 (ét : 5,1) Groupe 2 : M prétest = 10,2 (ét : 5,1); M post-test = 8,3 (ét : 4,9) Différence de moyennes = 1,05, $p = 0,56$ Taille d'effet : $d = 0,25$</p> <p>Les deux groupes présentent une faible diminution de leurs symptômes du pré au post-traitement ($d = 0,31$ et $0,46$ respectivement).</p>

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						29% et 27% des participants des deux groupes ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes; et 19% et 35% se sont rétablis.
Stjerneklar 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	35 35	5,7% ---	67,5% ---	14 semaines S-MFQ	Pas de différence significative au post-test entre le groupe d'autosoin et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 10,5 (ét : 6,5); M post-test = 8,1 (ét : 7,8) Comparateur : M prétest = 10,9 (ét; 7,1); M post-test = 7,8 (ét : 7,1) Taille d'effet : d = 0,11; p = 0,932
Steketee 2019	Groupe 1 : Exposition/prévention de la réponse Groupe 2 : Restructuration cognitive Groupe 3 : Exposition plus restructuration cognitive	108 108 126	NR NR NR	NR NR NR	15 semaines BDI	Pas de différence significative entre le groupe d'exposition/prévention de la réponse et le groupe de restructuration cognitive; ni entre le groupe de restructuration cognitive et le groupe d'exposition et de restructuration cognitive. Groupe 1 : M prétest = 17,9 (ét : 10,7); M post-test = 11,9 (ét : 10,7) Groupe 2 : M prétest = 17,7 (ét : 11,1); M post-test = 9,4 (ét : 9,2) Groupe 3 : M prétest = 16,2 (ét : 10,0); M post-test = 7,5 (ét : 7,6) Taille d'effet groupe 1 versus groupe 2 : d = 0,05 Taille d'effet groupe 2 versus groupe 3 : d = 0,05 Faible diminution des symptômes de dépression en faveur du groupe d'exposition combiné à la restructuration cognitive comparativement au groupe d'exposition seulement. Taille d'effet groupe 3 versus groupe 1 : d = 0,34 Forte diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement dans les 3 groupes d'intervention (d = 0,81; 1,18 et 0,89 respectivement).
Stevenson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	60 59	27% 8,5%	73,6% 85%	2 semaines DASS-21	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à celui basé sur la restructuration cognitive. Groupe 1 : M prétest = 17,8 (ét : 12,7); M post-test = 10,3 (ét : 10,9) Groupe 2 : M prétest = 16,2 (ét : 7,2); M post-test = 12,4 (ét : 10,9) Taille d'effet : d = 0,33
Tanaka 2019	Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC (groupe et individuel)	23	4%	96%	12 semaines	Faible diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à la liste d'attente.

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
	Comparateur : Liste d'attente	23	---	---	GDS-SF	Groupe 1 : M prétest = 3,6 (ét : 2,8); M post-test = 3,2 (NR) Comparateur : M prétest = 2,8 (ét : 3,4); M post-test : 4,1 (NR) Taille d'effet : d = 0,34; IC (0,16 - 0,58); p < 0,01
Thase 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	77	18,2%	81,8%	16 semaines	Pas de différence significative au post-test entre l'autosoin guidé et la TCC'. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 8,9 (ét : 5,6) Groupe 2 : M prétest : NR; M post-test = 9,2 (ét : 6,3) Taille d'effet : d = 0,05; IC (-0,44 à 0,54) Les auteurs rapportent une diminution significative des symptômes de dépression du pré au post-traitement (données NR). 43% et 42% des participants du groupe d'autosoin et du groupe de TCC ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes.
	Groupe 2 : TCC	77	29,8%	79,2%	HAMD	
Topooco 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	11,4%	74%	8 semaines	Forte diminution des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 31,6 (ét : 10,0); M post-test = 16,0 (ét : 11,30) Comparateur : M prétest = 28,8 (ét : 7,9); M post-test = 24,8 (ét : 10,4) Taille d'effet : d = 0,85 ; IC (0,37 - 1,35); p < 0,001 46% des participant du groupe d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes et 56% se sont rétablis. Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	BDI	
Wootton 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	65	27,8%	70,8%	8 semaines	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 11,1 (NR); M post-test = 8,2 (NR) Groupe 2 : M prétest = 10,9 (NR); M post-test = 11,4 (NR) Taille d'effet : d = 0,58 IC (0,43 à ,73); p < 0,01
	Comparateur : Liste d'attente	75	---	---	PHQ-9	
Zaboski 2019	Groupe 1 : Groupe d'exposition / prévention de la réponse	22	NR	53%	6 semaines	Diminution modérée des symptômes de dépression au post-test en faveur du groupe d'exposition et de prévention de la réponse comparativement au groupe d'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 17,2 (ét : 8,8); M post-test = 11,3 (ét : 8,8) Groupe 2 : M prétest = 21,1 (ét : 11,3); M post-test = 27,6 (ét : 18,2) t = -2,77; IC (-7,28 à 1,28); p = 0,006
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	24	NR	50%	BDI	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post test sur la diminution des symptômes dépressifs
						<p>Taille d'effet : $d = 0,55$; IC (0,04 – 1,14)</p> <p>Diminution modérée du pré au post-traitement pour le groupe d'exposition/prévention de la réponse ($d = 0,66$; IC (-0,07 – 1,39) et diminution faible pour le groupe d'éducation psychologique ($d = 0,36$; IC : 0,33 à 1,06).</p>

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations : d : d de Cohen; ét : écart-type; F : F de Fisher; g : g de Hedges; IC : intervalle de confiance; M : moyenne; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale

Échelles de mesures utilisées : BDI-II : Beck Depression Inventory; BSI : Brief Symptom Inventory; CES-D : Centre for Epidemiologic Studies Depression scale; CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia; DASS : Depression, Anxiety and Stress Scale; GDS-SF : Geriatric Depression Scale short form; HAMD : Hamilton Rating Scale for Depression; MFQ : Mood and Feelings Questionnaire HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale; HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression; MADRS-5 : Montgomery Asberg Depression Rating Scale-Self; MASQ-AD8 : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; PHQ-9 : Patient Health Questionnaire; PROMIS : Patient-Reported Outcome Measurement Information System; SCL-90 : Symptom Checklist-90-R; S-MFQ : Short Mood and Feeling Questionnaire; SUDS : Subjective Unit of Distress.

Tableau B-3 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes d'anxiété

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Abbing (a) 2019	Groupe 1 : Art thérapie	30	20%	75%	8 semaines	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'Art thérapie comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 103,2 (ét : 21,4); M post-test = 83,5 (ét : 21,4) Comparateur : NR F (1,45) = 11,49 ; p = 0,001, $\eta_p^2 = 0,20$ Taille d'effet : d = 1,00 Les effets ont légèrement diminué au suivi de 3 mois mais demeurent significatifs.
	Comparateur : Liste d'attente	29	27%	50%	LWASQ	
Ahmad 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	39	5%	65%	8 semaines BAI	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 14,7 (ét : 11,5); M post-test = 10,2 (ét : 11,1) Comparateur : M prétest = 13,9 (ét : 12,9); M post-test = 14,2 (ét : 12,6) Taille d'effet : d = 0,34 ; p > 0,05
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience)	40	12,8%	68%		
	Comparateur : Liste d'attente	40	---	---		
Barry 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	43	19%	62,5%	NR DASS	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 6,2 (ét : 7,0); M post-test = 5,8 (ét : 6,2) Comparateur : M prétest = 5,4 (ét : 6,9); M post-test = 4,6 (ét : 5,3) Taille d'effet : d = 0,26; IC (-0,23 – 0,64)
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---		
Beerse 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience combinée à de l'art thérapie	60	NR	83%	5 semaines GAD-7	Faible diminution des symptômes d'anxiété en faveur du groupe d'autosoin guidé versus le comparateur actif au post-test. Groupe 1 : M prétest = 9,6 (ét : 5,4); M post-test = 6,1 (ét : 3,6) Comparateur : M prétest = 8,9 (ét : 4,4); M post-test = 8,4 (ét : 4,6) F (2, 74) = 0,121, p = 0,008
	Comparateur actif	55	---	---		

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
						Taille d'effet : d = 0,26; IC (0,11 – 0,63)
Brown 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	72 83	13,9% ---	72,2% ---	12 semaines RCADS	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test : NR Comparateur : M prétest : NR; M post-test : NR Différence de moyennes : -3,12 IC (-5,71 à -0,53); p = 0,018 Taille d'effet : d = 0,025 IC (0,04 à 0,46)
Church 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle	103 37	0% 64,1%	NR NR	12 semaines HADS	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur de l'intervention de groupe comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 7,7 (ét : 3,9); M post-test : NR Groupe 2 : M prétest = 2,6 (ét : 0,5); M post-test : NR F (1,202) = 102,7, p < 0,0001 Taille d'effet : d = 1,41 Forte diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour l'intervention de groupe basée sur la thérapie interpersonnelle (d = 1,07; IC : 0,58 – 1,56).
Cook 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	82 77	28% ---	57,7% ---	12 semaines GAD-7	Pas de différence significative entre le groupe d'autosoin guidé et la liste d'attente au post-test ni aux suivis de 6 et 15 mois. Groupe 1 : M prétest = 7,3 (ét : 4,2); M post-test = 5,6 IC (4,5 - 6,6) Comparateur : M prétest = 6,6 (ét : 4,2); M post-test = 6,3 IC (5,3 - 7,2) Taille d'effet : d = 0,15 IC (-0,33 – 0,64)
Fenger 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	32 32	9,4% ---	84,4% ---	9 semaines BAI	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 9,6 IC (6,4 - 12,9) Comparateur : M prétest : NR; M post-test = 19,6 IC (15,9 - 23,3) Différence de moyennes: 9,9 IC (4,96 – 14,9) ; p = 0,0002 Taille d'effet : d = 0,98 IC (0,46 – 1,50) Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Fortin-Delisle 2020	Groupe 1 : Programme modification des biais d'interprétation et TCC	34	13,5%	NR	14 semaines	Pas de différence significative entre les deux groupes d'intervention. Groupe 1 : M prétest = 43,2 (ét : 5,7); M post-test = 25,1 (ét : 9,6) Groupe 2 : M prétest = 40,8 (ét : 6,2); M post-test = 24,8 (ét : 11,6) Différence de moyennes : 0,33; $p > 0,05$ Taille d'effet : 0,02 IC (- 0,50 – 0,48) Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement dans les 2 groupes de TCC (d = 1,87 et 1,37 respectivement).
	Groupe 2 : TCC	34	14,7%	NR	QIA	
Haugland 2020	Groupe 1 : TCC brève de groupe (5 séances)	141	4,4%	NR	10 semaines	Pas de différence significative entre les deux groupes d'intervention sur les symptômes d'anxiété sur le SCAS-adolescent au post-test. Groupe 1 : M prétest = 42,0 (ét : 1,6); M post-test = 35,0 (ét : 1,6) Groupe 2 : M prétest = 42,5 (ét : 1,5); M post-test = 32,0 (ét : 1,6) Différence de moyennes : 3,47 IC (-0,99 – 7,93) Taille d'effet : d = 0,18 Diminution modérée des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour la TCC régulière (d = 0,57; IC : 0,32 – 0,81) mais faible pour la TCC brève (d = 0,38; IC : 0,12 – 0,63). Les effets se sont maintenus au suivi d'un an dans les 2 groupes.
	Groupe 2 : TCC régulière de groupe (12 séances)	159	2,5%	NR	SCAS	
Kählke 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	100	9%	58%	9 semaines	Diminution modérée des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 51,5 (ét : 11,2); M post-test = 36,7 (ét : 13,9) Groupe 2 : M prétest = 48,7 (ét : 12,9); M post-test = 44,4 (ét : 14,1) F (1, 197) = 122,51, $p < 0,001$ Taille d'effet : d = 0,55 ; IC (0,27- 0,83)
	Comparateur : Liste d'attente	100	---	---	SIAS	
Kladnitski 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	39	5%	81%	14 semaines	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé de nature transdiagnostique comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest et M post-test : NR Comparateur : M prétest et M post-test : NR Taille d'effet : d = 1,07 IC (0,54 - 1,59); $p < 0,05$
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	40	7,5%	83%	GAD-7	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
	Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	40	2,5%	63%		<p>Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et la TCC comparativement à la liste d'attente. Groupe 2 : M prétest et M post-test : NR Comparateur : M prétest et M post-test : NR Taille d'effet : $d = 1,23$ IC (0,68- 1,78) ; $p < 0,05$</p> <p>Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin basé sur la pleine conscience comparativement à la liste d'attente. Groupe 3 : M prétest et M post-test : NR Comparateur : M prétest et M post-test : NR Taille d'effet : $d = 1,00$ IC (0,46 - 1,54) ; $p < 0,05$</p> <p>Forte diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement dans les 3 groupes d'interventions ($d = 1,07$; 1,04; et 1,08 respectivement).</p> <p>Pourcentage de participants avec une amélioration cliniquement significative plus élevé dans les 3 groupes d'intervention (41%, 30% et 35%) que pour le groupe placé sur la liste d'attente (13%).</p> <p>Pas de différence significative entre les trois interventions lorsque comparées entre elles.</p>
Kothari 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	62 58	48% ---	31% ---	12 semaines OIC-R	<p>Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 16,5; (ét : 1,2); M post-test = 14,1 (ét : 1,7) Comparateur : M prétest = 21,7 (ét : 1,2); M post-test = 22,6 (ét : 1,5) Taille d'effet : $d = 0,91$ IC (0,04 - 1,40); $p < 0,01$</p> <p>47% des participants du groupe d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative comparativement à 28% du groupe sur la liste d'attente. Les gains se sont maintenus au suivi de 3 mois.</p>

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Külz 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	61	6,6%	81%	8 semaines OIC-R	<p>Diminution modérée des symptômes d'anxiété au post-test en faveur de la TCC de groupe comparativement au groupe d'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 24,8 (ét : 10,1); M post-test = 22,1 (ét : 10,4) Groupe 2 : M prétest = 26,3 (ét : 13,0); M post-test = 26,1 (ét : 13,7) F (1, 101) = 5,68, p = 0,019 Taille d'effet : d = 0,50 IC (0,14 – 0,86)</p> <p>Diminution modérée des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour l'intervention de groupe basée sur la TCC et la pleine conscience (d = 0,50; IC : 0,14 – 0,85) mais faible pour le groupe d'éducation psychologique (d = 0,39; IC : 0,03 – 0,75).</p> <p>21% des participants de l'intervention de groupe basée sur la TCC et la pleine conscience ont présenté une amélioration cliniquement significative comparativement à 13% pour le groupe d'éducation psychologique. Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.</p>
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	64	9,4%	66,3%		
Leterme 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	39	7,5%	NR	8 semaines STAI	<p>Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé et de l'intervention basés sur les principes de la TCC comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 57,9 IC (55,3 - 60,4); post-test = 42,0 IC (38,5 - 45,5) Groupe 2 : M prétest = 55,2 IC (52,1 - 58,2); post-test = 43,5 IC (39,4 - 47,7) Comparateur : M prétest = 54,7 IC (51,8 - 57,5); post-test = 54,2 IC (51,3 - 57,1) Tailles d'effet : Groupe 1 versus suivi professionnel : d = 1,23 IC (0,74 – 1,76) Groupe 2 versus suivi professionnel : d = 0,94 IC (0,47 – 1,41)</p> <p>Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement pour l'autosoin guidé (d = 1,97 IC : 1,43 – 2,51) et l'intervention en présence (d = 1,27 IC : 0,72 – 1,70). Pas de différence significative entre les deux interventions lorsque comparées entre elles.</p>
	Groupe 2 : Intervention basée sur les principes de la TCC	38	NR	NR		
	Comparateur : Suivi professionnel	38	---	---		

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Lorentzen 2020	Groupe 1 : Intervention de TCC de nature transdiagnostique Comparateur : Liste d'attente	88 75	5,3% ---	83,9% ---	6 semaines MASC	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'intervention comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 7,9 (ét : 1,4); M post-test = 6,2 (ét : 2,6) Comparateur : M prétest = 7,9 (ét : 1,2); M post-test = 7,2 (ét : 2,0) t = 2,10, p = 0,035 Taille d'effet : g = 0,34; IC (-0,01 - 0,67)
Moberg 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	253 243	68,8% ---	NR ---	4 semaines GAD-7	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 9,7 (ét : 0,2); M post-test = 7,4 (ét : 0,4) Comparateur : M prétest = 9,6 (ét : 0,2); M post-test = 8,8 (ét : 0,4) χ^2 (N = 178) = 4,63; p = 0,031 Taille d'effet : d = 0,32 IC (0,14 - 0,50) 39% des participants du groupe d'autosoin ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété.
Mohr 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	150 152	12% 0,7%	NR NR	8 semaines GAD-7	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 12,1 (ét : 4,3); M post-test = 6,76 (ét : 4,8) Groupe 2 : M prétest = 11,9 (ét : 3,8); M post-test = 7,5 (ét : 4,5) Taille d'effet : d = 0,23 Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement pour l'autosoin guidé (d = 0,91 IC : 0,67 - 1,15) et diminution modérée pour l'autosoin non guidé (d = 0,76 IC : 0,44 - 1,04).
Nilsson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	418 419	81% 52%	15% NR	7 semaines GAD-7	Pas de différence significative entre les 2 groupes d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest et post-test : NR Groupe 2 : M prétest = 8,9 IC (8,2 - 9,5); M post-test = 6,5 (NR) Différence de moyennes : 0,90 IC (-1,79, - 3,58) ; p = 0,511 Taille d'effet : d = 0,05 (IC (- 0,13 - 0,26) Pas de diminution significative des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour les 2 autosoins non guidés.

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Oh 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	23	8,7%	30%	4 semaines HADS	Pas de différence significative des symptômes d'anxiété au post-test entre les 2 groupes d'autosoin. Groupe 1 : M prétest = 8,0 (ét : 4,7); M post-test = 7,4 (ét : 4,7) Groupe 2 : M prétest = 8,9 (ét : 5,2); M post-test = 8,0 (ét : 5,7) Différence de moyennes : - 0,60 ; p > 0,05 Taille d'effet : 0,05 IC (-0,58 – 1,17) Pa de diminution significative des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement pour les 2 autosoins non guidés.
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	22	9,1%	65%		
Oser 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	158	47,4%	NR	24 semaines GAD-7	Pas de différence significative au post-test entre le groupe d'autosoin guidé et un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 11,2 (ét : 4,9); M post-test = 9,2 (NR) Comparateur : M prétest = 10,4 (ét : 4,9); M post-test = 8,5 (NR) Beta = - 0,01 (0,66); p = 0,99 Taille d'effet : d = 0,05 IC (- 0,22 – 0,22)
	Comparateur : Suivi professionnel	158	---	---		
Powell 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	1061	8%	31%	6 semaines SPI	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 39,6 (ét : 13,1); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 39,8 (ét : 13,4); M post-test : NR Différence de moyennes : -1,94 IC (-3,13 à -0,75) ; p = 0,001 Taille d'effet : d = 0,20 IC (0,11 – 0,29) Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	1061	---	---		
Reins 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	65	3%	75,4%	6 semaines HADS	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 11,82 (ét : 3,9); M post-test = 8,9 (ét : 4,3) Groupe 2 : M prétest = 11,7 (ét : 3,2); M post-test = 10,0 (ét : 4,4) beta ajusté= -3,27; IC (-5,06 à -1,49); p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,40
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	66	0%	80,3%		

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Richards 2020	Groupe 1 Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	241 120	15,8% ---	41% ---	8 semaines GAD-7	Diminution modérée des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 12,7 (ét : 4,7); M post-test = 8,2 (ét : 5,3) Comparateur : M prétest = 12,5 (ét; 4,2); M post-test = 10,8 (ét : 5,1) Beta = -2,79 IC (- 4,00 - 1,58) ; p < 0,0001 Taille d'effet : d = 0,63 IC (0,40 - 0,85)
Salomonsson 2020	Groupe 1 : Intervention de retour au travail Groupe 2 : TCC régulière Groupe 3 : TCC et intervention de retour au travail	49 52 51	6,1% 1,9% 2%	98% 98% 97%	20 semaines HADS	Pas de différence significative entre les 3 groupes d'intervention au post-test. Groupe 1 : M prétest = 12,0 (ét : 4,2); M post-test = 8,0 (ét : 3,9) Groupe 2 : M prétest = 12,2 (ét : 3,5); M post-test = 7,4 (ét : 3,6) Groupe 3 : M prétest = 12,3 (ét : 3,7); M post-test = 7,3 (ét : 5,0) Tailles d'effet : Groupe 1 versus groupe 2 : d = - 0,21 IC (-0,25 - 0,57) Groupe 1 versus groupe 3 : d = - 0,15 IC (-0,26 - 0,56) Groupe 3 versus groupe 2 : d = -0,20 IC (-0,42 - 0,37) Forte diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement dans les trois groupes d'interventions : Groupe 1 : d = 0,98 IC (0,54 à 1,41); Groupe 2 : d = 1,35 IC (0,91 à 1,77); Groupe 3 : d = 1,13 IC (0,71 à 1,54).
Sass 2019	Groupe 1 : Intervention brève de groupe basée sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	22 33	9,1% ---	84% ---	5 semaines MASQ-AA	Pas de différence significative au post-test entre l'intervention de groupe et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 29,4 (ét : 10,1); M post-test = 23,9 (ét : 6,0) Comparateur : M prétest = 28,0 (ét : 6,2); M post-test = 25,8 (ét : 6,7) F (1,37) = 3,75, p = 0,06 Taille d'effet : d = 0,05
Schure 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	181 162	26,7% ---	28,1% ---	8 semaines GAD-7	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 10,3 (ét : 4,7); M post-test = NR Comparateur : M prétest = 10,2 (ét : 4,6); M post-test = NR F (1, 252) = 16,14; p<,001 Taille d'effet : d = 0,47

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Schweden 2020	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC	26	7,7%	92%	1 séance	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur de l'intervention de groupe versus un comparateur actif. Groupe 1 : M prétest = 49,0 (ét : 18,5); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 39,1 (ét : 18,6); M post-test : NR beta = -17,20 IC (-30,29 à -4,25); p = 0,009 Taille d'effet : d = 0,91
	Comparateur actif	23	---	---	CDS	
Stjerneklar 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	5,7%	67,5%	14 semaines	Diminution modérée des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 47,3 (ét : 15,4); M post-test = 31,9 (ét : 16,1) Comparateur : M prétest = 45,6 (ét : 15,8); M post-test = 40,2 (ét : 19,9) Taille d'effet : d = 0,68 69% des participants au groupe d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative comparativement à 22% pour ceux sur la liste d'attente. Les gains se sont maintenus aux suivis de 3 et 12 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	SCAS-C	
Stevenson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	60	27%	73,6%	2 semaines	Faible diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à celui basé sur la restructuration cognitive. Groupe 1 : M prétest = 51,4 (ét : 12,2); M post-test = 43,7 (ét : 13,1) Groupe 2 : M prétest = 46,5 (ét : 13,5); M post-test = 39,7 (ét : 12,9) F (4, 97) = 0,71, p = 0,589 Taille d'effet : d = 0,23 IC (-0,13 - 0,59) 22% et 19% des participants aux groupes d'autosoins se sont rétablis.
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	59	8,5%	85%	SIAS	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité au post-test sur les symptômes d'anxiété
Wootton 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	65	27,8%	70,8%	8 semaines	Forte diminution des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 22,5 (NR); M post-test = 15,4 (NR) Comparateur : M prétest = 22,4 (NR); M post-test = 21,6 (NR) Taille d'effet : d = 1,05 IC (0,89 à 1,21) ; p < 0,01 27% des participants au groupe d'autosoin non guidé se sont rétablis comparativement à 1% pour ceux sur la liste d'attente. Les gains se sont maintenus au suivi de 3 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	75	---	---	YBOCS-SR	
Zaboski 2019	Groupe 1 : Groupe d'exposition / prévention de la réponse	22	NR	53%	6 semaines	Diminution modérée des symptômes d'anxiété au post-test en faveur du groupe d'exposition/prévention de la réponse comparativement au groupe d'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 106,7 (ét : 18,3); M post-test = 77,9 (ét : 38,0) Groupe 2 : M prétest = 114,3 (ét : 18,0); M post-test = 105,8 (ét : 19,4) t -2,02; IC (-19,06 à -,021) ; p = 0,044 Taille d'effet : g = 0,62
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	24	NR	50%	SAQ-30	

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations : d : d de Cohen; ét : écart-type; F : F de Fisher; g : g de Hedges; IC : intervalles de confiance; M : moyenne; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale

Échelles de mesure utilisées : BAI : Beck Anxiety Inventory; CDS : The Cambridge Depersonalisation Scale-Situational; DASS : Depression, Anxiety and Stress Scale; GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder 7-items; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale; LWASQ : Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire; MASC : Multidimensional Anxiety Scale for Children; MASQ-AA : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire- Anxious Arousal; OIC-R : The Obsessive-Compulsive Inventory – Revised; QIA : Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; RCADS : Revised Child Anxiety and Depression Scale; SAQ-30 : The Social Anxiety Questionnaire for adults; SCAS-C : The Spence Children's Anxiety Scale; SIAS : Social Interaction Anxiety Scale; SPI : Social Phobia Inventory; STAI-T : State-Trait Anxiety Inventory-Trait; YBOCS-SR : Yale Brown Obsessive Compulsive Scale self-report version.

Tableau B-4 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les symptômes de stress

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les symptômes de stress
Abbing (b) 2019	Groupe 1 : Art thérapie	30	20%	75%	8 semaines	Diminution modérée des symptômes de stress au post-test en faveur du groupe d'Art thérapie comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest =37,95 (ét : 26,8); M post-test = 45,3 (ét : 40,4) Comparateur : M prétest = 45,3 (ét : 27,9); M post-test = 29,8 (ét :18,9) F (1,35) = 3,96 ; p = 0,044; $\eta_p^2 = 0,102$ Taille d'effet : d = 0,72
	Comparateur : Liste d'attente	29	27%	50%	HRV	
Ahmad 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	39	5%	65%	8 semaines PSS	Diminution modérée des symptômes de stress au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 19,2 (ét : 7,5); M post-test = 16,1 (ét : 6,6) Comparateur : M prétest = 20,6 (ét : 7,8); M post-test = 21,9 (ét : 8,2) Taille d'effet : d = 0,78 ; p < 0,001
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	40	12,8%	68%		
	Comparateur : Liste d'attente	40	---	---	Diminution modérée des symptômes de stress au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 2 : M prétest = 19,7 (ét : 7,8); M post-test = 17,3 (ét : 7,1) Comparateur : M prétest = 20,6 (ét : 7,8); M post-test = 21,9 (ét : 8,2) Taille d'effet : d = 0,60 ; p < 0,001	
Akeman 2020	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur la pleine conscience	126	3,2%	87%	4 semaines	Faible diminution des symptômes de stress au post-test en faveur de l'intervention de groupe comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M pré-test : NR; M post-test = 16,1 IC (14,7 - 17,5) Comparateur : M pré-test NR; M post-test =17,5; IC (16,1 - 18,8) t = -1,5, $\beta = -1,8$, IC (-3,3 à -0,4); p = 0,011 Taille d'effet : d = 0,24 Gains accentués au suivi de 3 mois, à la fin de la session universitaire.
	Comparateur : Liste d'attente	180	---	---	PSS	
Barry 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	43	19%	62,5%	NR	Faible diminution des symptômes de stress en faveur de l'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente au post-test. Groupe 1 : M prétest = 21,3 (ét : 3,4); M post-test = 21,1 (ét : 3,4) Comparateur : M prétest = 20,7 (ét : 2,5); M post-test = 20,7 (ét : 2,6) Taille d'effet : d = 0,27
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---	PSS	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les symptômes de stress
Beerse 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience combinée à de l'art thérapie	60	NR	83%	5 semaines	Pas de différence significative au post-test entre l'autosoin guidé et le comparateur actif. Groupe 1 : M prétest = 18,1 (ét : 8,4); M post-test = 14,5 (ét : 6,2) Comparateur : M prétest = 19,1 (ét : 6,3); M post-test = 17,7 (ét : 7,1) Taille d'effet : d = 0,04
	Comparateur actif	55	---	---	PSS	
Hilcove 2020	Groupe 1 : Groupe de Yoga basé sur la pleine conscience	41	0%	100%	6 semaines	Faible diminution des symptômes de stress au post-test en faveur de la classe de Yoga comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 1,8 (ét : 0,6); M post-test = 1,4 (ét : 0,5) Comparateur : M prétest = 1,8 (ét : 1,3); M post-test = 1,7 (ét : 0,6) F (1,73) = 8,91; p = 0,004 Taille d'effet : d = 0,70 IC (0,25 – 1,15)
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---		
Leterne 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	39	7,5%	NR	8 semaines	Forte diminution des symptômes de stress au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé et de la TCC comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 47,9 IC (45,4 - 50,2); post-test = 38,2 IC (35,9 - 40,4) Groupe 2 : M prétest = 47,7 IC (45,7 - 49,7); post-test = 39,4 IC (36,5-42,4) Comparateur : M prétest = 47,0 (44,8-49,1); post-test = 46,1 IC (44,2 - 48,1) Tailles d'effet : Groupe 1 : d = 1,20 IC (0,71 – 1,68) Groupe 2 : d = 0,83 IC (0,36 – 1,30) Forte diminution des symptômes du pré au post-traitement pour l'autosoin guidé (d = 1,38; IC : 0,89 – 1,88) et l'intervention en présence (d = 0,88; IC : 0,41 – 1,35) Pas de différence significative entre les deux interventions lorsque comparées entre elles. Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.
	Groupe 2 : Intervention basée sur les principes de la TCC	38	NR	NR	PSS	
	Comparateur : Suivi professionnel	38	---	---		
Moberg 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC	253	68,8%	NR	4 semaines	Faible diminution des symptômes de stress au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest et post-test : NR Comparateur : M prétest et post-test : NR B = -1,79 ; IC (-2,74 à -0,84), p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,46
	Comparateur : Liste d'attente	243	---	---	DASS-21	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les symptômes de stress
Salomonsson 2020	Groupe 1 : Intervention de retour au travail	49	6,1%	98%	20 semaines	<p>Faible diminution des symptômes de stress au post-test en faveur de la TCC régulière comparativement à l'intervention de retour au travail. Groupe 1 : M prétest = 37,1 (ét : 8,8); M post-test = 26,8 (ét : 8,4) Groupe 2 : M prétest = 36,2 (ét : 7,4); M post-test = 22,8 (ét : 8,6) Taille d'effet : d = 0,47; IC (0,05 à ,88); p < 0,05</p> <p>Faible diminution des symptômes de stress au post-test en faveur de l'intervention de retour au travail combinée à de la TCC comparativement à l'intervention de retour au travail. Groupe 1 : M prétest = 37,1 (ét : 8,8); M post-test = 26,8 (ét : 8,4) Groupe 3 : M prétest = 38,1 (ét : 6,0); M post-test = 23,6 (ét : 8,8) Taille d'effet : d = 0,48 ; IC (0,29 - 1,23)</p> <p>Pas de différence significative entre la TCC seule et la TCC combinée à l'intervention de retour au travail. Groupe 2 : M prétest = 36,2 (ét : 7,4); M post-test = 22,8 (ét : 8,6) Groupe 3 : M prétest = 38,1 (ét : 6,0); M post-test = 23,6 (ét : 8,8) Taille d'effet : d = 0,00 IC (-0,39 - 0,39)</p> <p>Forte diminution du pré au post-traitement dans les 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : d = 1,20 ; IC (0,74 à 1,63) • Groupe 2 : d = 1,67 ; IC (1,21 à 2,11) • Groupe 3 : d = 1,57 ; IC (1,09 à 2,02) <p>Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois pour le groupe ayant reçu une TCC régulière.</p>
	Groupe 2 : TCC régulière	52	1,9%	98%	PSS	
	Groupe 3 : TCC et intervention de retour au travail	51	2%	97%		

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations : d : d de Cohen; ét : écart-type; F : F de Fisher; IC : intervalles de confiance; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale

Échelles de mesures utilisées : HRV : Heart Rate Variability; PSS : Perceived Stress Scale; DASS-21 : Depression, Anxiety and Stress Scale.

Tableau B-5 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur la qualité de vie et bien-être psychologique

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur la qualité de vie et le bien-être psychologique
Abbing (a) 2019	Groupe 1 : Art thérapie	30	20%	75%	8 semaines	Forte amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'Art thérapie comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 53,9 (ét : 7,2); M post-test = 61,3 (ét : 6,18) Comparateur : NR F (1,45) = 22,94 ; p < 0,0001; $\eta_p^2 = ,52$ Taille d'effet : d = 1,26 Légère diminution des gains au suivi de 3 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	29	27%	50%	MANSA	
Ahmad 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience	39	5%	65%	8 semaines	Amélioration modérée de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 74,4 (ét : 12,4); M post-test = 78,2 (ét : 14,0) Comparateur : M prétest = 73,5 (ét : 16,4); M post-test = 69,7 (ét : 16,3) Taille d'effet : d = 0,56 ; p < 0,001 Amélioration modérée de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 74,7 (ét : 12,9); M post-test = 77,9 (ét : 14,1) Comparateur : M prétest = 73,5 (ét : 16,4); M post-test = 69,7 (ét : 16,3) Taille d'effet : d = 0,54 ; p < 0,001
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	40	12,8%	68%	QOLS	
	Comparateur : Liste d'attente	40	--	---		
Barry 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	43	19%	62,5%	28 heures	Amélioration modérée de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 51,9 (ét : 9,6); M post-test = 57,4 (ét : 8,3) Comparateur : M prétest = 53,7 (ét : 9,3); M post-test = 52,6 (ét : 10,1) Taille d'effet : d = 0,69; IC (0,12 – 0,92)
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---	PsyCap	
Brown 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC	72	13,9%	72,2%	12 semaines	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur de l'intervention de groupe comparativement à la liste d'attente. Différence de moyennes : 0,046; IC (0,011 – 0,81); p = 0,009 Taille d'effet : d = 0,36; IC (0,09 - 0,64)
	Comparateur : Liste d'attente	83	---	---	PQ-LES-Q	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur la qualité de vie et le bien-être psychologique
Fenger 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	32	9,4%	84,4%	9 semaines	<p>Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente.</p> <p>Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 59,0 : IC (52,4 - 65,6)</p> <p>Comparateur : M prétest : NR; M post-test = 47,9 IC (39,9 - 55,8)</p> <p>Différence de moyennes : -11,1; IC (-21,5 à - 0,78) ; p = 0,036</p> <p>Taille d'effet : d = 0,37; IC (-0,012 – 0,86)</p> <p>Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.</p>
	Comparateur : Liste d'attente	32	---	---	WHO-5	
Gili 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	54	24%	52%	8 semaines	<p>Pas de différence significative entre l'autosoin non guidé et un suivi professionnel au post-test.</p> <p>Groupe 1 : M prétest = 26,9 (ét : 10,9); M post-test : NR</p> <p>Comparateur : M prétest = 26,8 (ét : 9,6); M post-test : NR</p> <p>$\beta = -2,06$; IC (-6,66 à 2,53); p = 0,38</p> <p>Taille d'effet : g = 0,16</p> <p>Amélioration modérée de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à un suivi professionnel.</p> <p>Groupe 2 : M prétest = 26,2 (ét : 9,9); M post-test : NR</p> <p>Comparateur : M prétest = 26,8 (ét : 9,6); M post-test : NR</p> <p>$\beta = -7,72$; IC (-12,27 à -3,16); p = 0,001</p> <p>Taille d'effet : g = 0,67</p> <p>Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique comparativement à un suivi professionnel.</p> <p>Groupe 3 : M prétest = 27,6 (ét : 9,6); M post-test : NR</p> <p>Comparateur : M prétest = 26,8 (ét : 9,6); M post-test : NR</p> <p>$\beta = -5,32$; IC (-9,91 à -0,72) ; p = 0,02</p> <p>Taille d'effet : g = 0,42</p> <p>Les auteurs rapportent une différence significative du pré au post-traitement dans les 3 groupes d'autosoins non guidés. Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.</p>
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	54	28%	44%	SF-12	
	Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	56	45%	32%		
	Comparateur : Suivi professionnel standardisé	57	---	---		

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur la qualité de vie et le bien-être psychologique
Hanson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	56	58,9%	NR	8 semaines PWB (avoir un but dans la vie)	Amélioration de la qualité de vie au post-test légèrement en faveur de l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC. Groupe 1 : M prétest = 23,5 (ét : 7,1); M post-test = 29,6 (ét : 6,1) Groupe 2 : M prétest = 26,1 (ét : 4,7); M post-test = 29,6 (ét : 5,1) F (2, 37) = 2,13 p = 0,18; $\eta^2 = 0,10$ Taille d'effet : d = 0,28 Amélioration modérée de la qualité de vie du pré au post-traitement pour les 2 autosoins non guidés : Groupe 1: d = 0,74; IC (0,12 – 1,37), Groupe 2 : d = 0,72; IC (0,07 – 1,38). Les améliorations se sont maintenues au suivi de 1 mois.
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	59	62,7%	NR		
Hilcove 2020	Groupe 1 : Groupe de Yoga basé sur la pleine conscience	41	0%	100%	6 semaines	Forte amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe de Yoga comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 2,9 (ét : 0,6); M post-test = 3,61 (ét : 0,51) Groupe 2 : M prétest = 2,7 (ét : 0,5); M post-test = 2,7 (ét : 0,5) F (1, 75) = 29,97; p = 0,000 Taille d'effet : d = 1,73; IC (1,25 – 2,28)
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	--	PSS	
Kählke 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	100	9%	58%	9 semaines	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 0,6 (ét : 0,1); M post-test = 0,7 (ét : 0,2) Comparateur : M prétest = 0,6 (ét : 0,2); M post-test = 0,6 (ét : 0,2) F (1, 197) = 19,45, p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,41; IC (0,13 - 0,69)
	Comparateur : Liste d'attente	100	---	---	AQoL	
Külz 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC et de la pleine conscience	61	6,6%	81%	8 semaines	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur de l'intervention de groupe basée sur la pleine conscience et TCC comparativement au groupe d'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 118,9 (ét : 18,4); M post-test = 124,9 (ét : 17,2) Groupe 2 : M prétest = 112,9 (ét : 14,3); M post-test = 115,8 (ét : 14,0) F (1, 104) = 5,006, p = 0,027; $\eta^2 = 0,04$ Taille d'effet : d = 0,44 Faible amélioration de la qualité de vie du pré au post-traitement dans les 2 groupes d'intervention : Groupe 1 : d = 0,32; IC (-0,02 - 0,69), Groupe 2 : d = 0,20; IC (-0,14 - 0,55). Les gains se sont maintenus au suivi de 6 mois.
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	64	9,4%	66,3%	KIMS-d	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur la qualité de vie et le bien-être psychologique
MacLean 2020	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	47 48	8,5% ---	56% ---	12 semaines EQ-5D-3L	Pas de différence significative au post-test entre le groupe d'autosoin non guidé et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 0,7 (ét : 0,7) Comparateur : M prétest : NR; M post-test = 0,6 (ét : 0,5) t = -2,30; IC (-0,2 - 0,1); p = 0,02 Taille d'effet : d = 0,16
Martinez 2019	Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi professionnel standardisé	108 108	5,5% ---	69% ---	8 semaines HRQoI	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur de l'intervention de TCC comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 33,8 (ét : 6,1); M post-test = 41,9 (ét : 10,1) Comparateur : M prétest = 32,3 (ét : 6,7); M post-test = 39,3 (ét : 7,6) Différence de moyennes : 2,56; IC (0,0 à 5,2), p = 0,043 Taille d'effet : d = 0,29; IC (0,01 à 0,59) Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.
Oser 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi professionnel	158 158	47,4% ---	NR ---	24 semaines SF-12 (santé mentale)	Pas de différence significative sur la qualité de vie au post-test entre l'autosoin guidé et un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 35,6 (ét : 9,9); M post-test = 41,2 (NR) Comparateur : M prétest = 35,5 (ét : 10,2); M post-test = 38,9 (NR) Beta = 2,27 (1,27); p = 0,07 Taille d'effet : d = 0,19; IC (-0,03 - 0,43)
Powell 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	1061 1061	8% ---	31% ---	6 semaines SWEMWBS	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 17,7 (ét : 3,1); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 17,7 (ét : 3,3); M post-test : NR Différence de moyennes : 0,82; IC (0,39 à 1,24); p = 0,001 Taille d'effet : d = 0,33 Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois.
Reins 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	65 66	3% 0%	75,4% 80,3%	6 semaines QOLS SF-12	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 26,8 (ét : 7,1); M post-test = 34,9 (ét : 10,1) Groupe 2 : M prétest = 26,5 (ét : 6,9); M post-test = 31,7 (ét : 10,1) Taille d'effet : d = 0,39; IC (0,05 - 0,74); p < 0,05

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur la qualité de vie et le bien-être psychologique
Sass 2019	Groupe 1 : Intervention brève de groupe basée sur la pleine conscience	22	9,1%	84%	5 semaines	Pas de différence significative au post-test entre l'intervention de groupe et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 59,7 (ét : 14,7); M post-test = 55,8 (ét : 15,2) Groupe 2 : M prétest = 59,0 (ét : 14,8); M post-test = 54,8 (ét : 15,4) Taille d'effet : d = 0,05
	Comparateur : Liste d'attente	33	---	---		
Stjerneklar 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	5,7%	67,5%	14 semaines	Pas de différence significative au post-test ni au suivi de 3 et 12 mois entre le groupe d'autosoin guidé et la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 44,7 (ét : 21,4); M post-test = 49,5 (ét : 21,7) Comparateur : M prétest = 48,9 (ét : 19,2); M post-test = 54,1 (ét : 20,4) Taille d'effet : d = -0,04; p = 0,945
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	WHO-5	
Topooco 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	11,4%	74%	8 semaines	Faible amélioration de la qualité de vie au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 35,8 (ét : 18,1); M post-test = 46,7 (ét : 21,3) Comparateur : M prétest = 38,7 (ét : 17,2); M post-test = 39,1 (ét : 15,7) Test : F (1,67) = 8,73 ; p = 0,004 Taille d'effet : d = 0,34; IC (0,19 - 1,15); p < 0,01 Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	BBQ	

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations : d: d de Cohen; ét: écart-type; F : F de Fisher; g : g de Hedges; IC : intervalles de confiance; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale
Échelles de mesures utilisées : AQoL : Assessment of Quality of Life; BBQ : Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory; EQ-5D-3L : EuroQol-5 dimension (3 levels) questionnaire; HRQoL; KIMS-d : Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; MANSA : Manchester Short Assessment of QoL; PQ-LES-Q : Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Form; PSS-10 : Perceived Stress Scale-10 items (how often you feel stress); PsyCap : Psychological Capital Questionnaire; PWB : Ryff Scales of Psychological Well-Being; QOLS SF-12 : Short Form Health Survey-Mental Composite; SWEMWBS : Short Warwick-Edinburgh Mental Well- Being Scale; WHO-5 : Well-being Index Questionnaire.

Tableau B-6 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur le fonctionnement

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur le fonctionnement
Abbing (b) 2019	Groupe 1 : Art thérapie	30	20%	75%	8 semaines	Forte amélioration du fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'Art thérapie comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 67,8 (ét : 11,8); M post-test = 62,6 (ét : 9,9) Comparateur : M prétest = 61,1 (ét : 9,6); M post-test = 61,5 (ét : 9,5) F (1,44) = 8,27 ; p = 0,006; $\eta_p^2 = ,16$ Taille d'effet : d = 0,88
	Comparateur : Liste d'attente	29	27%	50%	BRIEF-A	
Fenger 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	32	9,4%	84,4%	9 semaines	Amélioration modérée du fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest : NR; M post-test = 5,97; IC (4,1 - 7,8) Comparateur : M prétest : NR; M post-test = 9,0 ; IC (6,9 - 11,1) Différence de moyennes : 3,03; IC (0,197 - 5,87) ; p = 0,037 Taille d'effet : d= 0,53; IC (0,04 – 1,03) Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 6 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	32	---	---	SDS	
Haugland 2020	Groupe 1 : TCC brève de groupe (5 séances)	141	4,4%	NR	10 semaines	Pas de différence significative entre les 2 interventions au post-test. Groupe 1 : M prétest = 11,4 (ét : 0,8); M post-test = 12,4 (ét : 0,8) Groupe 2 : M prétest = 9,2 (ét : 0,8); M post-test = 9,7 (ét : 0,8) Différence de moyennes : 0,37; IC (-1,78 – 2,51); p = 0,659 Taille d'effet : d = 0,04 Faible amélioration du pré au post-traitement pour la TCC brève (d = 0,24; IC : -0,02 – 0,49) et TCC régulière (d = 0,27; IC : 0,03 – 0,51). Les gains se sont maintenus au suivi de 12 mois.
	Groupe 2 : TCC régulière de groupe (12 séances)	159	2,5%	NR	CALIS	
Kähle 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	100	9%	58%	9 semaines	Faible amélioration du fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 1,7 (ét : 0,4); M post-test = 1,3 (ét : 0,5) Comparateur : M prétest = 1,7 (ét : 0,4); M post-test = 1,5 (ét : 0,5) F (1, 197) = 16,55 ; p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,34 ; IC (0,06 - 0,61)
	Comparateur : Liste d'attente	100	---	---	IIP-64	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur le fonctionnement
Kladnitski 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	39	5%	81%	14 semaines WHODAS-II	Forte amélioration du fonctionnement au post-test en faveur du groupe autosoin non guidé de nature transdiagnostique comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest et post-test : NR; Comparateur : M prétest et post-test : NR; Taille d'effet : d = 0,95; IC (,42 - 1,48); p < 0,05
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et pleine conscience	40	7,5%	83%		Forte amélioration du fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC comparativement à la liste d'attente. Groupe 2 : M prétest et post-test : NR Comparateur : M prétest et post-test : NR Taille d'effet : d = 1,10; IC (0,55 - 1,65); p < 0,05
	Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience	40	2,5%	63%		Forte amélioration du niveau de fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience comparativement à la liste d'attente. Groupe 3 : M prétest et post-test : NR Comparateur : M prétest et post-test : NR Taille d'effet : d = 0,92; IC (0,37 - 1,47) ; p < 0,05
	Comparateur : Liste d'attente	39	---	---		Amélioration modérée du fonctionnement du pré au post-traitement pour les 3 autosoins non guidés : Groupe 1 : d = 0,77; IC (0,27 – 1,26) Groupe 2 : d = 0,63; IC (0,12 – 1, 4) Groupe 3 : d = 0,53; IC (0,02 – 1,04) Pas de différence significative entre les 3 autosoins lorsque comparés entre eux.
Lorentzen 2020	Groupe 1 : Intervention transdiagnostique	88	5,3%	83,9%	6 semaines	Amélioration modérée du fonctionnement au post-test en faveur de l'intervention comparativement à liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 52,1; (ét : 8,9); M post-test = 60,7 (ét : 12,3) Comparateur : M prétest = 49,6 (ét : 7,7); post-test = 53,5 (ét : 11,8) t = 2,06, p = 0,039 Taille d'effet : g = 0,56 ; IC (0,23 – 0,89)
	Comparateur : Liste d'attente	75	---	---	CGAS	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur le fonctionnement
Schure 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	181	26,7%	28,1%	8 semaines	Faible amélioration du fonctionnement social au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 20,2 (ét : 8,0); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 20,2 (ét : 7,8); M post-test : NR F (1, 249) = 11,09; p = 0,001 Taille d'effet : d = 0,38
	Comparateur : Liste d'attente	162	---	---	WSAS	
Stjerneklar 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	5,7%	67,5%	14 semaines	Faible amélioration du fonctionnement au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 13,5 (ét : 6,6); M post-test = 10,6 (ét : 7,6) Comparateur : M prétest = 13,9 (ét : 6,7); M post-test = 12,4 (ét : 8,6) Taille d'effet : d = 0,21; p = 0,254
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	CALIS	
						Pas de différence significative aux suivis de 3 et 12 mois.

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations: d : d de Cohen; ét : écart-type; F : F de Fisher; g : g de Hedges; IC : intervalles de confiance; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale
Échelles de mesure utilisées : BRIEF-A : Behaviour Rating Inventory of Executive Function for Adults; CALIS : Child Anxiety Life Inference Scale; CGAS : Children's Global Assessment Scale; IIP-64 : Inventory of Interpersonal Problems; SDS : Sheehan Disability Scale; WHODAS-II : World Health Organisation Disability Assessment Schedule; WSAS : Work and Social Adjustment Scale.

Tableau B-7 Résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires sur les compétences personnelles

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les compétences personnelles
Abbing (a) 2019	Groupe 1 : Art thérapie Comparateur : Liste d'attente	30 29	20% 27%	75% 50%	8 semaines DERS	Amélioration modérée des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'Art thérapie comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 100,6 (ét : 21,6); M post-test = 87,63 (ét : 17,3) Comparateur : NR F (1, 45) = 3,87; p = 0,045 Taille d'effet : d = 0,60 Légère diminution des gains au suivi de 3 mois.
Berg 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	33 37	2,9% NR	81% NR	8 semaines	Forte amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest = 17,3 (ét : 4,7); M post-test = 21,5 (ét : 6,1) Groupe 2 : M prétest = 16,5 (ét : 3,6); M post-test = 17,7 (ét : 3,7) F (1, 56) = 13,44; p < 0,05 Taille d'effet : d = 1,25 ; IC (0,67 – 1,79)
Hanson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	56 59	58,9% 62,7%	NR NR	8 semaines PWB (Autonomie)	Pas de différence significative des compétences personnelles entre les deux autosoins. Groupe 1 : M prétest = 25,2 (ét : 6,9); M post-test = 27,9 (ét : 7,5) Groupe 2 : M prétest = 25,0 (ét : 7,7); M post-test = 27,9 (ét : 8,2) Taille d'effet : d = 0,03 ; IC (- 0,65 – 0,58) Amélioration modérée des compétences personnelles du pré au post-traitement pour l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive (d = 0,74; IC : 0,12 – 1,37) et basé sur les principes de la TCC (d= 0,72; IC : 0,07 – 1,38)
Idsoe 2019	Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de TCC Comparateur : Suivi professionnel	133 95	40% ---	NR ---	10 semaines ERQ	Pas de différence significative au post-test entre l'intervention et un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 4,0 (ét : 1,0); M post-test = 4,09 (ét : 1,2) Comparateur : M prétest = 4,0 (ét : 6,9); M post-test = 3,87 (ét : 1,1) Taille d'effet : d = 0,05

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les compétences personnelles
Kothari 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	62	48%	31%	12 semaines	Amélioration modérée des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 15,2 (ét : 0,8); M post-test = 15,6 (ét : 0,3) Comparateur : M prétest = 12,7 (ét : 0,7); M post-test = 13,1 (ét : 0,5) Taille d'effet : d = 0,72 ; IC (0,24 - 1,20); p < 0,05 Pas de différence significative sur le pourcentage de participants avec une amélioration cliniquement significative entre les 2 groupes (29% et 16%). Les gains ne se sont pas maintenus au suivi de 3 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	58	---	---	RSES	
Külz 2019	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC et pleine conscience	61	6,6%	81%	8 semaines	Faible amélioration des compétences en faveur de l'intervention de groupe basée sur la TCC et pleine conscience comparativement au groupe d'éducation psychologique. Groupe 1 : M prétest = 15,5 (ét : 3,4); M post-test = 16,5 (ét : 3,8) Groupe 2 : M prétest = 14,9 (ét : 3,9); M post-test = 15,2 (ét : 3,7) F (1, 103) = 3,461, p = 0,066 Taille d'effet : d = 0,38 Faible amélioration des compétences du pré au post-traitement pour l'intervention de groupe basée sur les principes de la TCC et pleine conscience (d = 0,29; IC : - 0,08 - 0,63).
	Groupe 2 : Groupe d'éducation psychologique	64	9,4%	66,3%	SCS	
Martinez 2019	Groupe 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC	108	5,5%	69%	16 semaines	Faible amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur de l'intervention comparativement à un suivi professionnel. Groupe 1 : M prétest = 9,5 (ét : 2,6); M post-test = 11,6 (ét : 3,0) Groupe 2 : M prétest = 9,2 (ét : 2,4); M post-test : 10,5 (ét : 2,7) Différence de moyennes : 1,01, IC (0,26 à 1,77), p = 0,009 Taille d'effet : d = 0,38; IC (0,09 – 0,68)
	Comparateur : Suivi professionnel standardisé	108	---	---	SPSI-RS	
Moberg 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience et de la TCC	253	68,8%	NR	4 semaines	Faible amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest et post-test : NR Comparateur : M prétest et post-test : NR beta = -1,55, IC (0,53 à 2,58), p = 0,003 Taille d'effet : d = 0,34 Les gains se sont maintenus au suivi de 6 mois.
	Comparateur : Liste d'attente	243	---	---	GSES	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les compétences personnelles
Reins 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	65	3%	75,4%	6 semaines	Faible amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement au groupe d'autosoin non guidé. Groupe 1 : M prétest : 7,5 (3,8); M post-test : 9,9 (3,4); Groupe 2 : M prétest : 7,8 (4,6); M post-test : 8,8 (4,2); Test : $\beta_{\text{ajusté}} = -1,95$; SE=1,10; CI=-4,12 à 0,22; p<0,05 Taille d'effet : d = 0,30 IC (-,04 - ,65); p < 0,05
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	66	0%	80,3%	SPSI	
Rodriguez 2020	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (propre perspective)	70	0%	100%	1 séance	Pas de différence significative au post-test entre les groupes 1 et 2 versus le comparateur actif. Groupe 1 : M prétest = 2,3 (ét : 0,8); M post-test : NR Groupe 2 : M prétest = 2,5 (ét : 0,9); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 2,5 (1,0); M post-test : NR Gr1 : beta= -,08 t (-,09); p = 0,420; Gr2 : beta= -,08 t(-,08); p= ,415 Taille d'effet : Groupe 1 : d = 0,14; groupe 2 : d = 0,14
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective de l'autre)	67	0%	100%		
	Groupe 3 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective d'une tierce personne)	57	0%	100%		
	Comparateur actif	66	---	---		
Schure 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	181	26,7%	28,1%	8 semaines	Amélioration modérée des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 22,2 (ét : 6,6); M post-test : NR Comparateur : M prétest = 22,2 (ét : 5,9); M post-test : NR F (1, 243) = 22,71; p < 0,001 Taille d'effet : d = 0,55
	Comparateur : Liste d'attente	162	---	---	CD-RISC-10	
Schweden 2020	Groupe 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC	26	7,7%	92%	1 séance	Amélioration modérée des compétences personnelles au post-test en faveur de l'intervention de groupe versus le comparateur actif. Groupe 1 : M prétest = 14,1 (ét : 5,7); M post-test = 8,86 (ét : 4,38) Comparateur : M prétest = 16,4 (ét : 4,8); M post-test = 5,81 (ét : 3,83) Taille d'effet : d = 0,73
	Comparateur actif	23	---	---	ERQ	

1 ^{er} Auteur Année	Comparaisons	N	Taux abandon	Taux d'adhésion au traitement	Temps et mesure post-test	Résultats d'efficacité obtenus au post test sur les compétences personnelles
Stjerneklar 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	5,7%	67,5%	14 semaines	Faible amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin guidé comparativement à la liste d'attente. Groupe 1 : M prétest = 18,5 (ét : 5,9); M post-test = 22,1 (ét : 5,9) Comparateur : M prétest = 18,9 (ét : 5,3); M post-test = 20,2 (ét : 6,4) Taille d'effet : d = 0,38; IC (0,09 – 0,84)
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---	SEQ-C	
Stevenson 2019	Groupe 1 : Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive	60	27%	73,6%	2 semaines PA-SC	Forte amélioration des compétences personnelles au post-test en faveur du groupe d'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparativement à celui basé sur la restructuration cognitive. Groupe 1 : M prétest = 33,1 (ét : 9,2); M post-test = 37,0 (ét : 9,5) Groupe 2 : M prétest = 34,3 (ét : 8,9); M post-test = 36,4 (ét : 8,5) Taille d'effet : d = 0,85; IC (0,46 – 1,24)
	Groupe 2 : Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	59	8,5%	85%		
Topooco 2019	Groupe 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC	35	11,4%	74%	8 semaines GSES	Pas de différence significative entre l'autosoin guidé et la liste d'attente au post-test ni au suivi de 12 mois. Groupe 1 : M prétest = 21,3 (ét : 5,6); M post-test = 22,9 (ét : 7,5) Comparateur : M prétest = 22,2 (ét : 4,6); M post-test = 23,0 (ét : 5,0); Taille d'effet : d = 0,10 IC (-0,37 - 0,56); p > 0,05
	Comparateur : Liste d'attente	35	---	---		

NOTE : Le d de Cohen a été saisi tel quel lorsque rapporté dans les études ou calculé à partir des différences de moyennes, les F de Fisher ou les résultats d'une ANOVA, à l'aide du logiciel en ligne Psychometrica.

Abréviations : d= d de Cohen; ET : écart-type; F : F de Fisher; g : g de Hedges; IC : intervalle de confiance; NR : Non rapporté; t : t de student; TCC : thérapie cognitivo-comportementale
Échelles de mesure utilisées : CD-RISC-10 : Conner-Davidson Resilience Scale; ERQ : Emotion Regulation Questionnaire; DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale; GSES : General Self-Efficacy Scale; PA-SC : Positive Aspects of Self-Compassion; PWB : Psychological Well-Being-autonomy; RSES : Rosenberg Self-esteem Scale; SCS : Self-Compassion-Scale; SEQ-C : The Self-Efficacy Questionnaire for Children; SPSI : Social Problem-Solving Inventory; SPSI-RS : Social Problem-Solving Inventory-Revised Short Form.

Description des revues systématiques et résultats d'efficacité obtenus

Tableau B-8 Description des revues systématiques retenues pour l'évaluation de l'efficacité

1 ^{er} Auteur Année	Qualité Amstar-2	N études éligibles/total N Sujets	Période couverte Provenance des études	Descriptions des études primaires incluses dans les revues systématiques	Description des interventions
Apolinario-Hagen, 2019	Critiquement faible	8/8 ECR N = 1 013	2013 - 2017 Australie (2) Europe (6)	Adultes avec trouble panique <ul style="list-style-type: none"> • Âgés en moyenne entre 18 et 72 ans • Pourcentage de femmes entre 56 et 79% • Pourcentage d'adultes sous médication de 14 à 41% • Pourcentage d'adultes avec traitements psychologiques antérieurs varie de 52 à 78% 	Autosoins guidés et non guidés <ul style="list-style-type: none"> • Basés sur les principes de la TCC • 4 à 8 modules • 4 à 9 semaines
Cuijpers et al., 2019	Critiquement faible	155/155 ECR N = 15 191	1966 et 2018 86% pays de l'Ouest	Adultes avec dépression majeure ou symptômes dans la zone clinique <ul style="list-style-type: none"> • 58% des études auprès d'une population adulte, incluant des personnes âgées (n = 77) • 20% des études auprès adultes avec une condition médicale (n = 31) • 7% des études auprès de femmes avec dépression postpartum (n = 11) • 14% des études auprès de populations spécifiques (n = 22) 	Autosoins guidés et non guidés et interventions en présence groupe et individuelle basés sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de modules et durée non rapportés
Cuijpers et al., 2020	Critiquement faible	309/309 ECR N : NR	1991 – 2017 85% pays de l'Ouest	Adultes avec diagnostic ou symptômes de dépression dans la zone clinique <ul style="list-style-type: none"> • 63% des études auprès population adulte (n = 195) • 15% des études auprès de personnes âgées (n =47) • 21% des études auprès adultes avec une condition médicale (n = 64) • 14% des études auprès de femmes avec dépression postpartum (n = 42) • 12% des études auprès de populations spécifiques (n = 37) 	Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC Interventions en présence : <ul style="list-style-type: none"> ○ basées sur la TCC de 3^{ème} vague ○ basées sur la résolution de problèmes ○ basées sur la thérapie interpersonnelle ○ Thérapie psychodynamique brève ○ Thérapie de soutien non directive ○ Récit de vie • Nombre de séances/modules varie de 1 à 60 • 52% des interventions avec une durée de 7 à 12 semaines
De Witte et al., 2020	Critiquement faible	104/104 ECR N = 9 617	1989 – 2017 NR	Adultes à risque pour symptômes de stress et d'anxiété	Activités musicales et musicothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances et durée non rapportés

1 ^{er} Auteur Année	Qualité Amstar-2	N études éligibles/total N Sujets	Période couverte Provenance des études	Descriptions des études primaires incluses dans les revues systématiques	Description des interventions
Gonzalez-Valero et al., 2019	Critiquement faible	28/34 ECAA N = 2 800	2007 – 2018 Australie (2) États-Unis (9) Europe (9) Autres pays (8)	Adolescents et adultes à risque pour symptômes d'anxiété et de stress <ul style="list-style-type: none"> • Étudiants de niveau secondaire (8 études) • Étudiants de niveau universitaire (20 études) • Âgés en moyenne entre 12 et 53 ans 	Interventions en présence : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interventions basées sur les principes de la TCC ○ Interventions de pleine conscience (MBSR/MBCT) ○ Autres interventions de pleine conscience • Nombre de séances varie de 4 à 16 séances • Durée des interventions varie de 1 à 14 semaines
Grist et al., 2019	Critiquement faible	15/34 ECR N = 1 727	2011 -2017 Australie (3) États-Unis (1) Europe (8) Autres pays (3)	Adolescents avec troubles ou symptômes d'anxiété ou de dépression <ul style="list-style-type: none"> • âgées de 11 à 18 ans ou moyenne âge inférieure à 18 ans 	Autosoins guidés et non guidés <ul style="list-style-type: none"> • Basés sur les principes de la TCC • 1 à 20 modules • 30 minutes à 10 semaines
James-Palmer et al., 2020	Modérée	5/10 ECR 2/15 Cohortes N = 752	2012-2018 États-Unis (7)	Adolescents à risque ou avec symptômes de troubles mentaux courants <ul style="list-style-type: none"> • Âgés entre 12 et 18 ans • Pourcentage de filles varie de 49 à 63 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Classes de Yoga avec ou sans activités de pleine conscience • Classes d'éducation physique régulières
Krause et al., 2019	Faible	3/53 ECR N = 240	2010 – 2017 NR	Personnes âgées avec diagnostic de dépression majeure <ul style="list-style-type: none"> • Âgés en moyenne entre 69 et 74 ans 	Interventions en présence : <ul style="list-style-type: none"> ○ basées sur les principes de la TCC ○ basées sur la pleine conscience ○ Programme d'entraînement de la mémoire • Durée varie de 4 à 16 semaines
Lewis et al., 2019	Modérée	5/10 ECR N = 315	2011 – 2017 Australie (1) États-Unis (2) Europe (2)	Adultes à risque ou avec symptômes ou trouble de stress post-traumatique	Autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> • Durée varie de 4 à 12 semaines
Li et Bressington, 2019	Faible	4/6 ECR N = 439	2013 – 2017 Canada (1) États-Unis (3)	Personnes âgées à risque ou avec symptômes d'anxiété ou de dépression <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de femmes varie de 62 à 85% • Vivant dans la communauté ou résidence pour personnes âgées autonomes 	Interventions basées sur la pleine conscience <ul style="list-style-type: none"> • Format de groupe et en individuel • Séances de 2 heures avec un atelier d'un jour dans 2 études • Durée moyenne de 8 semaines

1 ^{er} Auteur Année	Qualité Amstar-2	N études éligibles/total N Sujets	Période couverte Provenance des études	Descriptions des études primaires incluses dans les revues systématiques	Description des interventions
Linardon et al., 2019	Critiquement faible	66/66 ECR N : NR	2012 018 NR	Personnes avec symptômes de dépression, anxiété ou stress	Applications mobiles guidées et non guidées <ul style="list-style-type: none"> • Basées sur les principes de la TCC • Basées sur la pleine conscience • Basées sur la thérapie d'acceptation et engagement
Lopez-Lopez et al., 2019	Critiquement faible	91/91 ECR N = 10 713	1977 – 2015 NR	Adultes avec une dépression majeure	Autosoins guidés et non guidés et interventions en présence <ul style="list-style-type: none"> • Basés sur les principes de la TCC • Nombre de séances varie de 1 à 20 séances • Durée varie de 30 minutes à 3 heures
O'Kearney et al., 2019	Faible	14/14 ECR N = 1 135	1988 – 2016 NR	Adultes avec troubles d'anxiété ou symptômes dans la zone clinique <ul style="list-style-type: none"> • Âgés en moyenne entre 24 et 39 ans • Pourcentage de femmes varie entre 35 et 100% 	Autosoins guidés et non guidés <ul style="list-style-type: none"> • Basés sur les principes de la TCC • Nombre de modules varie de 1 à 10 • Durée accompagnement varie de 1 à 15 heures
Reins et al., 2020	Critiquement faible	7/7 ECR N = 2 186	2007 – 2018 Europe (6) Autre pays (1)	Adultes avec dysthymie ou symptômes de dépression dans la zone clinique <ul style="list-style-type: none"> • Âgés en moyenne de 44 ans (11.6) • Composées de 59% de femmes, de 79% d'adultes en emploi et de 58% d'adultes en couple • 34% des adultes avec comorbidité • 51% des adultes avec une condition médicale chronique • 26% des adultes sous médication 	Autosoins guidés et non guidés <ul style="list-style-type: none"> • Aucune information sur l'approche théorique • Nombre de modules varie de 6 à 12
Roberts et al., 2019	Faible	24/61 ECR N= 1 953	1993 – 2016 Australie (9) Canada (1) États-Unis (3) Europe (10) Autre pays (1)	Adultes à risque ou avec symptômes ou trouble de stress post- traumatique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauma le plus fréquent = accident de la route dans 58% des études ▪ Autres traumas : accidents de travail, agressions sexuelles et non sexuelles, victimes de crimes violents, vols à mains armés, actes terroristes 	Interventions basées sur les principes de la TCC offertes en prévention sélective, en prévention indiquée et traitement standard <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séances varie de 2 à 16 séances • Durée varie de 2 à 32 heures
Sitbon et al., 2019	Faible	30/30 ECR 5/5 ECNR N = 16 370	2005 - 2016 Canada (4) États-Unis (17) Europe (14)	Adolescents, étudiants universitaires et adultes <ul style="list-style-type: none"> ▪ À risque ou avec symptômes d'anxiété ou de dépression • Composées de femmes en majorité 	Autosoins guidés et non guidés basés sur la psychologie positive <ul style="list-style-type: none"> • Durée varie de 1 à 8 semaines dans la majorité des études

1 ^{er} Auteur Année	Qualité Amstar-2	N études éligibles/total N Sujets	Période couverte Provenance des études	Descriptions des études primaires incluses dans les revues systématiques	Description des interventions
Wright et al., 2019	Critiquement faible	40/40 ECR N = 7 198	1990 - 2016 NR	Personnes avec trouble ou symptômes de dépression dans la zone clinique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sujets âgés de 16 ans et plus (moyenne non rapportée) 	Autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de modules varie de 5 à 18 ▪ Durée accompagnement varie de 5 minutes à 14 heures • Durée totale varie de 4 à 32 semaines

ECR : Essai contrôlé randomisé; MBCT : *Mindfulness-based Cognitive Therapy*; MBSR: *Mindfulness-based Stress Reduction*; NR: non rapporté; TCC: thérapie cognitivo-comportementale

Tableau B-9 Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des adultes

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
Apolinario-Hagen 2019	8 ECR N = 1 013	Adultes avec trouble panique	Autosoin non guidé basé sur les principes TCC transdiagnostique <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente ou suivi usuel (d variant de 0.22 à 0.71) 38% en rémission pour autosoin non guidé comparativement à 10% pour suivi usuel dans une étude 	Anxiété	4	0.52	NR
			Autosoin guidé basé sur les principes TCC transdiagnostique <ul style="list-style-type: none"> comparativement liste attente et suivi usuel (d variant de 0.05 à 1.67) forte diminution pré-post pour autosoin guidé TCC transdiagnostique 69% avec amélioration cliniquement significative pour autosoin guidé comparativement à 27% pour liste d'attente dans une étude 		4 2	0.75 1.03	NR
			Autosoin guidé basé principes TCC pour trouble panique <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente (d variant de 0.30 à 0.97) forte diminution pré-post pour TCC pour trouble panique 75% avec amélioration cliniquement significative pour autosoin comparativement à 29% pour la liste attente dans une étude 		4 2	0.64 0.96	NR
			Autosoin guidé versus non guidé <ul style="list-style-type: none"> forte diminution pré-post traitement pour autosoin guidé forte diminution pré-post traitement pour autosoin non guidé Une étude rapporte 71% avec amélioration cliniquement significative pour autosoin guidé versus 21% pour autosoin non guidée 		3 3	1.05 1.49	NR
			Pas de différence significative entre les deux approches théoriques. Taux abandon plus élevé et taux d'adhésion plus bas pour les autosoins non guidés.				
Cuijpers 2019	155 ECR N = 15 191	Adultes avec dépression majeure ou symptômes dans la zone clinique	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente comparativement au suivi usuel 	Dépression	11 9	0.48 0.14	0.18, 0.60 - 0.02, 0.29
			Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente comparativement au suivi usuel comparativement à des autosoins non guidés comparativement à de la TCC de groupe comparativement à de la TCC individuelle 		35 8 5 5 4	0.81 0.56 0.37 0.20 0.12	0.63, 0.98 0.30, 0.82 0.18, 0.55 - 0.08, 0.49 - 0.31, 0.54

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC		
Cuijpers 2019 (suite)			Interventions cognitivo-comportementales individuelles en présence	Dépression	18	1.08	0.81, 1.34		
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente comparativement au suivi usuel comparativement à de la TCC de groupe 		30			0.39, 0.65	
					7			0.00, 0.63	
			Interventions cognitivo-comportementales de groupe en présence		18	1.32	0.91, 1.72		
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente comparativement au suivi usuel 		21	0.83	0.54, 1.12		
Pas de différence significative entre les interventions cognitivo-comportementales offertes en groupe, en individuel ou au téléphone. Taux d'abandon plus élevé pour les auto-soins guidés que pour les interventions en présence, le suivi usuel ou la liste d'attente. Résultats présentés de façon agrégée pour l'ensemble des études.									
Cuijpers 2020			Interventions cognitivo-comportementales en présence (toutes):	Dépression	90	0.96	0.83, 1.08		
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 		86			0.59	0.50, 0.69
			Activation comportementale		10			1.42	0.91, 1.93
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 		8			0.85	0.53, 1.18
			Thérapie de résolution de problèmes de groupe		16			0.80	0.52, 1.08
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 		8			0.99	0.43, 1.54
			Interventions cognitivo-comportementales de 3 ^{ème} vague		13			0.87	0.59, 1.16
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement liste d'attente comparativement au suivi usuel 		4			0.93	0.49, 1.38
			Thérapie psychodynamique		1			1.09	0.19, 1.99
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 		8			0.32	0.08, 0.55
			Thérapie interpersonnelle		2			0.88	0.24, 1.52
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 		19			0.63	0.29, 0.97
			Thérapie de soutien non directive		4			1.12	0.32, 1.91
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste attente comparativement au suivi usuel 		13			0.42	0.30, 0.54
Pas de différence significative entre les différentes interventions selon l'approche théorique une fois le type de comparateur, le pays et le risque de biais pris en compte. Résultats présentés de façon agrégée pour l'ensemble des études.									

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
De Witte 2020	104 ECR N =9 617	Adultes à risque pour symptômes de stress et anxiété	Interventions musicales ou musicothérapie (comparateur non précisé):				
			• comparativement au suivi usuel ou autre intervention	Anxiété	130	0.51	p < .001
			• comparativement au suivi usuel ou autre intervention	Stress	130	0.55	p < .001
Pas de différence significative entre les interventions musicales et la musicothérapie offerte par des professionnels formés. Tailles d'effet plus élevées pour la musique préenregistrée (d = 0.56) que pour l'écoute en direct (d = 0.46) ; pour la musique instrumentale (0.56) que pour la musique avec paroles (d = 0.26) ; après une séance (d =0.60) qu'après plusieurs séances (d = 0.38) ; dans les milieux non cliniques (d = 0.69) et unités chirurgicales (d = 0.67) que dans les cliniques médicales (d = 0.43).							
Gonzalez-Valero 2019	22 ECAA N = 1 732	Adultes à risque pour symptômes de stress et anxiété	Interventions en présence (comparateur non précisé)	Dépression			
			• interventions cognitivo-comportementales		1	0.03	-0.39, 0.46
			• MBCT (d = 0.32 et 0.34)		2	0.33	NC
			• MBSR (d variant de 0.07 à 0.84)		6	0.54	NC
			• autres interventions basées sur la pleine conscience (d variant de 0.07 à 0.47)		5	0.22	NC
			• interventions cognitivo-comportementales (d = 0.15 et 0.55)	Anxiété	2	0.35	NC
			• MBCT (d = 0.55 et 0.64)		2	0.60	NC
			• MBSR (d variant de 0.21 à 0.61)		4	0.46	NC
			• autres interventions basées sur la pleine conscience (d variant de 0.17 à 0.59)		5	0.39	NC
• interventions cognitivo-comportementales	Stress	1	0.33	-0.18, 0.84			
• MBCT (d = 0.45 et 0.56)		2	0.51	NC			
• MBSR (d variant de 0.35 à 0.87)		4	0.66	NC			
• autres interventions basées sur la pleine conscience (d = 0.09 et 0.30)		2	0.20	NC			
Lewis 2019	5 ECR N =315	Adultes à risque, avec symptômes ou trouble stress post-traumatique	Autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC	Symptômes de TSPT			
			• auto-soin guidé axé sur le trauma (SPRING) comparativement à la liste attente		1	1.82	1.09, 2.55
			• auto-soin guidé axé sur le trauma (sans nom) comparativement à une attention minimale		1	0.72	0.21, 1.24
			• auto-soin guidé axé sur le trauma (Survivor to thrive) versus un comparateur actif		1	0.45	-0.17, 1.06
• auto-soin non guidé (PTSD-coach) et la liste attente		2	0.10	NC			
Linardon 2019	66 ECR N = NR	Avec symptômes de dépression, anxiété ou stress	Autosoins guidés et non guidés (liste attente, suivi usuel ou comparateur actif)	Dépression			
			• auto-soins guidés et non guidés versus le comparateur		54	0.28	0.21, 0.36
			• auto-soin guidé versus le comparateur		15	0.48	0.34, 0.62
			• auto-soin non guidé versus le comparateur		37	0.23	0.15, 0.31
			• auto-soins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC		26	0.34	0.23, 0.46
			• auto-soins guidés et non guidés basés sur la pleine conscience		28	0.33	0.24, 0.41
			• auto-soins guidés et non guidés basés sur la thérapie d'acceptation et d'engagement versus le comparateur		9	0.30	0.08, 0.53

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
			Autosoins guidés et non guidés (liste attente, suivi usuel ou comparateur actif) <ul style="list-style-type: none"> • autosoins guidés et non guidés versus le comparateur • autosoins guidés versus le comparateur • autosoins non guidés versus le comparateur • autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC • autosoins guidés et non guidés basés sur la pleine conscience • autosoins guidés et non guidés basés sur la thérapie d'acceptation et d'engagement versus le comparateur 	Anxiété	39 12 27 16 24 8	0.30 0.53 0.21 0.42 0.30 0.30	0.20, 0.40 0.36, 0.70 0.12, 0.30 0.26, 0.57 0.20, 0.41 0.11, 0.49
			Autosoins guidés et non guidés (liste attente, suivi usuel ou comparateur actif) <ul style="list-style-type: none"> • autosoins guidés et non guidés versus le comparateur • autosoins guidés versus le comparateur • autosoins non guidés versus le comparateur • autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC • autosoins guidés et non guidés basés sur la pleine conscience • autosoins guidés et non guidés basés sur la thérapie d'acceptation et d'engagement versus le comparateur 	Stress	27 10 17 8 23 5	0.35 0.57 0.24 0.61 0.31 0.16	0.21, 0.48 0.35, 0.79 0.12, 0.36 0.39, 0.83 0.19, 0.44 -0.17, 0.49
			Autosoins guidés et non guidés (liste attente, suivi usuel ou comparateur actif) <ul style="list-style-type: none"> • autosoins guidés et non guidés versus le comparateur • autosoins guidés versus le comparateur • autosoins non guidés versus le comparateur • autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC • autosoins guidés et non guidés basés sur la pleine conscience • autosoins guidés et non guidés basés sur la thérapie d'acceptation et d'engagement versus le comparateur 	Qualité de vie	43 13 30 19 29 13	0.35 0.52 0.29 0.37 0.36 0.29	0.29, 0.42 0.39, 0.64 0.22, 0.35 0.26, 0.48 0.29, 0.43 0.13, 0.44
			Interventions cognitivo-comportementales comparativement au suivi usuel	Dépression	76	1.11	0.60, 1.62
			Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC comparativement au suivi usuel		76	1.06	0.08, 2.05
			Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC versus suivi usuel		76	0.59	- 0.02, 1.20
			Interventions cognitivo-comportementales comparativement au suivi usuel	Qualité de vie	15	0.35	-0.41, 1.10
			Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC comparativement au suivi usuel		15	0.50	-0.72, 1.70
			Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC versus suivi usuel		15	-0.58	-1.27, 0.11
Lopez-Lopez 2019	91 ECR N = 10 713	Adultes avec diagnostic de dépression majeure					

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
O'Kearney 2019	14 ECR N = 1 135	Adultes avec troubles ou symptômes d'anxiété dans la zone clinique	Interventions TCC en présence :	Anxiété	5	0.36	0.11, 0.61
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement aux autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC offerts par ordinateur : adultes avec un trouble anxieux 				
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement aux autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC offerts en ligne - adultes avec un trouble d'anxiété généralisée 				
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement aux autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC offerts en ligne – adultes avec un trouble panique 				
			<ul style="list-style-type: none"> comparativement aux autosoins guidés et non guidés basés sur les principes de la TCC offerts en ligne – adultes avec phobies 		1	0.22	-0.48, 0.91
Reins 2020	7 ECR N = 2186	Dysthymie ou symptômes de dépression dans la zone clinique	Autosoins (guidés et non guidés) versus liste d'attente, suivi usuel ou éducation psychologique <ul style="list-style-type: none"> faible amélioration en faveur autosoins par rapport au comparateur 40% adultes avec amélioration cliniquement significative pour autosoins versus 22% pour le comparateur (OR = 2.46, CI : 1.99, 3.04) 	Dépression	7	0.39	0.25, 0.53
Roberts 2019	24 ECR N = 1953	Adultes à risque ou avec symptômes ou trouble TSPT	Interventions offertes à toute personne exposée dans le mois suivant le trauma: <i>Brief individual processing therapy</i> comparativement au suivi usuel	Symptômes de TSPT	7	0.57	NC
			Interventions offertes aux personnes avec des symptômes dans les 3 mois suivant le trauma : <ul style="list-style-type: none"> TCC comparativement à la liste attente TCC axée sur le trauma comparativement à la liste attente TCC axée sur le trauma comparativement à du counseling de soutien TCC axée sur le trauma comparativement à un auto-soin non guidé Pas de différence significative entre TCC régulière et TCC axée sur le trauma	Symptômes de TSPT	2	0.68	0.35, 1.00
					4	2.50	0.75, 4.75
					9	0.63	0.32, 0.93
					8	0.61	0.22, 1.01
					2	0.57	-0.11, 1.25
Roberts 2019 (suite)			Interventions offertes aux personnes avec un trouble de stress post-traumatique <ul style="list-style-type: none"> TCC comparativement à la liste attente TCC axée sur le trauma comparativement à la liste attente TCC axée sur le trauma comparativement à du counseling de soutien Pas de différence significative entre TCC régulière et TCC axée sur le trauma	Symptômes de TSPT	2	0.68	0.35, 1.00
					6	0.89	0.56, 1.23
					6	0.75	0.47, 1.03

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
Sitbon 2019	29 ECR 5 ECNR N = 16 216 2005 – 2016	Adultes à risque ou avec symptômes d'anxiété ou dépression	Autosoins non guidés basés sur les principes de la psychologie positive versus le comparateur (non précisé) : (d variant entre 0.11 et 1.17)	Dépression	11	0.38	NR
			Autosoins non guidés basés sur les principes de la psychologie positive versus le comparateur (non précisé) : (d variant entre 0.01 et 1.17)	Bien-être psychologique	15	0.39	NR
			Rapporte des effets positifs sur le bien-être psychologique pour 28 des 35 études et effets positifs sur la dépression pour 20 des 35 études mais les tailles d'effet sont rapportées pour seulement 15 des 28 études et pour 11 des 20 études respectivement.				
Wright 2019	40 ECR N = 7 198	Adultes avec Trouble ou symptômes dans la zone clinique	Autosoins (guidé et non guidé) basé sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> • auto-soin guidé versus le comparateur (non précisé) • auto-soin non guidé versus le comparateur (non précisé) 	Dépression	24 18	0.67 0.24	0.55, 0.81 0.15, 0.34

d : d de Cohen; g: g de Hedge; IC: intervalle de confiance; K: comparaison; NC: non calculé; NR: non rapporté; Taille d'effet en gras: différence statistiquement et cliniquement significative.

Tableau B-10 Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des adolescents

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
Gonzalez-Valero 2019	8 ECR N = 1068	Adolescents à risque pour symptômes d'anxiété et stress	Interventions en présence (comparateur non précisé) <ul style="list-style-type: none"> • interventions cognitivo-comportementales versus le comparateur • MBCT versus le comparateur • MBSR versus le comparateur • autres interventions basées sur la pleine conscience versus le comparateur 	Dépression	1	0.32	-0.01, 0.64
					2	0.26	NC
					1	0.57	-0.25, 1.38
					2	0.44	NC
			<ul style="list-style-type: none"> • interventions cognitivo-comportementales versus le comparateur • MBCT versus le comparateur • MBSR versus le comparateur • autres interventions basées sur la pleine conscience versus le comparateur 	Anxiété	2	0.59	NC
					2	0.32	NC
					1	0.11	-0.91, 0.69
					2	0.35	NC
			<ul style="list-style-type: none"> • MBCT versus le comparateur • MBSR versus le comparateur • autres interventions basées sur la pleine conscience versus le comparateur 	Stress	1	0.44	0.23, 0.44
1	0.40	-0.41, 1.21					
3	0.53	NC					
Grist 2019	15 ECR N = 1727	Adolescents avec symptômes ou troubles d'anxiété ou dépression	Autosoins non guidé basé sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> • comparativement liste d'attente ou attention minimale 	Dépression	12	0.22	NC
					Autosoins guidé basé sur les principes de la TCC <ul style="list-style-type: none"> • comparativement à la liste d'attente 	Anxiété	3
James-Palmer 2020	5 ECR 2 cohortes N= 752	Adolescents à risque ou avec symptômes d'anxiété ou dépression	Interventions de groupe en présence (milieu scolaire): <ul style="list-style-type: none"> • diminution des symptômes en faveur de la classe de Yoga (avec ou sans activités de pleine conscience) comparativement à une classe d'éducation physique rapportée dans 3 études mais aucune statistique n'est rapportée. 	Dépression et anxiété	7	NR	NR
Sitbon 2019	1 ECR 2014	Adolescents à risque ou avec symptômes anxiété ou dépression	Autosoins non guidé basé sur les principes de la psychologie positive <ul style="list-style-type: none"> • versus un comparateur actif • versus un comparateur actif • versus un comparateur actif • versus un comparateur actif 	Dépression	1	0.28	NR
				Anxiété	1	0.23	NR
				Stress	1	0.13	NR
				Bien-être psychologique	1	0.25	NR

d : d de Cohen; g: g de Hedge; IC: intervalle de confiance; K: comparaison; NC: non calculé; NR: non rapporté; Taille d'effet en gras: différence statistiquement et cliniquement significative.

Tableau B-11 Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques auprès des personnes âgées

1 ^{er} Auteur Année	Nombre d'études et de sujets	Population	Principaux résultats	Symptômes Bénéfices	K	Taille d'effet (d ou g)	IC
Cuijpers 2020	NR NR	Personnes âgées avec Dépression majeure ou symptômes ou dans la zone clinique	Interventions basées sur le récit de vie (en présence) <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente comparativement au suivi usuel 	Dépression	4 5	0.61 0.83	0.29, 0.93 0.44, 1.22
Krause 2019	3 ECR N = 240 2010-2017	Personnes âgées avec trouble dépressif	Intervention cognitivo-comportementale (en présence) <ul style="list-style-type: none"> pas de différence significative entre l'intervention et le suivi usuel ou comparateur actif sur aucun des résultats d'intérêts 	Dépression Qualité de vie Fonctionnement social	1	NR	NR
			Intervention basée sur la pleine conscience (en présence) <ul style="list-style-type: none"> comparativement à des activités de loisirs 	Dépression	1	1.69	NR
			Entraînement de la mémoire <ul style="list-style-type: none"> comparativement au suivi usuel 	Dépression	1	0.53	NR
Li 2019	4 ECR 2013-2017 N = 439	70 – 83 ans À risque ou avec symptômes TMC	Interventions de pleine conscience MBSR (en présence) <ul style="list-style-type: none"> comparativement à la liste d'attente ou comparateur actif (d variant de 0.20 à 1.70) 	Dépression	4	0.60	NC

d : d de Cohen; g: g de Hedge; IC: intervalle de confiance; K: comparaison; NC: non calculé; NR: non rapporté; Taille d'effet en gras: différence statistiquement et cliniquement significative

Niveaux de confiance dans les constats dégagés

Tableau B-12 Synthèse des niveaux de confiance obtenus sur les critères de gradation de la preuve

No. de constat	Robustesse	Cohérence	Impact clinique	Généralisation	Niveau de confiance global
ADULTES					
D1	Élevé	Modéré	Modéré	Élevé	Modéré
D2	Modéré	Élevé	Modéré	Élevé	Modéré
D3	Modéré	Faible	Faible	Élevé	Données insuffisantes
D4	Modéré	Élevé	Modéré	Modéré	Modéré
D5	Modéré	Élevé	Modéré	Modéré	Modéré
D6	Modéré	Élevé	Modéré	Modéré	Modéré
D7	Faible	Élevé	Faible	Modéré	Faible
A1	Modéré	Faible	Modéré	Élevé	Faible
A2	Modéré	Élevé	Élevé	Élevé	Modéré
A3	Modéré	Élevé	Faible	Élevé	Modéré
A4	Modéré	Faible	Faible	Modéré	Données insuffisantes
A5	Élevé	Modéré	Élevé	Élevé	Modéré
A6	Modéré	Élevé	Élevé	Modéré	Modéré
S1	Faible	Faible	Faible	Élevé	Données insuffisantes
S2	Modéré	Élevé	Élevé	Élevé	Modéré
S3	Faible	Faible	Modéré	Modéré	Données insuffisantes
Q1	Modéré	Élevé	Faible	Élevé	Modéré
Q2	Modéré	Élevé	Modéré	Élevé	Modéré
Q3	Modéré	Modéré	Modéré	Élevé	Modéré
Q4	Faible	Faible	Modéré	Modéré	Données insuffisantes
F1	Modéré	Modéré	Modéré	Élevé	Modéré
C1	Modéré	Faible	Faible	Élevé	Données insuffisantes
ADOLESCENTS					
D8	Modéré	Élevé	Modéré	Modéré	Modéré
D9	Élevé	Élevé	Faible	Modéré	Modéré
A7	Élevé	Modéré	Faible	Modéré	Modéré

No. de constat	Robustesse	Cohérence	Impact clinique	Généralisation	Niveau de confiance global
Q5	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Modéré
F2	Élevé	Faible	Faible	Élevé	Données insuffisantes
C2	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Modéré
ADOLESCENTS ET ADULTES					
Q6	Modéré	Modéré	Faible	Élevé	Modéré
F3	Faible	Modéré	Faible	Élevé	Données insuffisantes
C3	Modéré	Faible	Modéré	Élevé	Faible

Note : Voir les annexes [A](#) et [B](#) pour la description de la grille de gradation de la preuve et les tableaux de gradation de la preuve liés aux symptômes de troubles mentaux courants et liés aux bénéfices psychosociaux.

Gradation de la preuve – Symptômes de troubles mentaux courants

Tableau B-13 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D1)

Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>7 études indépendantes [Fenger <i>et al.</i>, 2020; Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Oh <i>et al.</i>, 2020; Kählke <i>et al.</i>, 2019; Nilsson <i>et al.</i>, 2019; Schure <i>et al.</i>, 2019; Wootton <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études: 7 ECR, N= 1787 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Kählke), 5 études sont de qualité moyenne (Kladnitski; Schure; Wootton; Kladnitski; Schure; Wootton) et une étude est de faible qualité (Fenger).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Élevé</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins non guidés sont basés sur les principes de la TCC.</p> <p><u>5 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Fenger; Kählke; Kladnitski; Schure; Wootton) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente. • Les autosoins ont été effectués auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique (Schure; Wootton) ou un trouble anxieux présumé (Fenger; Kählke; Kladnitski). • Ils avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression (Kladnitski), une diminution des symptômes d'anxiété (Fenger; Kählke; Wootton) ou de dépression (Schure). <p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Nilsson; Oh) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ne se sont pas avérés plus efficaces que des autosoins non guidés basés sur l'éducation psychologique. • L'autosoin de Oh a été effectué auprès d'adultes présentant un trouble anxieux présumé et celui de Nilsson a été effectué auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique. 	<p>Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ces autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété (Oh) ou une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress (Nilsson). 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes des autosoins non guidés varient de modérée (Kählke : 0,50) à forte (Kladnitski : 0,89) lorsque comparés à une liste d'attente. • L'étude de Kladnitski rapporte que 54% des participants du groupe d'autosoin non guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression comparativement à 13% pour ceux sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon dans les groupes d'autosoin non guidé varient de 5% (Kladnitski) à 28% (Wootton) et les niveaux d'adhésion varient de 58% (Kählke) à 84% (Fenger). Pour l'étude de Schure, il est à noter que 28% des participants ont complété en moyenne 8,7 modules sur un total de 31. • L'autosoin de Schure compte 31 modules, durée non rapportée. Les autosoins de Fenger et de Kählke comptent 9 modules d'une durée totale variant entre 5 et 9 heures. Ceux de Wootton et de Kladnitski comptent, respectivement, 5 et 6 modules mais la durée n'est pas rapportée. <p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes sont très faibles (Oh : 0,05; Nilsson : 0,13) indiquant une diminution similaire des symptômes de dépression pour les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC et ceux basés sur l'éducation psychologique. • L'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de Nilsson n'entraîne pas de différence significative sur la diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement, mais une différence serait significative pour l'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Pas de taille d'effet intragroupe disponible. • Les 2 autosoins de Oh n'entraînent pas de diminution significative des symptômes de dépression du pré au post-traitement. • Les taux d'abandon des participants pour les groupes d'autosoin non guidé sont de 9% (Oh) et 40% (Nilsson) et les niveaux d'adhésion sont de 15% (Nilsson) et 30% (Oh). L'autosoin de Nilsson compte 12 modules et celui de Oh, 5 options. Leur durée n'est pas rapportée. 	Modéré
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les populations étudiées sont très semblables (Fenger; Kählke; Kladnitski; Nilsson; Schure; Wootton) ou quelque peu semblables (Oh) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 51% (Oh) et 86% (Kählke) des échantillons.</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Kählke); Australie (Kladnitski; Wootton); Danemark (Fenger); États-Unis (Schure) Scandinavie (Nilsson); Corée du Sud (Oh).</p>	Élevé

Tableau B-14 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constats D2-D3)

<p>Constat D2 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience, la psychologie positive, les principes de la thérapie cognitivo-comportementale ou l'éducation psychologique entraînent une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes, un trouble dépressif ou un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).</p> <p>Constat D3 : Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des autosoins non guidés basés sur la pleine conscience pour prévenir les symptômes de dépression chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (données insuffisantes).</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>6 études indépendantes [Ahmad <i>et al.</i>, 2020; Gili <i>et al.</i>, 2020; Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Barry <i>et al.</i>, 2019; Hanson, 2019; Stevenson <i>et al.</i>, 2019] avec 11 comparaisons</p> <p>Devis des études: 6 ECR, N= 814 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Ahmad), 4 études sont de qualité moyenne (Gili; Kladnitski; Hanson; Stevenson) et une étude est de faible qualité (Barry).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>9 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Gili; Hanson; Kladnitski; Stevenson) : Constat D2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins non guidés basés sur la pleine conscience se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente (Kladnitski) ou un suivi usuel (Gili). • 6 comparaisons d'autosoins non guidés basés, soit sur la pleine conscience (Gili; Kladnitski), la psychologie positive (Gili; Hanson; Stevenson), les principes de la TCC (Hanson; Kladnitski), la restructuration cognitive (Stevenson) ou basé sur l'éducation psychologique (Gili) se sont avérés d'efficacité similaire lorsque comparés entre eux. • Un auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive ne s'est pas avéré plus efficace qu'un suivi usuel (Gili) • 5 comparaisons d'autosoin ont porté sur des adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique ou un trouble dépressif (Hanson; Gili) et 2 comparaisons d'autosoin ont porté sur des adultes présentant un trouble anxieux présumé (Kladnitski; Stevenson). • Les autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes de dépression (Gili; Hanson), des symptômes d'anxiété (Stevenson) ou des symptômes d'anxiété et de dépression (Kladnitski). 	<p>Constat D2 Élevé</p>

	<p><u>2 comparaisons portant sur des interventions de prévention sélective (Ahmad; Barry) : Constat D3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auto-soin non guidé basé sur la pleine conscience s'est avéré plus efficace qu'une liste d'attente pour prévenir des symptômes d'anxiété et de dépression (Ahmad). • Un auto-soin non guidé ne s'est pas avéré plus efficace qu'une liste d'attente pour prévenir des symptômes d'anxiété et de dépression (Barry). <p><i>* L'hétérogénéité des interventions et des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p>	<p>Constat D3 Faible</p>
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces ou d'efficacité similaire au comparateur : Constat D2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les auto-soins plus efficaces que le comparateur, la taille d'effet intergroupe est modérée pour l'auto-soin de Gili (0,50) et forte pour l'auto-soin de Kladnitski (1,18) lorsque comparés à un suivi usuel ou à une liste d'attente • Pour les auto-soins d'efficacité similaire, les tailles d'effet intergroupes varient de 0,01 (Gili) à 0,33 (Stevenson) indiquant qu'il y a peu ou pas de différence dans l'efficacité des différentes interventions. • Toutes les interventions des études de Hanson et Kladnitski entraînent une forte diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes, lorsque disponibles, variant entre 1,08 pour l'auto-soin basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique de Kladnitski et 1,58 pour l'auto-soin basé sur les principes de la TCC de Hanson. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour celui-ci, il est à noter que la taille d'effet a été obtenue auprès de 37% des participants qui ont complété l'intervention. Toujours pour l'étude de Hanson, la taille d'effet de 1,24 de l'auto-soin basé sur la psychologie positive a été obtenue, quant à elle, auprès de 41% des participants qui ont complété l'intervention. • Les interventions de l'étude de Gili présentent toutes une différence significative des symptômes de dépression du pré au post-traitement. Leurs tailles d'effet intragroupes ne sont pas disponibles. • Pour les 2 interventions de l'étude de Stevenson, l'auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression du pré au post-traitement alors que cette diminution est faible pour l'intervention de restructuration cognitive. Notons que ces résultats ont été obtenus auprès de participants ayant complété les interventions. • L'étude de Kladnitski rapporte que 40% du groupe d'auto-soin non guidé basé sur la pleine conscience ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression comparativement à 13% pour ceux sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'auto-soin non guidé basé sur la pleine conscience ou la psychologie positive varient de 5% (Kladnitski) à 59% (Hanson) et les niveaux 	<p>Constat D2 Modéré</p>

	<p>d'adhésion varient de 32% (Gili) à 81% (Kladnitski). Le niveau d'adhésion de l'intervention de Hanson n'est pas rapporté.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les autosoins de Gili comptent 4 modules et une séance d'information de groupe pour une durée totale variant entre 4 et 5,5 heures. Celui de Kladnitski compte 6 modules. L'autosoin de bibliothérapie de Hanson compte 8 chapitres de livre. La durée de ces 2 derniers autosoins n'est pas rapportée. Quant à l'autosoin de Stevenson, il compte 14 modules d'une durée variant de 1 à 3,5 heures. <p><u>Interventions de prévention sélective : Constat D3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe est modérée (0,53) pour l'autosoin non guidé de Ahmad comparé à la liste d'attente et est légèrement supérieure à la liste d'attente (0,44) pour l'étude de Barry. Les taux d'abandon dans les groupes d'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience sont de 13% (Ahmad) e 19% (Barry) et les niveaux d'adhésion sont de 38% (Ahmad) et 63% (Barry). L'autosoin non guidé de Ahmad compte 12 modules d'une durée de 3 heures et celui de Barry, 56 modules d'une durée de 28 heures. 	<p>Constat D3 Faible</p>
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Ahmad; Gili; Kladnitski; Hanson) et quelque peu semblables (Barry) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 75% (Ahmad) à 87% (Hanson) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Gili); déterminé à la convenance des participants (Ahmad; Kladnitski; Barry; Hanson)</p> <p>Provenance des études : Australie (Kladnitski), Canada (Ahmad), Espagne (Gili), Royaume-Uni (Hanson)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-15 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D4)

<p>Constat D4 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale combinés à de la pleine conscience sont susceptibles d’entraîner une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes de dépression ou d’anxiété, ou un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).</p>		
Critères d’appréciation	Détails des études portant sur l’intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> Quantité d’études et de sujets Plan d’étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Moberg <i>et al.</i>, 2019] pour 4 comparaisons</p> <p>Devis des études : 2 ECR, N= 658 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne. Elles portent précisément sur la question d’évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l’effet de l’intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d’intervention 	<p>Tous les autosoins non guidés sont basés sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience</p> <p><u>4 comparaisons où l’intervention s’est avérée plus efficace ou d’efficacité similaire au comparateur (Kladnitski; Moberg) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2 autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces qu’une liste d’attente (Kladnitski, Moberg). Un auto-soin non guidé basé sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience s’est avéré d’efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé seulement sur la pleine conscience et similaire à un auto-soin non guidé basé seulement sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique (Kladnitski). Ils ont été effectués auprès d’adultes présentant un trouble anxieux présumé (Kladnitski) ou des symptômes d’anxiété dans la zone clinique (Moberg) et avaient comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété et de dépression. 	<p>Élevé</p>
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Taille de l’effet et précision de l’estimé Dose requise pour obtenir l’effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l’effet 	<p><u>Interventions plus efficaces que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d’effet intergroupe pour l’auto-soin non guidés de l’étude de Moberg est modérée (0,55) et forte pour l’étude de Kladnitski (1,16) lorsque comparé à une liste d’attente. Les tailles d’effet intergroupes des autosoins de l’étude de Kladnitski sont de 0,26 et de 0,33 indiquant qu’ils sont d’efficacité similaire, bien que l’auto-soin combiné soit légèrement supérieur aux autosoins basés respectivement sur les principes de la TCC et sur la pleine conscience. Tous les autosoins de l’étude de Kladnitski entraînent une diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d’effet intragroupes qui varient de 1,08 pour l’auto-soin non guidé basé sur les principes de la TCC à 1,49 pour l’auto-soin non guidé combiné. 	<p>Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les études de Kladnitski et de Moberg rapportent, respectivement, que 43% et 42% des participants des groupes d'autosoins ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression comparativement à 13% et 17% pour ceux des groupes sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants des groupes d'autosoins non guidés sont de 8% (Kladnitski) et 69% (Moberg) et les niveaux d'adhésion sont de 83% pour Kladnitski et inconnu pour Moberg. • L'autosoins de Kladnitski compte 6 modules et l'application mobile de Moberg, 10 activités. Leur durée totale n'est pas rapportée. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Kladnitski) et quelque peu semblables (Moberg) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 75% (Moberg) à 86% (Kladnitski) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Australie (Kladnitski) et États-Unis (Moberg)</p>	Modéré

Tableau B-16 Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D5)

Constat D5 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble mental courant (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>7 études indépendantes [Leterme <i>et al.</i>, 2020; MacLean <i>et al.</i>, 2020; Richards <i>et al.</i>, 2020; Thase <i>et al.</i>, 2020; Cook <i>et al.</i>, 2019; Mohr <i>et al.</i>, 2019; Reins <i>et al.</i>, 2019] pour 8 comparaisons</p> <p>Devis des études : 7 ECR, N= 974 participants</p> <p>3 études sont de qualité élevée (Richards; Leterme et Reins) et 4 études sont de qualité moyenne (Cook; MacLean; Mohr et Thase).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation sauf l'étude de Thase qui porte sur une question d'évaluation différente mais connexe. Toutes les études ont une puissance statistique forte sauf l'étude de Thase qui est de puissance modérée.</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins guidés sont basés sur les principes de la TCC.</p> <p><u>6 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Leterme; Mohr; Reins; Richards; Thase):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auto-soin guidé avec rétroaction (Richards) s'est avéré plus efficace qu'une liste d'attente. • Un auto-soin guidé avec contact en présence s'est avéré plus efficace qu'un suivi usuel (Leterme). • Un auto-soin guidé avec contact en présence s'est avéré d'efficacité similaire à la même intervention effectuée complètement en présence avec un professionnel (Leterme). • Un auto-soin guidé avec contact en présence s'est avéré d'efficacité similaire à une TCC en présence (Thase). • Un auto-soin guidé avec des contacts téléphoniques ou par clavardage s'est avéré d'efficacité similaire que la même intervention mais en format non guidé (Mohr). • Un auto-soin guidé avec rétroaction écrite s'est avéré d'efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique (Reins). 	Élevé

	<ul style="list-style-type: none"> • Les autosoins ont été effectués auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique (Mohr), un trouble anxieux ou dépressif (Reins; Richards; Thase) ou un trouble de l'adaptation avec anxiété (Leterme). • Les autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression (Mohr; Richards), des symptômes d'anxiété (Leterme) ou de dépression (Reins; Thase). <p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Cook; MacLean) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins guidés avec rétroaction écrite (Cook) ou contacts téléphoniques (MacLean) ne se sont pas avérés plus efficaces qu'une liste d'attente. • Les 2 autosoins ont été effectués auprès d'adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique et avaient comme objectif une diminution des symptômes de dépression (MacLean) ou des symptômes d'anxiété et de dépression (Cook). 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces ou d'efficacité similaire au comparateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les autosoins qui se sont avérés plus efficaces que le comparateur, les tailles d'effet intergroupes des autosoins guidés sont modérées et varient de 0,55 (Richards) à 0,62 (Leterme) lorsque les autosoins sont comparés une liste d'attente ou un suivi usuel. • Pour les autosoins d'efficacité similaire à une autre intervention, les tailles d'effet intergroupes indiquent que : <ul style="list-style-type: none"> ○ les autosoins guidés entraînent une diminution des symptômes de dépression similaire (Mohr : 0,19) ou légèrement supérieure (Reins : 0,36) à des autosoins non guidés basé sur les principes de la TCC ou basé sur l'éducation psychologique. ○ les autosoins guidés entraînent une diminution des symptômes de dépression similaire à une intervention en présence (Leterme : 0,09; Thase : 0,05). • Les autosoins de Mohr et de Reins entraînent une diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes variant entre 0,50 pour l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC (Mohr) et 1,10 pour l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC avec rétroaction écrite (Reins). • L'étude de Thase rapporte que près de 42% des participants dans les groupes de TCC et d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression. • L'étude de Reins rapporte que 69% des participants du groupe d'autosoins guidé basé sur les principes de la TCC ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression comparativement à 50% de ceux dans le groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. De plus, il est rapporté que 35% et 29% des participants de ces 2 groupes se sont rétablis. 	<p>Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les taux d'abandon des participants aux groupes d'autosoins guidé basé sur les principes de la TCC varient de 3% (Reins) à 18% (Thase) et les niveaux d'adhésion vont de 41% (Richards) à 82% (Thase). Ces données ne sont pas disponibles pour les autosoins guidés de Leterme et de Mohr. • Les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC de Leterme, Reins et Richards comptent entre 5 et 9 modules dont les durées totales varient de 3 à 8,5 heures selon l'autosoin. L'autosoin de Mohr compte 12 activités sur l'application, mais la durée n'est pas rapportée. Quant à l'autosoin de Thase, il compte 9 modules et 12 contacts en présence avec une durée totale variant entre 10 et 14.5 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Richards; Leterme; Mohr et Reins) ou quelque peu semblables (Thase) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 65% (Leterme) et 86% (Thase) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants sauf pour l'étude de Leterme où la séance d'information de groupe initiale se déroule en établissement de santé et de services sociaux</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Reins), États-Unis (Mohr; Thase), France (Leterme), Royaume-Uni (Richards)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-17 Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D6)

Constat D6 : Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence entraînent une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant un trouble mental courant (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>6 études indépendantes pour 10 comparaisons [Fortin-Delisle <i>et al.</i>, 2020; Leterme <i>et al.</i>, 2020; Salomonsson <i>et al.</i>, 2020; Steinmann <i>et al.</i>, 2020; Steketee <i>et al.</i>, 2019; Zaboski <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Plan de devis optimal : 5 ECR et un ECAA, N= 803 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Leterme), 5 études sont de qualité moyenne (Zaboski; Fortin-Delisle; Salomonsson; Steinmann; Steketee).</p> <p>5 études portent précisément sur la question d'évaluation (Leterme; Zaboski; Fortin-Delisle; Steketee) et une étude porte sur une question clé différente mais connexe (Steinmann).</p> <p>4 études ont une puissance statistique forte (Leterme; Fortin-Delisle; Salomonsson; Steketee), une étude a une puissance modérée (Zaboski) et une étude a une puissance faible (Steinmann).</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Toutes les interventions ont été effectuées auprès d'adultes présentant un trouble présumé.</p> <p><u>9 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Fortin-Delisle; Leterme; Salomonsson; Steketee; Zaboski) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention basée sur les principes de la TCC s'est avérée plus efficace qu'un suivi usuel (Leterme) alors qu'une intervention d'exposition et prévention de la réponse s'est avérée plus efficace que de l'éducation psychologique (Zaboski). • 2 comparaisons de TCC se sont avérées d'efficacité similaire à une intervention de retour au travail ou à une intervention de retour au travail combinée à une TCC (COMBO) (Salomonsson). Une comparaison d'intervention combinée (COMBO) s'est avérée d'efficacité similaire à une intervention de retour au travail (Salomonsson). • 3 comparaisons d'intervention de TCC se sont avérées d'efficacité similaire (exposition et prévention de la réponse; restructuration cognitive, ces 2 interventions combinées) (Steketee). • Une TCC combinée à un programme de modification des biais d'interprétation s'est avérée d'efficacité similaire à une TCC seule (Fortin-Delisle). 	Élevé

	<ul style="list-style-type: none"> • 2 TCC avec ou sans envoi de lettre de motivation ne se sont pas avérées plus efficaces l'une que l'autre (Steinmann). • Les interventions ont été effectuées auprès d'adultes présentant un trouble présumé, soit un trouble d'anxiété généralisée ou sociale (Fortin-Delisle; Zabolki), un trouble obsessionnel compulsif (Steketee), un trouble de l'adaptation (Leterme; Salomonsson) ou un trouble dépressif (Steinmann). • Elles avaient comme objectif une diminution des symptômes de dépression (Steinmann), des symptômes d'anxiété (Fortin-Delisle; Leterme; Steketee), des symptômes d'anxiété ou de dépression (Zabolki) ou des symptômes de stress et d'épuisement (Salomonsson). 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les interventions plus efficaces que le comparateur, les tailles d'effet intergroupes sont modérées (Leterme : 0,56; Zabolki : 0,55). • Pour les interventions d'efficacité similaire à une autre intervention, les tailles d'effet intergroupes varient de 0,01 (Salomonsson) à 0,40 (Fortin-Delisle) indiquant qu'il y a peu ou pas de différence dans l'efficacité des différentes interventions. • Les interventions entraînent une diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes, lorsque disponibles, variant de 0,66 pour l'intervention d'exposition et de prévention de la réponse de Zabolki à 1,46 pour la TCC de Salomonsson. <ul style="list-style-type: none"> ○ Il est à noter que les tailles d'effet intragroupes des 2 interventions de l'étude de Zabolki et des 3 interventions de l'étude de Steketee ont été obtenues auprès des participants qui ont complété les interventions ou qui ont complété au moins 12 séances dans le cas de celles de Steketee. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention varient de 2% (Salomonsson) à 23% (Steinmann). Aucune donnée n'est disponible pour les interventions de Steketee et Zabolki. Les niveaux d'adhésion varient de 53% (Zabolki) à plus de 95% (Salomonsson). Aucune donnée à cet effet pour les études de Fortin-Delisle et Leterme. • L'intervention de Leterme compte 5 séances d'une durée variant entre 4 et 5 heures et celle de Zabolki compte 6 séances d'une durée de 12 heures. L'intervention de Fortin-Delisle compte 14 séances d'une durée de 14 heures. Celles de Salomonsson comptent entre 8 et 25 séances alors que celles de Steketee varie entre 12 et 20 séances, mais leurs durées ne sont pas rapportées. Enfin, celles de Steinmann comptent entre 9 et 13 séances d'une durée variant de 4,5 à 6,5 heures. 	Modéré
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Leterme; Fortin-Delisle; Salomonsson; Steketee, Steinmann) et quelque peu semblables (Zabolki) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 54% (Zabolki) et 88% (Salomonsson) des échantillons dans les études.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Leterme; Fortin-Delisle; Salomonsson, Steketee, Steinmann), établissement universitaire (Zabolki).</p> <p>Provenance des études : Canada (Fortin-Delisle), États-Unis (Steketee; Zabolki), France (Leterme), Scandinavie (Salomonsson), Allemagne (Steinmann).</p>	Modéré

Tableau B-18 Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adultes (Constat D7)

Constat D7 : Les études recensées indiquent que les interventions basées sur la pleine conscience et offertes en présence sont peu susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes de dépression chez des adultes à risque de présenter ou qui présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété (niveau de confiance faible).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Akeman <i>et al.</i>, 2020; Sass <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 2 ECAA ; N= 361 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Faible
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Akeman; Sass)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 interventions basées sur la pleine conscience ne se sont pas avérées plus efficaces qu'une liste d'attente. • Une intervention a été effectuée auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression (Akeman) et une autre auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique (Sass). Les interventions avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress. 	Élevé
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet pour l'intervention de l'étude de Akeman est très faible (0,08) lorsque comparée à une liste d'attente et la différence est non significative dans l'étude de Sass (p= 0,06; taille d'effet non rapportée). • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention sont de 3% (Akeman) et 9% (Sass) et les niveaux d'adhésion sont de 84% (Sass) et 87% (Akeman). L'intervention d'Akeman compte 4 séances d'une durée de 3,5 heures et celle de Sass compte 5 séances d'une durée de 6 heures. 	Faible
Généralisation des résultats <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Sass) et quelque peu semblables (Akeman) à la population québécoise. Les femmes représentent 58% (Akeman) et 87% (Sass) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : établissement universitaire Provenance des études : États-Unis</p>	Modéré

Tableau B-19 Autosoins guidés pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adolescents (Constat D8)

<p>Constat D8 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes de dépression chez des adolescents présentant un trouble dépressif (niveau de confiance modéré).</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>3 études indépendantes [Berg <i>et al.</i>, 2019; Stjerneklar <i>et al.</i>, 2019; Topooco <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 3 ECR; N = 221 participants</p> <p>2 études sont de qualité élevée (Stjerneklar; Topooco) et une étude est de qualité moyenne (Berg).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation.</p> <p>Deux études ont une puissance statistique forte (Stjerneklar; Topooco) et une étude a une puissance modérée (Berg).</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins guidés sont basés sur les principes de la TCC.</p> <p><u>2 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Berg; Topooco) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les autosoins guidés avec contacts par clavardage et rétroaction écrite se sont avérés plus efficaces qu'un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique (Berg) et qu'une liste d'attente (Topooco). Les 2 autosoins guidés ont été effectués auprès d'adolescents présentant un trouble dépressif et avaient comme objectif une diminution des symptômes de dépression. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Stjerneklar) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'auto-soin guidé ne s'est pas avéré plus efficace qu'une liste d'attente. L'auto-soin guidé avec contact téléphonique a été effectué auprès d'adolescents présentant un trouble anxieux et avait comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété. 	<p>Élevé</p>
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe pour l'auto-soin guidé de Berg est modérée (0,71) et forte pour celui de Topooco (0,86) lorsque comparée respectivement à un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique ou une liste d'attente. 	<p>Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude de Topooco rapporte que 46% des participants du groupe d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression et 56% se sont rétablis comparativement à 11% et 27% pour ceux sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin guidé sont de 3% (Berg) et 11% (Topooco) et les niveaux d'adhésion sont de 74% (Topooco) et 81% (Berg). • Les 2 autosoins comptent 8 modules. La durée des modules n'est pas rapportée mais les périodes de clavardage avec l'intervenant sont d'une durée totale de 4.5 heures pour l'autosoin de Berg et de 6 heures pour celui de Topooco. <p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe est très faible (0.11). Le taux d'abandon des participants au groupe d'autosoin guidé est de 6% et le niveau d'adhésion est de 68%. Il compte 8 modules d'une durée totale de 7 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Topooco; Stjerneklar) et quelque peu semblables (Berg) à la population québécoise. Les adolescentes représentent de 79% (Stjerneklar) à 96% (Topooco) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance de chaque participant</p> <p>Provenance des études : Scandinavie</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-20 Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de dépression auprès des adolescents (Constat D9)

Constat D9 : Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence entraînent peu de diminution des symptômes de dépression chez des adolescents présentant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>6 études indépendantes [Haugland <i>et al.</i>, 2020; Lorentzen <i>et al.</i>, 2020; Brown <i>et al.</i>, 2019; Idsoe <i>et al.</i>, 2019; Martinez <i>et al.</i>, 2019; McGuire <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 6 ECR, N= 1146 participants</p> <p>4 études sont de qualité élevée (McGuire; Brown; Haugland; Lorentzen) et 2 études sont de qualité moyenne (Idsoe; Martinez).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Élevé
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>5 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Brown; Haugland; Idsoe; Lorentzen; Martinez) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 interventions basées sur les principes de la TCC, de nature transdiagnostique dans le cas de Lorentzen ne sont pas avérées plus efficaces qu'une liste d'attente (Brown; Lorentzen). • 2 interventions basées sur les principes de la TCC ne sont pas avérées plus efficaces qu'un suivi usuel (Idsoe; Martinez). • Une TCC brève (5 séances) ne s'est pas avérée plus efficace qu'une TCC régulière de 12 séances (Haugland). • Les interventions ont été effectuées auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression (Brown; Haugland; Lorentzen), des symptômes de dépression dans la zone clinique ou un trouble dépressif présumé (Idsoe; Martinez). • Elles avaient comme objectifs une diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression. <p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (McGuire) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une TCC s'est avérée plus efficace que de l'éducation psychologique combinée à de la relaxation appliquée. Elle a été effectuée auprès d'adolescents présentant un trouble obsessionnel-compulsif et avait comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété et de détresse liés au TOC. 	Élevé
Impact clinique	<u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur</u>	Faible

<ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour les 2 TCC de l'étude de Haugland est très faible (0,10) indiquant qu'il n'y a pas ou peu de différence dans l'efficacité de ces 2 interventions alors que pour les autres études, les tailles d'effet intergroupes des interventions basées sur les principes de la TCC sont faibles et varient de 0,27 (Brown) à 0,39 (Martinez) lorsque comparées à une liste d'attente ou un suivi usuel. • Les 2 TCC de Haugland entraînent peu ou pas de diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupe de 0,17 pour l'intervention brève et de 0,28 pour celle régulière. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention varient de 4% (Haugland) à 40% (Idsoe). Les niveaux d'adhésion varient de 69% (Martinez) à 91% (Haugland) et est inconnu pour Idsoe. • L'intervention de Brown compte une seule séance sur une journée scolaire complète. Celles de Haugland et Lorentzen comptent 5 et 6 séances d'une durée de 5,5 heures à 6h. Les interventions de Martinez et d'Idsoe comptent 8 séances d'une durée totale de 5,5 heures et de 12 heures respectivement. <p><u>Intervention qui s'est avérée plus efficace que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'intervention de McGuire comparée à de l'éducation psychologique combinée à de la relaxation appliquée est modérée (0.71). • Le taux d'abandon est de 12% pour les participants dans le groupe de TCC et le niveau d'adhésion est inconnu. L'intervention compte 12 séances individuelles de 60 minutes avec l'adolescent et de 30 minutes avec les parents pour une durée totale de 18 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (McGuire; Idsoe; Lorentzen) ou quelque peu semblables (Brown; Martinez) à la population québécoise. Les adolescentes représentent de 63% (McGuire) à 90% (Lorentzen) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissements de santé et de services sociaux (Idsoe; Lorentzen; Martinez; McGuire); milieux scolaires secondaire ou collégial (Brown)</p> <p>Provenance des études : Chili (Martinez), États-Unis (McGuire), Royaume-Uni (Brown) et Scandinavie (Idsoe; Lorentzen)</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-21 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d’anxiété auprès des adultes (Constat A1)

Critères d’appréciation	Détails des études portant sur l’intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d’études et de sujets • Plan d’étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>8 études indépendantes [Fenger <i>et al.</i>, 2020; Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Oh <i>et al.</i>, 2020; Powell <i>et al.</i>, 2020; Kählke <i>et al.</i>, 2019; Nilsson <i>et al.</i>, 2019; Schure <i>et al.</i>, 2019; Wootton <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 8 ECR, N = 3909 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Kählke); 6 études sont de qualité moyenne (Kladnitski, Wootton, Nilsson, Oh, Powell, Schure) et une étude est de faible qualité (Fenger).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d’évaluation et ont une puissance statistique forte</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l’effet de l’intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d’intervention 	<p>Tous les autosoins non guidés sont basés sur les principes de la TCC mais de nature transdiagnostique pour l’étude de Kladnitski.</p> <p><u>4 comparaisons où l’interventions s’est avérée plus efficace que le comparateur (Fenger, Kählke; Kladnitski; Wootton) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces qu’une liste d’attente. • Ces autosoins ont été effectués auprès d’adultes présentant un trouble anxieux présumé (Fenger; Kählke; Kladnitski) ou des symptômes de trouble obsessionnel-compulsif dans la zone clinique (Wootton). • Les autosoins non guidés avaient comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété (Fenger; Kählke; Wootton) ou des symptômes d’anxiété ou de dépression (Kladnitski). <p><u>4 comparaisons où l’efficacité de l’intervention n’a pas été démontrée par rapport au comparateur (Nilsson; Powell; Oh; Schure) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins non guidés ne sont pas avérés plus efficaces qu’une liste d’attente (Powell; Schure). • 2 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ne sont pas avérés plus efficaces que des autosoins non guidés basés sur l’éducation psychologique (Nilsson, Oh). • Ils ont été effectués auprès d’adultes présentant des symptômes d’anxiété dans la zone clinique (Powell), des symptômes de dépression dans la zone clinique (Schure), des symptômes d’anxiété et de dépression dans la zone clinique (Nilsson) ou un trouble anxieux présumé (Oh). 	<p>Faible</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété (Oh; Powell), des symptômes de dépression (Schure) ou des symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress (Nilsson). 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes pour les autosoins non guidés varient de modérée (Kählke : 0,55) à forte (Kladnitski : 1,07) lorsque comparés à une liste d'attente. • Les études de Kladnitski et de Wootton rapportent respectivement que 41% et 27% des participants des groupes d'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété comparativement à 12,5% et 1% pour ceux sur la liste d'attente. • Des taux de réponse au traitement sont rapportés dans l'étude de Wootton, 27% des participants du groupe d'autosoin et 2% pour ceux de la liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoins non guidés varient de 5% (Kladnitski) à 28% (Wootton) et les niveaux d'adhésion de 58% (Kählke) à 84% (Fenger). • Les autosoins de Fenger et de Kählke comptent 9 modules d'une durée totale variant entre 5 et 9 heures. Ceux de Kladnitski et de Wootton comptent respectivement 6 et 5 modules et leur durée respective n'est pas rapportée. <p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes pour les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC de Nilsson et de Oh sont très faibles (0,05) lorsque comparés aux autosoins basés sur l'éducation psychologique. • Les tailles d'effets intergroupes pour les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC de Powell et Schure sont faibles (Powell : 0,20; Schure : 0,47) lorsque comparés à une liste d'attente • L'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de Nilsson n'entraîne pas de différence significative sur la diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement, mais la différence serait significative pour l'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Pas de taille d'effet intragroupe disponible. • Les 2 autosoins de l'étude de Oh n'entraînent pas de diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement selon les tailles d'effet intragroupes (0,00 et 0,13). • Les taux d'abandon dans les groupes d'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC varient de 8% (Powell) à 81% (Nilsson) et les niveaux d'adhésion vont de 15% à 31% (Powell). Pour l'étude de Schure, il est à noter que 28% des participants ont complété en moyenne 8,7 modules sur un total de 31. 	<p>Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'autosoin non guidé de Powell compte 6 modules, celui de Schure 31 modules. L'autosoin de Nilsson compte 12 modules et l'application mobile de Oh compte 5 activités. La durée totale des interventions n'est pas rapportée. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Fenger; Kählke; Kladnitski; Wootton; Nilsson; Powell; Schure) et quelque peu semblables (Oh) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 51% (Oh) et 86% (Kladnitski) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Kählke), Australie (Kladnitski; Wootton), Corée du Sud (Oh), Danemark (Fenger), États-Unis (Schure), Royaume-Uni (Powell) et Scandinavie (Nilsson)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-22 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d’anxiété auprès des adultes (Constats A2-A3)

<p>Constat A2 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale plus classique ou de 3^e vague sont susceptibles d’entraîner une diminution des symptômes d’anxiété chez des adultes présentant un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).</p> <p>Constat A3 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés d’approche cognitivo-comportementale de 3^e vague sont peu susceptibles d’entraîner une diminution des symptômes d’anxiété chez des adultes à risque de présenter des symptômes d’anxiété et de dépression (niveau de confiance modéré).</p>		
Critères d’appréciation	Détails des études portant sur l’intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> Quantité d’études et de sujets Plan d’étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>4 études indépendantes où les interventions sont des autosoins non guidés [Ahmad <i>et al.</i>, 2020; Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Barry <i>et al.</i>, 2019; Stevenson <i>et al.</i>, 2019] pour un total de 5 comparaisons</p> <p>Devis des études : 4 ECR; N= 478 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Ahmad), 2 études sont de qualité moyenne (Kladnitski; Stevenson) et une est de faible qualité (Barry).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d’évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l’effet de l’intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d’intervention 	<p><u>3 comparaisons où l’intervention s’est avérée plus efficace ou d’efficacité similaire au comparateur (Kladnitski; Stevenson) : Constat A2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un auto-soin non guidé basé sur la pleine conscience s’est avéré plus efficace qu’une liste d’attente, mais d’efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique (Kladnitski). Un auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive s’est avéré d’efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur la restructuration cognitive (Stevenson). Les autosoins ont été effectués auprès d’adultes présentant un trouble anxieux présumé et visaient une diminution des symptômes d’anxiété (Stevenson) ou de dépression ou d’anxiété (Kladnitski). <p><u>2 comparaisons où l’efficacité de l’intervention n’a pas été démontrée par rapport au comparateur (Ahmad; Barry) : Constat A3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2 autosoins non guidés basés sur la pleine conscience ne sont pas avérés plus efficaces qu’une liste d’attente. Ils ont été effectués auprès d’adultes à risque de présenter des symptômes d’anxiété ou de dépression et avaient comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété ou de dépression. 	<p>Constat A2 Élevé</p> <p>Constat A3 Élevé</p>
<p>Impact clinique</p>	<p>Interventions dont l’efficacité n’a pas été démontrée par rapport au comparateur : Constat A2</p>	

Tableau B-23 Autosoins non guidés pour diminuer les symptômes d’anxiété auprès des adultes (Constat A4)

Constat A4 : Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l’efficacité des autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale combinés à de la pleine conscience pour diminuer les symptômes d’anxiété chez des adultes présentant des symptômes d’anxiété ou de dépression ou un trouble anxieux (données insuffisantes).		
Critères d’appréciation	Détails des études portant sur l’intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d’études et de sujets • Plan d’étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Moberg <i>et al.</i>, 2019] pour 4 comparaisons</p> <p>Devis des études : 2 ECR, N= 658 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne. Elles portent précisément sur la question d’évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l’effet de l’intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d’intervention 	<p><u>2 comparaisons d’intervention comparées à une liste d’attente (Kladnitski; Moberg) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L’autosoin non guidé combiné de Kladnitski s’est avéré plus efficace qu’une liste d’attente alors que celui de Moberg ne s’est pas avéré plus efficace que la liste d’attente. • Un autosoin non guidé a été effectué auprès d’adultes présentant des symptômes d’anxiété ou de dépression dans la zone clinique (Moberg) et celui de Kladnitski, auprès d’adultes présentant un trouble anxieux présumé. Les autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété ou de dépression. <p><i>* L’hétérogénéité des interventions et des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p> <p><u>2 comparaisons où l’intervention est d’efficacité similaire au comparateur (Kladnitski) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience s’est avéré d’efficacité similaire à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique et similaire à un autosoin non guidé de pleine conscience. • L’autosoin a été effectué auprès d’adultes présentant un trouble anxieux présumé et avait comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété ou de dépression. <p><i>* Étant donné que ces résultats sont basés sur une seule étude, on ne peut tirer de conclusion sur son efficacité comparativement aux autres autosoins non guidés.</i></p>	Faible

<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions comparées à une liste d'attente :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe de l'autosoin combiné de Kladnitski est forte (1,23) alors que celle de l'autosoin de Moberg est faible (0,32) lorsqu'ils sont comparés à la liste d'attente. • L'étude de Kladnitski rapporte que 30% des participants du groupe d'autosoin non guidé combiné ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété comparativement à 13% pour ceux sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants des groupes d'autosoin non guidé sont de 8% (Kladnitski) et 69% (Moberg) et les niveaux d'adhésion sont de 83% pour Kladnitski et inconnu pour Moberg. • L'autosoin non guidé de Kladnitski compte 6 modules alors que l'application mobile de Moberg compte 10 activités. Aucune donnée n'est rapportée sur leur durée respective. <p><u>Intervention où l'efficacité est similaire au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'autosoin non guidé combiné dans l'étude de Kladnitski est très faible (0,16) lorsque comparé à l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique, indiquant une diminution des symptômes d'anxiété similaire entre les autosoins. La taille d'effet est toutefois légèrement supérieure (0,24) lorsque l'autosoin combiné est comparé à l'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience. • Les 3 interventions entraînent une forte diminution des symptômes de dépression du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes variant entre 1,04 pour l'autosoin combiné et 1,08 pour l'autosoin basé sur la pleine conscience. 	<p>Faible</p>
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Kladnitski) et quelque peu semblables (Moberg) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 75% (Moberg) à 86% (Kladnitski) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Australie (Kladnitski) et États-Unis (Moberg)</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-24 Autosoins guidés pour diminuer les symptômes d’anxiété auprès des adultes (Constat A5)

<p>Constat A5 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes d’anxiété chez des adultes présentant un trouble mental courant (niveau de confiance modéré).</p>		
Critères d’appréciation	Détails des études portant sur l’intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d’études et de sujets • Plan d’étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>7 études indépendantes pour 8 comparaisons [Leterme <i>et al.</i>, 2020; Richards <i>et al.</i>, 2020; Cook <i>et al.</i>, 2019; Kothari <i>et al.</i>, 2019; Mohr <i>et al.</i>, 2019; Oser <i>et al.</i>, 2019; Reins <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 6 ECR; 1 ECAA; N = 1554 participants</p> <p>3 études sont de qualité élevée (Leterme; Richards; Reins) et 4 études sont de qualité moyenne (Kothari; Cook; Mohr; Oser).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d’évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Élevé</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l’effet de l’intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d’intervention 	<p>Tous les autosoins guidés sont basés sur les principes de la TCC.</p> <p><u>6 comparaisons où l’intervention s’est avérée plus efficace ou d’efficacité similaire au comparateur (Kothari; Leterme; Mohr; Reins; Richards) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins guidés avec rétroaction se sont avérés plus efficaces que la liste d’attente (Kothari; Richards) • Un auto-soin guidé avec contact en présence s’est avéré plus efficace qu’un suivi usuel (Leterme). • 2 autosoins guidés basés sur les principes de la TCC se sont avérés d’efficacité similaire au contenu de l’auto-soin offert soit en format non guidé (Mohr) ou en présence (Leterme). • Un auto-soin guidé basé sur les principes de la TCC s’est avéré d’efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur l’éducation psychologique (Reins). • Ces autosoins ont été effectués auprès d’adultes présentant un trouble dépressif présumé (Reins), un trouble de l’adaptation avec anxiété présumé (Leterme), un trouble obsessionnel-compulsif présumé (Kothari), un trouble anxieux ou dépressif (Richards) et des symptômes d’anxiété ou de dépression dans la zone clinique (Mohr). • Ils avaient comme objectif une diminution des symptômes d’anxiété (Leterme; Kothari), des symptômes de dépression (Reins) ou des symptômes d’anxiété et de dépression (Mohr; Richards). 	<p>Modéré</p>

	<p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Cook; Oser) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins guidés avec rétroaction écrite ou par clavardage ne se sont pas avérés plus efficaces qu'une liste d'attente (Cook) ou un suivi usuel (Oser). • Ces autosoins ont été effectués auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété (Oser) ou de dépression (Cook) dans la zone clinique et avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété (Oser) ou des symptômes d'anxiété et de dépression (Cook). 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces ou d'efficacité similaire au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les interventions qui se sont avérées plus efficaces que le comparateur, les tailles d'effet intergroupes pour les autosoins guidés varient de modérée (Richards : 0,63) à forte (Leterme : 1,23) lorsque comparés à la liste d'attente ou à un suivi usuel. • Pour les interventions qui se sont avérées d'efficacité similaire, les tailles d'effet intergroupes varient de très faible (Leterme : 0,12) à faible (Reins : 0,40) indiquant qu'elles sont d'efficacité similaire, bien que l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC de Reins soit légèrement supérieur à l'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Il en va de même pour l'autosoin guidé de Mohr qui est légèrement supérieur (0,23) à l'autosoin non guidé. • Toutes les interventions entraînent une diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes variant de 0,68 pour l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC de Reins à 1,97 pour l'autosoin guidé basé sur la TCC de Leterme. <ul style="list-style-type: none"> ○ La seule exception est l'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique de Reins avec une taille d'effet intragroupe de 0,37 indiquant une légère diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement. • L'étude de Kothari rapporte que 47% des participants du groupe d'autosoin guidé ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété comparativement à 28% pour ceux sur la liste d'attente. • Les taux d'abandon dans les groupes d'autosoin guidé varient de 3% (Reins) à 48% (Kothari) et les niveaux d'adhésion varient de 31% (Kothari) à 75% (Reins). Aucune donnée n'est disponible pour Leterme et Mohr. • L'autosoin guidé de Leterme compte 5 modules et est d'une durée de près de 6h. Les autosoins de Kothari et Richards comptent respectivement, 8 et 7 modules et la durée de l'étude de Richards est d'environ 8 heures alors que celle pour Kothari n'est pas rapportée. Celui de Reins compte 6 à 9 modules avec une durée totale variant de 3 à 4,5 heures. L'application mobile de Mohr compte 12 activités d'une durée indéterminée. <p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur</u></p>	<p>Élevé</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes sont très faibles pour les autosoins guidés de Cook (0,15) et de Oser (0,05) lorsque comparés à la liste d'attente ou au suivi usuel. • Les taux d'abandon des participants des groupes d'autosoin guidé sont de 28% pour Cook et de 48% pour Oser. Le niveau d'adhésion est de 58% pour Cook et non rapporté pour Oser. • L'autosoin guidé de Cook compte 6 modules d'une durée totale de 6 heures. L'application mobile de Oser offre 40 activités d'une durée totale variant entre 6,5 et 10 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour toutes les études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise à l'exception de l'étude de Oser pour laquelle la population étudiée est quelque peu semblable à la population québécoise. Les femmes représentent entre 63% (Oser) et 83% (Cook) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : déterminé à la convenance des participants pour toutes les études sauf pour l'intervention en face à face de Leterme qui se déroule dans un établissement de santé et de services sociaux</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Reins), États-Unis (Mohr; Oser), France (Leterme), Royaume-Uni (Kothari; Cook; Richards)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-25 Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adultes (Constat A6)

Constat A6 : Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence entraînent une diminution des symptômes d'anxiété chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>5 études indépendantes pour 7 comparaisons [Fortin-Delisle <i>et al.</i>, 2020; Leterme <i>et al.</i>, 2020; Salomonsson <i>et al.</i>, 2020; Schweden <i>et al.</i>, 2020; Zaboski <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 5 ECR, N= 446 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Leterme) et 4 études sont de qualité moyenne (Schweden, Zaboski, Fortin-Delisle; Salomonsson).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte à l'exception de l'étude de Zaboski qui a une puissance statistique modérée.</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>7 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur Fortin-Delisle; Leterme; Salomonsson; Schweden; Zaboski</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 interventions basées sur les principes de la TCC se sont avérées plus efficaces qu'un suivi usuel (Leterme) ou un comparateur actif (Schweden) • Une intervention d'exposition et de prévention de la réponse s'est avérée plus efficace que de l'éducation psychologique (Zaboski). • Une TCC combinée à un programme de modification des biais d'interprétation s'est avérée d'efficacité similaire à une TCC seule (Fortin-Delisle). • Une intervention de retour au travail s'est avérée d'efficacité similaire à une TCC et d'efficacité similaire à une TCC combinée à l'intervention de retour au travail (COMBO). Une TCC s'est avérée d'efficacité similaire à une TCC combinée à l'intervention de retour au travail (Salomonsson). • Les interventions ont été effectuées auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété dans la zone clinique (Schweden), un trouble anxieux présumé (Fortin-Delisle; Zaboski) ou un trouble de l'adaptation (Leterme; Salomonsson). • Elles avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété (Fortin-Delisle; Leterme; Schweden; Zaboski) ou des symptômes de stress et d'épuisement (Salomonsson). 	Élevé

<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les interventions plus efficaces que le comparateur : <ul style="list-style-type: none"> ○ la taille d'effet intergroupe pour l'exposition et prévention de la réponse de l'étude de Zabolki est modérée (0,62) comparée à de l'éducation psychologique; ○ les tailles d'effets intergroupes sont fortes pour les interventions basées sur les principes de la TCC des études de Leterme (0,94) et de Schweden (0,91) lorsque comparées à un suivi usuel ou à un comparateur actif. • Pour les interventions d'efficacité similaire à une autre intervention, elles vont d'une taille d'effet intergroupe très faible (Fortin-Delisle : 0,02) à une taille d'effet faible (Salomonsson : 0,21) indiquant qu'elles sont d'efficacité similaire lorsque comparées entre elles, bien que la TCC de Salomonsson soit légèrement supérieure à l'intervention de retour au travail (0,21) et à la TCC combinée à l'intervention de retour au travail (0,20). • Toutes les interventions des études de Fortin-Delisle et de Salomonsson entraînent une forte diminution des symptômes d'anxiété du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupe variant entre 0,98 pour l'intervention de retour au travail de Salomonsson et 1,87 pour la TCC combinée à un programme de modification des biais de Fortin-Delisle. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour l'étude de Zabolki, la taille d'effet intragroupe pour l'intervention d'exposition et prévention de la réponse est modérée (0,76) alors que celle pour l'intervention d'éducation psychologique est faible (0,44). Il est à noter que ces tailles d'effet ont été obtenues auprès des participants qui ont complété les interventions. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention varient de 2% (Salomonsson) à 14% (Fortin-Delisle). Aucune donnée n'est disponible pour Zabolki. Les niveaux d'adhésion vont de 53% (Zabolki) à plus de 95% (Salomonsson). Aucune donnée pour Fortin-Delisle et Leterme. • L'intervention de Schweden compte une seule séance d'une durée de 4,5 heures alors que celle de Leterme et Zabolki comptent respectivement 5 et 6 séances d'une durée de 4 à 5 heures et de 12 heures. L'intervention de Fortin-Delisle compte 14 séances d'une durée de 14 heures. Celles de Salomonsson varient de 8 à 25 séances mais leur durée n'est pas rapportée. 	<p>Élevé</p>
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Leterme, Salomonsson) ou quelque peu semblables (Schweden; Zabolki,) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 54% (Zabolki) et 95% (Schweden) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissements de santé et de services sociaux (Leterme; Fortin-Delisle, Salomonsson), établissements universitaires (Schweden; Zabolki).</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Schweden), États-Unis (Zabolki), France (Leterme) et Scandinavie (Salomonsson)</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-26 Interventions pour diminuer les symptômes d'anxiété auprès des adolescents (Constat A7)

Constat A7 : Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence sont peu susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes d'anxiété chez des adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>3 études indépendantes [Haugland <i>et al.</i>, 2020; Lorentzen <i>et al.</i>, 2020; Brown <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 3 ECR; N= 631 participants</p> <p>Les 3 études sont de qualité élevée, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Élevé
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Brown; Lorentzen) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 interventions basées sur les principes de la TCC ne sont pas avérées plus efficaces qu'une liste d'attente. • Les interventions ont été effectuées auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression et avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. <p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée d'efficacité similaire au comparateur (Haugland) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une TCC brève de 5 séances s'est avérée d'efficacité similaire à une TCC régulière de 12 séances • Les TCC ont été effectuées auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété. 	Modéré
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupes sont faibles pour les interventions basées sur les principes de la TCC des études de Brown et de Lorentzen et respectivement de 0,25 et 0,34 lorsque comparées à une liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants sont de 5% (Lorentzen) et de 14% (Brown) alors que les niveaux d'adhésion sont 72% (Brown) et 84% (Lorentzen). 	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention de Brown compte une séance d'une journée scolaire, celle de Lorentzen compte 6 séances pour 6 heures. <p><u>Intervention d'efficacité similaire au comparateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La tailles d'effet intergroupe est très faible (0,18) pour les 2 TCC de l'étude de Haugland, indiquant qu'elles sont d'efficacité similaire. • La TCC régulière entraîne, du pré au post-traitement, une diminution modérée des symptômes d'anxiété (d= 0,57) alors que la TCC brève n'entraîne qu'une faible diminution des symptômes d'anxiété (d= 0,38). • Le taux d'abandon des participants dans le groupe de TCC brève est de 4% et le niveau d'adhésion est de 91%. La TCC de Haugland compte 5 séances d'une durée de 5,5 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Lorentzen) ou quelque peu semblables (Brown) à la population québécoise. Les adolescentes représentent entre 81% (Brown) et 90% (Lorentzen) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Lorentzen), milieux scolaires secondaire ou collégial (Brown)</p> <p>Provenance des études : Royaume-Uni (Brown) et Scandinavie (Lorentzen)</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-27 Autosoins non guidés et guidés pour diminuer les symptômes de stress auprès des adultes (Constat S1)

Constat S1 : Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des autosoins non guidés ou guidés basés sur la pleine conscience pour diminuer les symptômes de stress chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (données insuffisantes).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Ahmad <i>et al.</i>, 2020; Barry <i>et al.</i>, 2019] pour 3 comparaisons</p> <p>Devis des études : 2 ECR; N= 201 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Ahmad) et une étude est de faible qualité (Barry).</p> <p>Les 2 études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Faible
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins sont basés sur la pleine conscience. Tous ont été effectués auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression.</p> <p><u>Deux comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Ahmad) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un auto-soin non guidé et un auto-soin guidé avec webinaires et discussions avec pairs se sont avérées plus efficaces que la liste d'attente. Les 2 autosoins avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Barry) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un auto-soin non guidé ne s'est pas avéré plus efficace qu'une liste d'attente. Il avait comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. <p><i>* L'hétérogénéité des interventions et des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p>	Faible
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions plus efficaces que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les tailles d'effet intergroupes sont modérées pour les autosoins basés sur la pleine conscience de l'étude de Ahmad (auto-soin non guidé:0,60; auto-soin guidé : 0,78) lorsque comparés à une liste d'attente. Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'auto-soin sont de 5% (guidé) et 13% (non guidé) et les niveaux d'adhésion sont de 38% (non guidé) et 65% (guidé). 	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> • L'autosoin non guidé compte 12 modules d'une durée totale de 3 heures alors que celui guidé compte également 12 modules en plus de 8 vidéoconférences et 3 forums facultatifs avec les pairs pour une durée totale de 5,5 heures. <p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Barry est faible (0,27) lorsque comparé à une liste d'attente. • Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'autosoin est de 19% et le niveau d'adhésion est de 63%. L'autosoin compte 56 modules d'une durée totale de 28 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent 75% (Ahmad) et 82% (Barry) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Australie (Barry) et Canada (Ahmad)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-28 Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de stress auprès d'adultes (Constat S2)

Constat S2 : Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence sont susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes de stress chez des adultes présentant un trouble de l'adaptation (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Leterme <i>et al.</i>, 2020; Salomonsson <i>et al.</i>, 2020] pour 4 comparaisons</p> <p>Devis des études : 2 ECR; N= 272 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Leterme) et une est de qualité moyenne (Salomonsson).</p> <p>Les 2 études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Toutes les interventions ont été effectuées auprès d'adultes présentant un trouble de l'adaptation présumé.</p> <p><u>4 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Leterme; Salomonsson) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention basée sur les principes de la TCC s'est avérée plus efficace qu'un suivi usuel (Leterme) • Une TCC s'est avérée d'efficacité similaire à une intervention de retour au travail combinée à une TCC (COMBO) et similaire à une intervention de retour au travail. • Une intervention combinée (COMBO) s'est avérée d'efficacité similaire à une intervention de retour au travail. • Les interventions avaient comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété (Leterme) ou de stress et d'épuisement (Salomonsson). 	Élevé
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'intervention plus efficace que le comparateur, la taille d'effet intergroupe pour l'intervention basée sur les principes de la TCC est forte (0,83) lorsque comparée au suivi usuel (Leterme). • Pour les interventions d'efficacité similaire à une autre intervention, les tailles d'effet intergroupes varient de 0,00 à 0,48 indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ○ qu'il n'y a pas de différence dans l'efficacité de la TCC lorsque comparée à la TCC combinée à l'intervention de retour au travail; ○ que la TCC est toutefois légèrement supérieure (0,47) lorsque comparée seulement à l'intervention de retour au travail; ○ que l'intervention combinée de TCC et de retour au travail est légèrement supérieure (0,48) lorsque comparés à l'intervention de retour au travail seule (Salomonsson). 	Élevé

	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les interventions entraînent une diminution des symptômes de stress du pré au post- traitement avec des tailles d'effet intragroupes variant de 0,88 pour l'intervention basée sur les principes de la TCC de Leterme à 1,67 pour la TCC de Salomonsson. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention varient de 2% (Salomonsson) à 8% (Leterme) et les niveaux d'adhésion pour les interventions de Salomonsson sont de plus de 97%. Aucune donnée n'est disponible pour l'étude de Leterme. • L'intervention basée sur les principes de la TCC de Leterme compte 5 séances d'une durée totale qui varie de 4 à 5 heures. La TCC et l'intervention COMBO de Salomonsson compte entre 8 et 25 séances. Aucune donnée n'est disponible pour les durées totales des interventions. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour les 2 études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent 65% (Leterme) et 88% (Salomonsson) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : établissement de santé et de services sociaux</p> <p>Provenance des études : France (Leterme) et Scandinavie (Salomonsson)</p>	Élevé

Tableau B-29 Interventions offertes en présence pour diminuer les symptômes de stress auprès d'adultes (Constat S3)

Constat S3 : Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience et offertes en présence pour diminuer les symptômes de stress chez des adultes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants (données insuffisantes).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Hilcove <i>et al.</i>, 2020; Akeman <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Devis des études : 1 ECR et 1 ECAA; N= 386 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Faible
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Hilcove) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention de yoga basé sur la pleine conscience s'est avérée plus efficace qu'une liste d'attente. • Elle a été effectuée auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes de stress et d'épuisement professionnel et avait comme objectif une diminution des symptômes de stress. La moyenne d'âge des participants à l'intervention est 42 ans. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Akeman) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention basée sur la pleine conscience ne s'est pas avérée plus efficace qu'une liste d'attente. • Elle a été effectuée auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression et avait comme objectif une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress. La moyenne d'âge des participants est de 19 ans. <p><i>* L'hétérogénéité des interventions et des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p>	Faible
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Intervention plus efficace que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour le yoga basé sur la pleine conscience de l'étude de Hilcove est modérée (0,70) lorsque comparé à la liste d'attente. • Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'intervention est de 0% et le niveau d'adhésion est de 100%. L'intervention compte 6 séances et sa durée n'est pas rapportée. 	Modéré

	<p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'intervention basé sur la pleine conscience de l'étude de Akeman est faible (0,24) lorsque comparée à la liste d'attente. • Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'intervention est de 3% et le niveau d'adhésion est de 87%. L'intervention compte 4 séances d'une durée totale de 3.5 heures. 	
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Hilcove) et quelque peu semblables (Akeman) à la population québécoise. Les femmes représentent 58% (Akeman) et 95% (Hilcove) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Hilcove); établissement universitaire (Akeman)</p> <p>Provenance des études : États-Unis</p>	<p>Modéré</p>

Gradation de la preuve – Bénéfices psychosociaux

Tableau B-30 Autosoins non guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constat Q1)

Constat Q1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont peu susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>3 études indépendantes [Fenger <i>et al.</i>, 2020; Powell <i>et al.</i>, 2020; Kählke <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 3 ECR; N= 2386 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Kählke), une étude est de qualité moyenne (Powell) et une est de faible qualité (Fenger).</p> <p>Les 2 études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ne se sont pas avérés plus efficaces qu'une liste d'attente (Fenger, Kählke; Powell). • Les 3 autosoins ont été effectués auprès d'adultes présentant soit un trouble anxieux (Fenger; Kählke) ou des symptômes d'anxiété dans la zone clinique (Powell). Aucun des autosoins n'avait d'objectif d'intervention spécifique lié à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. 	Élevé
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe est faible pour l'autosoin basé sur les principes de la TCC de l'étude de Powell (0,33) et est légèrement supérieure dans les études de Fenger (0,37) et Kählke (0,41) lorsque comparés à une liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin non guidé sont de 8 et 9 % et les niveaux d'adhésion varient de 31% (Powell) à 84% (Fenger). • L'autosoin non guidé de Powell compte 6 modules. La durée totale n'est pas rapportée. Ceux de Fenger et de Kählke comptent 9 modules et la durée totale varie entre 5 et 9 heures. 	Faible
Généralisabilité des résultats <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour les 3 études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent de 62% (Kählke) à 81% (Fenger) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Kählke), Danemark (Fenger), Royaume-Uni (Powell)</p>	Élevé

Tableau B-31 Autosoins non guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constats Q2-Q3)

<p>Constat Q2 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience sont susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (niveau de confiance modéré).</p> <p>Constat Q3 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale plus classique ou de 3^e vague ou sur l'éducation psychologique sont susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif (niveau de confiance modéré).</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>4 études indépendantes pour 8 comparaisons [Ahmad <i>et al.</i>, 2020; Gili <i>et al.</i>, 2020; Barry <i>et al.</i>, 2019; Hanson, 2019].</p> <p>Devis optimal : 4 ECR; N = 537 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Ahmad), 2 études sont de qualité moyenne (Gili; Hanson) et une étude est de faible qualité (Barry).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	<p>Modéré</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Seule une comparaison d'autosoin est un autosoin guidé (Ahmad) parmi les 4 études. Conséquemment on ne peut se prononcer sur son efficacité sur la base d'une seule; cette comparaison d'autosoin guidé ne sera pas considérée dans l'analyse de la preuve.</p> <p><u>2 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Ahmad; Barry) :</u> Constat Q2</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins non guidés basés sur la pleine conscience se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente. • Ils ont été effectués auprès d'adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression. Les 2 autosoins avaient un objectif spécifique lié à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. <p><u>6 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Gili; Hanson) :</u> Constat Q3</p>	<p>Constat Q2 Élevé</p> <p>Constat Q3 Modéré</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'étude de Hanson, les autosoins non guidés entraînent une amélioration modérée de la qualité de vie et du bien-être psychologique du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes de 0,72 pour l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de 0,74 pour l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive. Il est à noter que, pour ces 2 autosoins, les tailles d'effet ont été obtenues auprès, respectivement, de 37% et 41% des participants qui ont complété les interventions. • Pour les interventions de l'étude de Gili, elles présentent toutes une différence significative du pré au post-traitement pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique des adultes. Les tailles d'effet intragroupes ne sont pas disponibles. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin non guidé varient de 24% (Gili : intervention de pleine conscience) à 59% (Hanson) et les niveaux d'adhésion pour Gili varient de 32% à 52%. Aucune donnée n'est disponible pour l'intervention de Hanson. • Les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience ou la psychologie positive de Gili comptent 4 modules et une séance d'information en présence et sont d'une durée totale qui varie de 4 à 5,5 heures. Celui de Hanson compte 8 modules et la durée totale n'est pas rapportée. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Ahmad; Gili; Hanson) ou quelque peu semblables (Barry) à la population québécoise. Les femmes représentent entre 75% (Ahmad) et 87% (Hanson) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : déterminé à la convenance des participants. Seule la séance d'information en face à face dans les interventions de Gili se déroule en établissement de santé et de services sociaux.</p> <p>Provenance des études : Australie (Barry), Canada (Ahmad), Espagne (Gili) et Royaume-Uni (Hanson)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-32 Interventions offertes en présence pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adultes (Constat Q4)

Constat Q4 : Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience et offertes en présence pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique chez des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes de troubles mentaux courants (données insuffisantes).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Hilcove <i>et al.</i>, 2020; Sass <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études: 1 ECR; 1 ECAA; N= 135 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Faible
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Hilcove) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'intervention de yoga basé sur la pleine conscience s'est avérée plus efficace que la liste d'attente. Elle a été effectuée auprès d'adultes (âge moyen : 42 ans) à risque de présenter des symptômes de stress et d'épuisement professionnel. Elle avait un objectif spécifique liés à l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être psychologique et des compétences personnelles. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Sass) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'intervention basée sur la pleine conscience ne s'est pas avérée plus efficace qu'une liste d'attente. Elle a été effectuée auprès d'adultes (âge moyen : 21 ans) présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique. L'intervention n'avait pas d'objectif spécifique à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique mais visait l'amélioration des compétences personnelles. <p><i>* L'hétérogénéité des interventions et des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p>	Faible
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Intervention plus efficace que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe pour l'intervention de yoga basé sur la pleine conscience de l'étude de Hilcove est forte (1,73) lorsque comparée à la liste d'attente. Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'intervention de yoga basé sur la pleine conscience est de 0% et le niveau d'adhésion est de 100%. L'intervention compte 6 séances. La durée n'est pas rapportée. 	Modéré

	<p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'intervention basée sur la pleine conscience de l'étude de Sass est très faible (0,05) lorsque comparée à une liste d'attente. • Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'intervention est de 9% et le niveau d'adhésion est de 84%. L'intervention compte 5 séances d'une durée totale de 6 heures. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour les 2 études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent 87% (Sass) et de 95% (Hilcove) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Hilcove); établissement universitaire (Sass)</p> <p>Provenance des études : États-Unis</p>	<p>Modéré</p>

Tableau B-33 Interventions offertes en présence pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adolescents (Constat Q5)

Constat Q5 : Les études recensées indiquent que les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et offertes en présence sont peu susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique chez des adolescents présentant des symptômes légers de dépression ou un trouble dépressif (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Brown <i>et al.</i>, 2019; Martinez <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 2 ECR; N= 371 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Brown) et une étude est de qualité moyenne (Martinez). Les 2 études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Une intervention basée sur les principes de la TCC s'est avérée légèrement supérieure à la liste d'attente (Brown), alors qu'une intervention basée sur les principes de la TCC ne s'est pas avérée plus efficace qu'un suivi usuel (Martinez). Les 2 interventions ont été effectuées auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression (Brown) ou un trouble dépressif présumé (Martinez). Elles n'avaient pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. 	Modéré
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> Pour l'étude de Brown, la taille d'effet intergroupe démontre que l'intervention basée sur les principes de la TCC entraîne une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique légèrement supérieure (0,36) à une liste d'attente. La tailles d'effet intergroupe de l'intervention basée sur les principes de la TCC de Martinez est faible (0,29) lorsque comparée à un suivi usuel. Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention sont de 6% (Martinez) et 14% (Brown) et les niveaux d'adhésion sont respectivement de 69% et 72%. L'intervention de Brown compte une séance d'une durée équivalente à une journée scolaire et celle de Martinez compte 8 séances d'une durée totale de 5,5 heures. 	Faible
Généralisabilité des résultats <ul style="list-style-type: none"> Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour les 2 études, les caractéristiques des populations étudiées sont quelque peu semblables à la population québécoise. Les adolescentes représentent 76% (Martinez) et 81% (Brown) des échantillons. Les 2 études se déroulent majoritairement dans un milieu défavorisé.</p> <p>Contextes d'intervention : milieu scolaire secondaire ou collégial (Brown); établissement de santé et de services sociaux (Martinez)</p> <p>Provenance des études : Chili (Martinez) et Royaume-Uni (Brown)</p>	Modéré

Tableau B-34 Autosoins guidés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique auprès d'adolescents et d'adultes (Constat Q6)

Constat Q6 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent peu d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique chez des adolescents ou des adultes ayant des symptômes de dépression ou d'anxiété ou un trouble anxieux ou un trouble dépressif (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>5 études indépendantes [MacLean <i>et al.</i>, 2020; Oser <i>et al.</i>, 2019; Reins <i>et al.</i>, 2019; Stjerneklar <i>et al.</i>, 2019; Topooco <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études: 4 ECR et 1 ECAA (Oser); N= 682 participants</p> <p>3 études sont de qualité élevée (Reins; Stjerneklar; Topooco) et 2 études sont de qualité moyenne (MacLean; Oser).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins guidés sont basés sur les principes de la TCC</p> <p><u>5 comparaisons où l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (MacLean; Oser; Reins; Topooco; Stjerneklar) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 autosoins guidés, 2 avec des contacts téléphoniques et un avec des contacts par clavardage ne se sont pas avérés plus efficaces ou se sont avérés légèrement plus efficaces qu'une liste d'attente (MacLean; Stjerneklar; Topooco). • Un auto-soin guidé avec contact par messagerie ne s'est pas avéré plus efficace qu'un suivi usuel (Oser). • Un auto-soin guidé avec rétroaction écrite s'est avéré d'efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur de l'éducation psychologique (Reins). • 3 autosoins guidés ont été effectués auprès d'adultes (MacLean; Oser; Reins) et 2 ont été effectués auprès d'adolescents (Stjerneklar; Topooco). • 3 autosoins guidés ont été effectués auprès de personnes présentant un trouble présumé, soit un trouble anxieux (Stjerneklar) ou un trouble dépressif (Reins; Topooco) alors que 2 autosoins guidés ont été effectués auprès de personnes présentant des symptômes d'anxiété (Oser) ou de dépression (MacLean) dans la zone clinique. • Aucun des autosoins guidés n'avait d'objectif spécifique lié à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. 	Modéré

<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<ul style="list-style-type: none"> • Les tailles d'effet intergroupe des autosoins guidés : <ul style="list-style-type: none"> ○ varient de très faible (Stjerneklar : 0,04) à faible (Topooco : 0,34) lorsque comparé à une liste d'attente ou à un suivi usuel; ○ sont légèrement supérieures à un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique (Reins : 0,39). • Pour l'étude de Reins, l'auto-soin guidé basé sur les principes de la TCC a entraîné une forte amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique du pré au post-traitement avec une taille d'effet intragroupe de 1,13 alors que l'auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique a entraîné une amélioration modérée avec une taille d'effet intragroupe de 0,76. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'auto-soin guidé basé sur les principes de la TCC varient entre 3% (Reins) et 48% (Oser) et les niveaux d'adhésion varient de 56% (MacLean) à 75% (Reins). Aucune donnée n'est disponible pour celui de Oser. • Les autosoins guidés de Stjerneklar et de Topooco comptent 8 modules chacun. Celui de Stjerneklar est d'une durée totale de 7 heures alors que la durée des modules pour Topooco n'est pas rapportée. Les contacts par clavardage sont toutefois d'une durée de 6 heures. • L'auto-soin de MacLean compte 9 modules et sa durée totale n'est pas rapportée, mais les contacts téléphoniques sont toutefois d'une durée variant de 6 à 12 heures. L'auto-soin de Reins compte de 6 à 9 modules et est d'une durée allant de 3 à 4,5 heures. L'auto-soin de Oser compte 40 activités et est d'une durée qui varie entre 6,5 et 10 heures. 	<p>Faible</p>
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Reins; Stjerneklar; Topooco) ou quelque peu semblables (MacLean; Oser) à la population québécoise. Les adolescentes et les femmes représentent entre 63% (Oser) et 96% (Topooco) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Scandinavie (Stjerneklar; Topooco); Allemagne (Reins), Canada (MacLean) et États-Unis (Oser)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-35 Autosoins non guidés pour améliorer le fonctionnement auprès d'adultes (Constat F1)

Constat F1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale sont susceptibles d'entraîner une amélioration du fonctionnement chez des adultes présentant un trouble anxieux (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>4 études indépendantes [Fenger <i>et al.</i>, 2020; Kladnitski <i>et al.</i>, 2020; Kählke <i>et al.</i>, 2019; Schure <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis optimal : 4 ECR; N= 765 participants</p> <p>Une étude est de qualité élevée (Kählke), 2 études sont de qualité de moyenne (Kladnitski; Schure) et une est de faible qualité (Fenger).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p><u>2 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Fenger, Kladnitski) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les 2 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente. • Ils ont été effectués auprès d'adultes présentant un trouble anxieux. Seul l'autosoin de Fenger avait un objectif spécifique lié à l'amélioration du fonctionnement de la personne. <p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Kählke; Schure) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ne se sont pas avérés plus efficaces qu'une liste d'attente. • Ils ont été effectués auprès d'adultes présentant un trouble anxieux (Kählke) ou des symptômes de dépression dans la zone clinique (Schure) et n'avaient pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration du fonctionnement de la personne. 	Modéré
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Intervention plus efficace que le comparateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les taille d'effet intergroupe de l'autosoin non guidé de Kladnitski est forte (0,95) lorsque comparée à une liste d'attente, alors qu'elle est modérée pour l'autosoin de Fenger (0,53). • Les taux d'abandon des participants dans le groupe d'autosoin sont de 5% (Kladnitski) et de 9% (Fenger) et les niveaux d'adhérence sont de 81% (Kladnitski) et de 84% (Fenger). L'autosoin de Kladnitski compte 6 modules et la durée totale n'est pas rapportée. Celui de Fenger compte 9 modules d'une durée totale variant entre 5 et 8 heures. 	Modéré

	<p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de l'étude de Kählke est faible (0,34), alors que celle pour l'autosoin de Schure est légèrement supérieure (0,38) à une liste d'attente. • Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin non guidé sont de 9% (Kählke) et 27% (Schure) et les niveaux d'adhésion sont de 28% (Schure) et 58% (Kählke). Pour l'étude de Schure, il est à noter que 28% des participants ont complété en moyenne 8,7 modules sur un total de 31. • L'autosoin non guidé de Kählke compte 9 modules d'une durée totale de 9 heures alors que celui de Schure compte 31 modules mais sa durée totale n'est pas rapportée. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour toutes les études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent entre 62% (Kählke) et 86% (Kladnitski) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants.</p> <p>Provenance des études : Allemagne (Kählke), Australie (Kladnitski), Danemark (Fenger) et États-Unis (Schure)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-36 Interventions offertes en présence pour améliorer le fonctionnement auprès d'adolescents (Constat F2)

Constat F2: Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales offertes en présence pour améliorer le fonctionnement des adolescents présentant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété (données insuffisantes).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Haugland <i>et al.</i>, 2020; Lorentzen <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Devis des études : 2 ECR; N= 476 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité élevée, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Élevé
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Lorentzen) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une intervention transdiagnostique s'est avérée plus efficace qu'une liste d'attente. Elle a été effectuée auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression et n'avait pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration du fonctionnement de la personne. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Haugland) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une TCC brève ne s'est pas avérée plus efficace qu'une TCC standard. L'intervention a été effectuée auprès d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété sociale et avait comme objectif spécifique une amélioration du fonctionnement de la personne. <p><i>* L'hétérogénéité des résultats obtenus dans ces 2 études ne permet pas de tirer de conclusion sur leur efficacité à partir des données disponibles.</i></p>	Faible
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Intervention plus efficace que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe pour l'intervention transdiagnostique de l'étude de Lorentzen est modérée (0,56) lorsque comparée à la liste d'attente. Le taux d'abandon des participants du groupe d'intervention est de 5% et le niveau d'adhésion est de 84%. L'intervention compte 6 séances d'une durée totale de 6 heures. <p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe des 2 TCC de l'étude de Haugland est très faible (0,04) lorsque comparée entre elles, indiquant qu'elles sont d'efficacité similaire. 	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> • Les 2 interventions de l'étude de Haugland entraînent une légère amélioration du fonctionnement du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes faibles dans les 2 cas (TCC brève : $d= 0,24$; TCC standard : $d= 0,27$). • Le taux d'abandon des participants du groupe d'intervention de la TCC brève est de 4% et le niveau d'adhésion est de 91%. L'intervention est composée de 5 séances d'une durée totale de 5,5 heures. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Pour les 2 études, les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les adolescentes représentent 84% (Haugland) et 90% (Lorentzen) des échantillons.</p> <p>Contextes d'interventions : établissement de santé et de services sociaux (Lorentzen), milieu scolaire secondaire ou collégial (Haugland)</p> <p>Provenance des études : Scandinavie</p>	Élevé

Tableau B-37 Autosoins non guidés pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adultes (Constat C1)

Constat C1: Les études recensées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des autosoins non guidés basés sur la psychologie positive pour améliorer les compétences personnelles chez des adultes présentant des symptômes de dépression ou un trouble anxieux (données insuffisantes).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>2 études indépendantes [Hanson, 2019; Stevenson <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 2 ECR; N= 234 participants</p> <p>Les 2 études sont de qualité moyenne, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Les 2 autosoins non guidés sont basés sur la psychologie positive.</p> <p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Stevenson) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive s'est avéré plus efficace qu'un auto-soin non guidé basé sur la restructuration cognitive. • Il a été effectué auprès d'adultes présentant un trouble d'anxiété sociale et n'avait pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration des compétences personnelles. <p><u>Une comparaison où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Hanson) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive ne s'est pas avéré plus efficace qu'un auto-soin non guidé basé sur les principes de la TCC. • Il a été effectué auprès d'adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique et n'avait pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration des compétences personnelles, mais plutôt à la qualité de vie et au bien-être psychologique. 	Faible
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'effet et précision de l'estimé • Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) • Importance clinique de l'effet 	<p><u>Intervention plus efficace que le comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe pour l'auto-soin basé sur la psychologie positive de l'étude de Stevenson est forte (0,85) lorsque comparée à l'auto-soin basé sur la restructuration cognitive. • Le taux d'abandon des participants du groupe d'auto-soin non guidé basé sur la psychologie positive est de 27% et le niveau d'adhésion est de 74%. Il compte 14 modules et a une durée totale variant de 1 à 3,5 heures. <p><u>Intervention dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p>	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> • La taille d'effet intergroupe de l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Hanson est très faible (0,03) lorsque comparé à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC, indiquant qu'ils sont d'efficacité similaire. • Les autosoins non guidés entraînent une faible amélioration des compétences personnelles du pré au post-traitement avec des tailles d'effet intragroupes de 0,38 pour l'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC et de 0,39 pour l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive. Il est à noter que, pour ces 2 autosoins, les tailles d'effet ont été obtenues auprès de, respectivement 37% et 41% des participants qui ont complété les interventions. • Le taux d'abandon des participants dans le groupe d'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive est de 59% et le niveau d'adhésion est inconnu. Il compte 8 modules et sa durée totale n'est pas rapportée. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables à la population québécoise. Les femmes représentent 77% (Stevenson) et 87% (Hanson) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants</p> <p>Provenance des études : Australie (Stevenson) et Royaume-Uni (Hanson)</p>	<p>Élevé</p>

Tableau B-38 Interventions offertes en présence pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adolescents (Constat C2)

Constat C2: Les études recensées indiquent que les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et offertes en présence sont peu susceptibles d'entraîner une amélioration des compétences personnelles chez des adolescents présentant des symptômes ou un trouble dépressif (niveau de confiance modéré).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité d'études et de sujets Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>3 études indépendantes [Schweden <i>et al.</i>, 2020; Idsoe <i>et al.</i>, 2019; Martinez <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>Devis des études : 3 ECR; N= 493 participants</p> <p>Les 3 études sont de qualité moyenne, portent précisément sur la question d'évaluation et ont une puissance statistique forte.</p>	Modéré
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> Cohérence dans l'effet l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils Les objectifs d'intervention 	<p>Les 3 interventions sont basées sur les principes de la TCC.</p> <p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Idsoe; Martinez) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2 interventions ne se sont pas avérées plus efficace qu'un suivi usuel. Elles ont été effectuées auprès d'adolescents présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique (Idsoe) ou un trouble dépressif présumé (Martinez) et n'avaient pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration des compétences personnelles. <p><u>Une comparaison où l'intervention s'est avérée plus efficace que le comparateur (Schweden) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une intervention s'est avérée plus efficace qu'un comparateur actif. Elle a été effectuée auprès d'adultes présentant des symptômes d'anxiété dans la zone clinique et n'avait pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration des compétences personnelles. Conséquemment, on ne peut se prononcer sur son efficacité sur la base d'une seule étude; celle-ci ne sera pas considérée dans l'analyse de la preuve. 	Modéré
Impact clinique <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La taille d'effet intergroupe de l'intervention de l'étude de Idsoe est très faible (0,05) lorsque comparée à un suivi usuel alors que celle de l'étude de Martinez est légèrement supérieure (0,38). Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'intervention sont de 6% (Martinez) et 40% (Idsoe) et le niveau d'adhésion pour Martinez est de 69% et inconnu pour Idsoe. 	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> Les 2 interventions comptent 8 séances, la durée totale est de 5,5 heures pour Martinez et de 12 heures pour celle d'Idsoe. 	
<p>Généralisabilité des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Idsoe) ou quelque peu semblables (Martinez) à la population québécoise. Les adolescentes représentent 76% (Martinez) et 89% (Idsoe) des échantillons.</p> <p>Contextes d'intervention : établissement de santé et de services sociaux (Martinez) ou contextes multiples (Idsoe)</p> <p>Provenance des études : Chili (Martinez) et Scandinavie (Idsoe)</p>	Modéré

Tableau B-39 Autosoins guidés pour améliorer les compétences personnelles auprès d'adolescents et d'adultes (Constat C3)

Constat C3 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont susceptibles d'entraîner une amélioration des compétences personnelles chez des adolescents ou des adultes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (niveau de confiance faible).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité d'études et de sujets • Plan d'étude optimal (dont caractère direct des données probantes) • Qualité méthodologique (dont risque de biais et puissance statistique) 	<p>6 études indépendantes [Berg <i>et al.</i>, 2019; Kothari <i>et al.</i>, 2019; Reins <i>et al.</i>, 2019; Schure <i>et al.</i>, 2019; Stjerneklar <i>et al.</i>, 2019; Topooco <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Devis des études : 6 ECR; N= 805 participants</p> <p>3 études de qualité élevée (Reins; Stjerneklar; Topooco) et 3 études sont de qualité moyenne (Berg; Kothari; Schure).</p> <p>Toutes les études portent précisément sur la question d'évaluation.</p> <p>5 études ont une puissance statistique forte (Kothari; Schure; Reins; Stjerneklar; Topooco) et une étude a une puissance statistique modérée (Berg).</p>	Modéré
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence dans l'effet de l'intervention en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La comparabilité, diversité et complémentarité des populations, devis, méthodes et outils ○ Les objectifs d'intervention 	<p>Tous les autosoins sont basés sur les principes de la TCC et tous sont des autosoins guidés à l'exception de celui de Schure qui est un auto-soin non guidé. Conséquemment, on ne peut se prononcer sur son efficacité sur la base de cette seule étude; celle-ci ne sera pas considérée dans l'analyse de la preuve.</p> <p><u>2 comparaisons où l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée par rapport au comparateur (Stjerneklar; Topooco) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 autosoins guidés avec respectivement des contacts téléphoniques ou par clavardage ne se sont pas avérés plus efficaces qu'une liste d'attente (Stjerneklar; Topooco). • Les autosoins ont été effectués auprès d'adolescents présentant un trouble présumé, soit un trouble dépressif (Topooco) ou un trouble anxieux (Stjerneklar) et n'avaient pas d'objectif spécifique lié à l'amélioration des compétences personnelles. <p><u>3 comparaisons où l'intervention s'est avérée plus efficace ou d'efficacité similaire au comparateur (Berg; Kothari; Reins) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auto-soin guidé avec des contacts par clavardage s'est avéré plus efficace qu'un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique (Berg). Un auto-soin guidé avec rétroaction écrite s'est avéré plus efficace qu'une liste d'attente (Kothari). • Un auto-soin guidé avec rétroaction écrite s'est avéré d'efficacité similaire à un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique (Reins). 	Faible

	<ul style="list-style-type: none"> Les autosoins ont été effectués auprès d'adolescents (Berg) ou d'adultes (Kothari; Reins) présentant un trouble présumé, soit un trouble dépressif (Berg; Reins) ou un trouble obsessionnel-compulsif (Kothari). Seul l'autosoin de l'étude de Berg avait un objectif d'amélioration des compétences personnelles. 	
<p>Impact clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'effet et précision de l'estimé Dose requise pour obtenir l'effet (intensité, adhésion) Importance clinique de l'effet 	<p><u>Interventions dont l'efficacité n'a pas été démontrée par rapport au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les tailles d'effet intergroupes des autosoins sont très faibles (Topooco : 0,10) ou légèrement supérieures (Stjerneklar : 0,38) lorsque comparés à une liste d'attente. Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin guidé sont de 6% (Stjerneklar) et 11% (Topooco) et les niveaux d'adhésion varient sont de 68% (Stjerneklar) et 74% (Topooco). Les autosoins guidés de Stjerneklar et de Topooco comptent 8 modules chacun ainsi que 8 contacts par clavardage dans le cas de Topooco. Celui de Stjerneklar est d'une durée totale de 7 heures. Pour Topooco, la durée totale des modules n'est pas rapportée mais la durée totale des contacts par clavardage est de 6 heures. <p><u>Interventions plus efficaces ou d'efficacité similaire au comparateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les autosoins plus efficaces que le comparateur, la taille d'effet intergroupe de l'autosoin de l'étude de Berg est forte (1,25) lorsque comparé à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Celle de l'autosoin guidé de l'étude de Kothari est modérée (0,72) lorsque comparé une liste d'attente. Quant à la taille d'effet intergroupe de l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC de l'étude de Reins, elle est légèrement supérieure (0,30) lorsque comparé à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. Pour l'étude de Reins, l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC entraîne, du pré au post-traitement, une amélioration modérée des compétences personnelles avec une taille d'effet intragroupe de 0,61. Les taux d'abandon des participants dans les groupes d'autosoin guidés varient de 3% (Berg) à 48% (Kothari) et les niveaux d'adhésion varient de 31% (Kothari) à 81% (Berg). L'autosoin guidé de Reins compte 6 à 9 modules et est d'une durée totale qui varie de 3 à 4,5 heures. Les autosoins de Berg et Kothari comptent 8 modules. La durée totale des modules n'est pas rapportée pour les 2 autosoins mais les contacts par clavardage pour Berg sont d'une durée totale de 4,5 heures. 	Modéré
<p>Généralisation des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Similarité entre les populations et contextes à l'étude et possibilité de généraliser les résultats aux populations et contextes ciblés 	<p>Les caractéristiques des populations étudiées sont très semblables (Kothari; Reins; Stjerneklar; Topooco) ou quelque peu semblables (Berg) à la population québécoise. Les adolescentes/femmes représentent entre 76% (Reins) et 96% (Topooco) des échantillons.</p> <p>Contexte d'intervention : déterminé à la convenance des participants.</p> <p>Provenance des études : Scandinavie (Berg; Stjerneklar; Topooco), Allemagne (Reins), Royaume-Uni (Kothari).</p>	Élevé

Synthèse des données expérientielles rapportées dans les études d'efficacité

Tableau B-40 Synthèse des données expérientielles rapportées dans les études d'efficacité

1 ^{er} auteur Année	Interventions	N	Abandon et adhésion	Temps et outils de mesures post-test (PT)	Résultats relatifs aux données expérientielles
Ahmad 2020	Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur la pleine conscience Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience Comparateur : Liste d'attente	119	5% 65% 13% 38%	PT : 8 semaines Outil : Questionnaire maison	32% et 38% des participants du groupe d'autosoin guidé et non guidé rapportent une amélioration de leur performance scolaire comparativement à 8% pour la liste d'attente ($X^2_4= 13.6$ (n=109); p=.008) 19% et 29% des participants du groupe d'autosoin guidé et non guidé rapportent une baisse d'absentéisme en classe comparativement à 5% pour la liste d'attente ($X^2_4= 17.2$ (n=109); p=.002). Les participants du groupe d'autosoin guidé ont rapporté être « en accord » avec le caractère informatif, soutenant et adéquat des échanges sur les forums de discussion. Les participants du groupe d'autosoin guidé ont rapporté être « en accord » avec l'utilité des vidéoconférences pour améliorer leur compréhension de la pratique de la pleine conscience et du bien-être psychologique.
Haugland 2020	Intervention 1 : TCC brève de groupe Intervention 2 : TCC régulière de groupe	313	4% 91% 3% 84%	PT : 5 semaines pour TCC brève et 12 semaines pour TCC standard Outil : Questionnaire sur la satisfaction de la clientèle • Échelle de 5 points	Les adolescents ayant reçu la TCC standard ont rapporté une plus grande satisfaction envers l'intervention que ceux ayant reçu la TCC brève (M= 3.77; ET = 0.86 versus M= 3.55; ET = 0.94, p = 0.48)
Kählke 2019	Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	200	9% 58%	PT : 9 semaines Outil : Adaptation du <i>German Client Satisfaction Questionnaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 83% des participants du groupe d'autosoin non guidé se sont dit très ou plutôt satisfaits de l'intervention • 82% évaluent la qualité de l'intervention comme étant bonne ou excellente • 79% rapportent que l'intervention a rencontré tous ou presque tous leurs besoins • 80% rapportent avoir reçu définitivement ou généralement le genre d'intervention qu'ils désiraient.

1 ^{er} auteur Année	Interventions	N	Abandon et adhésion	Temps et outils de mesures post-test (PT)	Résultats relatifs aux données expérientielles
					<ul style="list-style-type: none"> 82% rapportent que l'intervention les a un peu ou beaucoup aidé à gérer leurs problèmes 83% rapportent qu'ils feraient définitivement ou feraient à nouveau l'intervention en cas de besoin 88% recommanderaient définitivement ou recommanderaient l'intervention à un ami.
Kladnitski 2020	<p>Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur la TCC transdiagnostique</p> <p>Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience</p> <p>Intervention 3 : Autosoins non guidé combiné</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	158	5% 81% 3% 63% 8% 83%	<p>PT : 14 semaines</p> <p>Outil : <i>Treatment Credibility/Expectancy Questionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Échelle de 9 points 	<p>Avant de débiter l'intervention, 83% des participants auraient choisi de recevoir l'autosoin combiné basée sur la pleine conscience et les principes de la TCC.</p> <p>Pas de différence significative entre les groupes quant aux bénéfices attendus ou la crédibilité des autosoins auxquels ils ont été assignés (varie de 81% pour autosoin basé sur la pleine conscience à 100% pour l'autosoin combiné)</p> <p>3% des participants au groupe d'autosoin de nature transdiagnostique ont rapporté être insatisfait du programme alors que 19% du groupe d'autosoin basé sur la pleine conscience ont rapporté se sentir neutre par rapport au programme reçu.</p>
Külz 2019	<p>Intervention 1 : Intervention de groupe basée sur les principes de la pleine conscience et de la TCC</p> <p>Intervention 2 : groupe d'éducation psychologique</p>	125	7% 81% 9% 66%	<p>PT : 8 semaines</p> <p>Outil : <i>ZUF-8, German adaptation of the Client Satisfaction Questionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Échelle de 0 à 32 points 	<p>82% des participants du groupe d'intervention combinée (MBCT) ont rapporté être satisfaits ou largement satisfaits de l'intervention comparativement à 79% pour ceux du groupe d'éducation psychologique.</p> <p>Pas de différence significative en moyenne entre les groupes sur la satisfaction au traitement.</p>
Leterme 2020	<p>Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC</p> <p>Intervention 2 : Intervention basée sur les principes de la TCC</p>	120	8% NR 8% NR	<p>PT : 2 mois</p> <p>Outil : <i>A visual analog scale for satisfaction</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Échelle de 0 à 100 points 	<p>Pas de différence significative sur la satisfaction globale entre le groupe d'intervention en présence et le groupe d'autosoin guidé.</p>

1 ^{er} auteur Année	Interventions	N	Abandon et adhésion	Temps et outils de mesures post-test (PT)	Résultats relatifs aux données expérientielles
	Comparateur : Suivi usuel				
Martinez 2019	Intervention : Intervention basée sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi usuel	216	6% 69%	PT : 4 mois post-randomisation Outil : questionnaire maison	Les adolescents du groupe d'intervention basé sur les principes de la TCC rapportent une plus grande satisfaction en ce qui concerne les commodités, le personnel, et le soutien psychologique reçu. Pas de différence significative entre les groupes quant à la satisfaction envers le soutien médical reçu.
Oh 2020	Intervention 1 : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC (<i>Chatbot</i>) Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	45	9% NR 9% 65%	PT : 4 semaines Outil : <i>System Usability Scale</i> (SUS) Évaluation subjective : "What is the best thing about using the chatbot?" and "What is the worst thing about using the chatbot?"	Pas de différence significative sur la perception de la convivialité de l'application mobile entre les deux groupes d'autosoin. Les éléments positifs rapportés par les participants du groupe <i>Chatbot</i> en lien avec le processus sont les suivants : empathie, soutien, encouragement (14%); ton de la conversation (14%); fiabilité (38%); intérêt (19%); facilité d'utilisation (43%) Les éléments positifs rapportés par les participants du groupe <i>Chatbot</i> en lien avec le contenu sont les suivants : apprentissage interactif (33%); stratégies de coping (43%); auto-observation de l'humeur au quotidien; contenu sur les attaques de panique (24%) Les éléments négatifs rapportés par les participants du groupe <i>Chatbot</i> en lien avec le processus sont les suivants : difficulté à comprendre l'interface (24%); schémas répétitifs (33%); ennuyant ou fatigant (29%); façons d'induire les réponses spécifiques (24%) Les éléments négatifs rapportés par les participants du groupe <i>Chatbot</i> en lien avec le contenu et technicalité sont les suivants : familiarité avec le contenu d'apprentissage (33%); manque de diversité (43%); ne fonctionne pas (14%); erreur en boucle (5%); mauvaise réponse (33%)
Oser 2019	Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Suivi usuel	316	48% NR	PT : 6 mois Outil : <i>Lantern Helpfulness and Satisfaction Scale</i> • Échelle de 7 points	Sur les 122 participants du groupe d'autosoin guidé qui ont répondu au questionnaire : <ul style="list-style-type: none"> • 52% d'entre eux ont jugé l'intervention utile (≥ à 5) • 49% rapportent une satisfaction élevée (≥ à 5) • 65% rapportent que la durée de l'intervention était adéquate alors que 27% ont trouvé l'intervention trop longue et 8% trop courte

1 ^{er} auteur Année	Interventions	N	Abandon et adhésion	Temps et outils de mesures post-test (PT)	Résultats relatifs aux données expérientielles
					<ul style="list-style-type: none"> 63% ont rapporté que le niveau de compétences et d'intérêt de leur coach était élevé 68% recommanderait l'intervention à leur famille ou amis
Reins 2019	<p>Intervention 1 : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC</p> <p>Intervention 2 : Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique</p>	131	<p>3% 75%</p> <p>0% 80%</p>	<p>PT : 6 semaines</p> <p>Outil : <i>The Inventory of Negative Effects in Psychotherapy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Échelles de 4 ou 7 points <p><i>Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-SF</i></p> <p><i>Client Satisfaction Questionnaire</i></p>	<p>26% des participants du groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ont rapporté des effets secondaires négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> 9% ont rapporté ne pas se sentir bien mentalement durant ou après avoir complété l'intervention. 9% ont rapporté des problèmes avec leur conjoint/te, leur famille et leurs amis 5% ont l'impression d'être devenu dépendant à l'intervenant. <p>Pas de différence entre les deux groupes au post-test quant à l'attitude envers aller chercher de l'aide psychologique</p> <p>83% des participants du groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ont rapportés être satisfaits de l'intervention;</p> <ul style="list-style-type: none"> 93% que l'intervention était de grande qualité; 80% avoir reçu le type d'intervention désiré 76% que leurs besoins ont été répondus 72% être satisfaits de l'intensité de l'assistance reçue 89% qu'ils utiliseraient à nouveau l'intervention en cas de besoin 80% que l'intervention les a aidés à mieux gérer leurs problèmes 87% recommanderaient l'intervention à un ami
Stjerneklar 2019	<p>Intervention : Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC</p> <p>Comparateur : Liste d'attente</p>	70	<p>6% 68%</p>	<p>PT : 14 semaines</p> <p>Outil : Bref questionnaire adapté de <i>Experience of Service Questionnaire</i></p>	<p>En général, les adolescents ont rapporté être satisfait de l'intervention. Sur l'item l'intervention m'a aidé :</p> <ul style="list-style-type: none"> 55% ont rapporté que c'était vrai 27% ont rapporté que c'était partiellement vrai 16% ont rapporté que ce n'était pas vrai <p>58% recommanderaient l'intervention à un ami alors que 13% ne le recommanderaient pas</p> <p>7% auraient souhaité avoir plus de temps et 3% auraient eu besoin d'avoir des sessions en face à face avec l'intervenant</p> <p>Un adolescent a rapporté se sentir plus mal à la fin de l'intervention et 10% ont évalué cet item comme partiellement vrai.</p>

1 ^{er} auteur Année	Interventions	N	Abandon et adhésion	Temps et outils de mesures post-test (PT)	Résultats relatifs aux données expérientielles
Wootton 2019	Intervention : Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Comparateur : Liste d'attente	140	28% 71%	PT : 8 semaines Outil : Questionnaire maison	82% les participants du groupe d'autosoin ont rapporté être très ou plutôt satisfaits du matériel de l'intervention 82% ont trouvé que ça valait la peine de faire l'intervention 96% recommanderaient l'intervention à un ami

Classification thématique des caractéristiques et des composantes des interventions

Tableau B-41 Classification thématique des caractéristiques et des composantes des interventions

Thèmes	Catégories et sous-catégories	Thèmes	Catégories et sous-catégories
Cibles d'intervention	<p>Diminuer les symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les symptômes d'anxiété • Diminuer les symptômes de dépression • Diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression • Diminuer d'autres symptômes <p>Entraîner des bénéfices psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique • Améliorer le fonctionnement de la personne • Améliorer les compétences personnelles 	Composantes	<p>Accompagnement-Guidance-Rétroaction</p> <p>Activation comportementale</p> <p>Activité créative</p> <p>Anticipation et planification</p> <p>Auto-observation</p> <p>Axée sur le capital psychologique positif</p> <p>Consolidation et maintien des acquis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des acquis • Maintien des acquis <p>Démonstration-Témoignage</p> <p>Éducation psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relative à la condition de santé mentale • Relative à l'intervention <ul style="list-style-type: none"> ○ Déroulement ou modalités de l'intervention ○ Saines habitudes de vie ○ Relations interpersonnelles ○ Relative aux stratégies d'adaptation ○ Pleine conscience ○ Bien-être psychologique ○ Pensées, émotions et comportements ○ Ressources et interventions complémentaires ○ Autre éducation psychologique relative à l'intervention <p>Entraînement aux habiletés sociales</p> <p>Exposition-Prévention de la réponse</p> <p>Régulation des émotions</p> <p>Relaxation</p> <p>Résolution de problèmes</p> <p>Restructuration cognitive</p> <p>Visualisation et pleine conscience</p>

Thèmes	Catégories et sous-catégories	Thèmes	Catégories et sous-catégories
Exercices pratiques interséances, intermodules ou interactivités	Présents Absents	Structure	Séquentielle Flexible
Format d'intervention	Individuel De groupe Mixte	Mode d'intervention	Canal principal d'intervention En ligne ou par ordinateur Par téléphone Par application mobile En face à face Mixte Autre mode d'intervention
Nombre de séances, modules ou activités	De 1 à 5 séances De 6 à 10 séances De 11 à 15 séances Plus de 15 séances	Durée des séances, modules ou activités	15 minutes 30 minutes 45 minutes 50 minutes 60 minutes Plus de 60 minutes
Fréquence des séances, modules ou activités	Une fois par semaine Deux fois par semaine Trois fois par semaine Chaque jour Aux deux semaines Libre	Durée totale de l'intervention	7 h et moins De 8 h à 14 h 15 h et plus
Étalement de l'intervention	Moins de 4 semaines De 4 à 7 semaines De 8 à 11 semaines De 12 à 15 semaines 15 semaines et plus	Ressources matérielles ou techniques	Texte ou manuel Vidéo Audio Visioconférence Rappel par texto ou courriel Messagerie instantanée Appel téléphonique Journal de bord Feuille ou cahier d'exercices Feuillelet d'information Autre ressource matérielle ou technique

Thèmes	Catégories et sous-catégories	Thèmes	Catégories et sous-catégories
Qualification du personnel offrant le soutien clinique	Étudiant Professionnel Intervenant Mixte	Discipline et spécialisation	Services sociaux <ul style="list-style-type: none"> • Psychologie • Autre domaine des sciences sociales Santé Éducation Autre discipline ou spécialisation
Nombre d'heures de formation	Aucune 1 ou 2 journées 3 ou 4 journées 1 ou 2 années	Supervision	Fréquence <ul style="list-style-type: none"> • Hebdomadaire • Autre fréquence Superviseur accrédité
Nombre d'années d'expérience	Moins de 5 ans De 5 à 9 ans 10 ans et plus	Soutien clinique offert	Oui Aucun

ANNEXE C – RÉSULTATS SUR LES DONNÉES EXPÉRIENTIELLES

Description des études primaires retenues

Tableau C-1 Description des 20 études primaires portant sur les données expérientielles

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets – total ; données expérientielles Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention	Lieu d'intervention N de séances/modules Durée de l'intervention
Amos et al., 2019 Royaume-Uni	N = 8 Qualitatif Élevée	Adultes (16 ans et +) 50 % femmes Symptômes légers à sévères d'anxiété / dépression	Niveau : Prévention indiquée Intervention : Intervention basée sur les principes de la TCC (<i>Individual low-intensity CBT</i>)	Établissement de SSS 3 à 9 séances 3 à 9 heures
Asplund et al., 2019 Suède	N = 9 Qualitatif Élevée	Adultes (49 ans) 100 % femmes Trouble d'adaptation	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC et sur une intervention de retour au travail (<i>Internet-delivered and work-focused cognitive behavioral treatment for stress</i>)	Domicile ou autre 10 modules 10 à 20 heures
Burke et al., 2019 Irlande	N = 36 Qualitatif Faible	Adultes (25 ans) 69 % femmes Trouble d'anxiété généralisé	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Calming Anxiety</i>)	Domicile ou autre 6 modules Durée NR
Button et al., 2019 Canada	N = 10 Qualitatif Modérée	Adultes (30 ans) 90 % femmes Trouble d'anxiété généralisé	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : TCC (<i>Cognitive behavioral therapy</i>) Intervention 2 : TCC combinée à de l'entretien motivationnel – EM (<i>Cognitive behavioral therapy with motivational intervening</i>)	Lieux d'intervention NR Interv. 1 : 15 séances Interv. 2 : 4 séances EM + 15 séances TCC et EM combinés Durées NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets – total ; données expérientielles Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention	Lieu d'intervention N de séances/modules Durée de l'intervention
Chen et al., 2020 États-Unis	N = 45 Qualitatif Modérée	Personnes âgées (69 ans) 67 % femmes Symptômes sévères de dépression	Niveau : Prévention indiquée Intervention 1 : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>MoodTech</i>) Intervention 2 : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>MoodTech – Peer support version</i>) Comparateur : Liste d'attente	Domicile ou autre Pour les 2 interventions : 8 modules / Durée NR
De Smet et al., 2020 Belgique	N = 47 Qualitatif Élevée	Adultes (37 ans) 64 % femmes Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Thérapie psychodynamique (<i>PDT</i>) Intervention 2 : TCC	Bureau privé Pour les 2 interventions : 16 à 20 séances / 12 à 15 heures
Ebenfeld et al., 2020 Allemagne	N _{Total} 10 ; N _{Exp.} = 8 Mixte Moyenne	Adultes (42 ans) 50 % femmes Troubles d'anxiété / panique / obsessif- compulsif / panique avec agoraphobie	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>GET.ON Panic app</i>)	Domicile ou autre 6 modules Durée NR
Garrido et al., 2019 Australie	N = 23 Qualitatif Modérée	Adolescents/tes (17 ans) 65 % adolescentes Symptômes légers à modérés d'anxiété / dépression / stress	Niveau : Prévention indiquée Intervention 1 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Mood Mission</i>) Intervention 2 : Autosoins non guidés basée sur une activité musicale (<i>Music eScape</i>) Intervention 3 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC et sur la pleine conscience (<i>Pacifica</i>) Intervention 4 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Mind Shift</i>)	Domicile ou autre Pour les 6 interventions : N de modules et durée NR

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets – total ; données expérientielles Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention	Lieu d'intervention N de séances/modules Durée de l'intervention
			<p>Intervention 5 : Autosoins non guidés basé sur la pleine conscience (<i>Headspace</i>)</p> <p>Intervention 6 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC (<i>What's Up?</i>)</p>	
<p>Gaudiano et al., 2020 États-Unis</p>	<p>N_{Total} = 40 ; N_{Exp.} = 21 Mixte Moyenne</p>	<p>Adultes (47 ans) 86 % femmes Symptômes de dépression</p>	<p>Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique</p> <p>Intervention : Autosoins non guidés basés sur les principes de la ACT- thérapie d'acceptation et d'engagement (<i>LifeStories</i>)</p>	<p>Domicile ou autre 4 modules 1 h 20 à 2 heures</p>
<p>Hadjistavropoulos et al., 2020 Canada</p>	<p>N_{Total} = 498 ; N_{Exp.} = 27 Mixte Faible</p>	<p>Adultes (env. 43 ans) 72 % femmes Symptômes légers d'anxiété / dépression</p>	<p>Niveau : Prévention indiquée</p> <p>Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Wellbeing Course</i>)</p>	<p>Domicile ou autre 5 modules Durée NR</p>
<p>Hall et al., 2020 Royaume-Uni</p>	<p>N = 13 Mixte Faible</p>	<p>Personnes âgées (> 65 ans) % femmes NR Trouble d'anxiété généralisé</p>	<p>Niveau : Traitement standard pour trouble présumé</p> <p>Intervention : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC</p>	<p>Communauté 12 séances 24 heures</p>
<p>Houle et al., 2019 Canada</p>	<p>N = 71 Mixte Élevée</p>	<p>Adultes (45 ans) 70 % femmes Symptômes légers à sévères d'anxiété / dépression</p>	<p>Niveau : Prévention indiquée</p> <p>Intervention : Autosoins guidés basée sur une intervention transdiagnostique (<i>Getting better my way</i>)</p>	<p>Domicile ou autre 4 modules Durée : selon l'utilisateur</p>

1 ^{er} Auteur Année Pays	N sujets – total ; données expérientielles Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention	Lieu d'intervention N de séances/modules Durée de l'intervention
Howells et al., 2020 Royaume-Uni	N _{Total} = 595 ; N _{Exp.} = 212 Mixte Moyenne	Adultes (20 ans) 70 % femmes À risque de symptômes divers	Niveau : Prévention sélective Intervention : Intervention de groupe basée sur la régulation émotionnelle (<i>Psychology of Emotions workshops</i>)	Établissement SSS 6 séances Durée NR
Lawn et al., 2019 Australie	N _{Total} = 680 ; N _{Exp.} = 14 Mixte Moyenne	Adultes (env. 54 ans) 73 % femmes Trouble anxieux / dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Mindstep program</i>)	Établissement SSS 6 modules Durée NR
Morthland et al., 2019 États-Unis	N _{Total} = 51 ; N _{Exp.} = 39 Mixte Faible	Adultes (64 ans) 84 % femmes Symptômes de dépression	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention 1 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Audio based cognitive-behavioral therapy</i>) Intervention 2 : Autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Computer based cognitive behavioral therapy</i>)	Communauté Interv. 1 : 8 modules / 7 heures Interv. 2 : 11 modules / durée NR
Radomski et al., 2020 Canada	N _{Total} = 536 ; N _{Exp.} = 81 Mixte Moyenne	Adolescents/tes (17 ans) 71 % adolescentes Symptômes d'anxiété	Niveau : Traitement pour cas identifié dans la zone clinique Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC (<i>Being Real, Easing Anxiety: Tools Helping Electronically – Breathe</i>)	Contextes multiples 6 modules 3 heures
Rushton et al., 2020 Royaume-Uni	N = 28 Qualitatif Élevée	Adultes (env. 39 ans) 82 % femmes À risque de symptômes d'anxiété / dépression	Niveau : Prévention sélective Intervention : Ne peut être classée	Établissement de SSS N de séances et durée NR

1^{er} Auteur Année Pays	N sujets – total ; données expérientielles Devis Qualité	Population (âge moyen) % femmes/adolescentes Condition clinique	Niveau d'intervention Classe d'intervention	Lieu d'intervention N de séances/modules Durée de l'intervention
Sadler et al., 2020 Australie	N = 31 Qualitatif Modérée	Personnes âgées (75 ans) 61 % femmes Troubles comorbide d'insomnie et de dépression	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention 1 : Intervention basée sur les principes de la TCC (<i>Cognitive behaviour Therapy for insomnia – CBT-I</i>) Intervention 2 : Intervention de groupe basée sur les principes de la TCC (<i>Cognitive behaviour Therapy for insomnia plus positive mood strategies – CBT-I+</i>)	Communauté Pour les 2 interventions : N de séances et durée NR
Wan Mohd Yunus et al., 2019 Royaume-Uni	N = 33 Mixte Élevée	Adultes (40 ans) 91 % femmes À risque de symptômes de dépression	Niveau : Prévention sélective Intervention : Autosoins guidés basés sur les principes de la ACT - thérapie d'acceptation et d'engagement (<i>Self-confidence Webinar intervention</i>)	Domicile ou autre 6 modules 6 heures
Wilmots et al., 2020 Royaume-Uni	N = 5 Qualitatif Élevée	Adolescentes (17 ans) 100 % filles Trouble dépressif	Niveau : Traitement standard pour trouble présumé Intervention : TCC	Établissement SSS N de séances et durée NR

Exp. : données expérientielles; NR : non rapporté; SSS : santé et services sociaux; TCC : thérapie cognitivo-comportementale

Note : Une séance réfère à une intervention offerte en présence ou par téléphone alors qu'un module ou une activité réfère à une intervention accessible via un ordinateur ou une application mobile.

Description des revues systématiques retenues

Tableau C-2 Description des revues systématiques retenues portant sur les données expérientielles

1 ^{er} Auteur Année	N études éligibles/total N Sujets	Période couverte Provenance des études	Descriptions des études primaires incluses dans les revues systématiques	Description des interventions
CADTH 2019	24 études avec devis qualitatif N = 1569	2009 à 2019 Amérique (3) Australie (2) Europe (19)	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents ou adultes avec symptômes d'anxiété ou de dépression • Adolescents ou adultes avec trouble anxieux / dépressif • Âgés en moyenne entre 13 et 76 ans • Pourcentage de femmes entre 33% et 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Autosoins guidés et non guidés • Basés sur les principes de la TCC • 5 à 9 modules • 3h30 à 12 semaines
McPherson 2020	37 études avec devis qualitatif N= 695	2009 à 2019 Amérique (8) Australie (1) Europe (27) Asie (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes avec symptômes de dépression • Adultes avec trouble dépressif • Âgés en moyenne entre 18 et 89 ans • Pourcentage de femmes entre 40 % et 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions d'autosoins, de groupe ou individuelles basées sous les principes de la TCC (25 études); • Interventions d'autosoins, de groupe ou individuelles sous l'approche AR (<i>focusing on attachments and relating</i>) (5 études); • Interventions d'autosoins, de groupe ou individuelles ou sous des approches combinées (7 études). • 6 à 24 modules • 30 minutes à 48 mois

Niveaux de confiance dans les constats expérimentiels

Tableau C-3 Synthèse des niveaux de confiance obtenus sur les critères de la grille CerQual.

No. de constat	Niveau de préoccupation				Niveau de confiance global
	Limites méthodologiques	Cohérence	Robustesse	Pertinence	
Composantes des interventions					
1	Modéré	Pas ou peu	Modéré	Modéré	Modéré
2	Pas ou peu	Pas ou peu	Mineure	Modéré	Modéré
3	Mineure	Pas ou peu	Mineure	Majeure	Modéré
4	Modéré	Pas ou peu	Majeure	Pas ou peu	Faible
5	Mineure	Modéré	Majeure	Pas ou peu	Faible
Relation avec l'intervenant					
6	Pas ou peu	Mineure	Mineure	Majeure	Modéré
7	Pas ou peu	Mineure	Mineure	Majeure	Modéré
8	Mineure	Mineure	Mineure	Modéré	Modéré
Modalités des interventions					
9	Modéré	Mineure	Mineure	Pas ou peu	Modéré
10	Modéré	Pas ou peu	Majeure	Pas ou peu	Faible
11	Mineure	Pas ou peu	Majeure	Pas ou peu	Faible
12	Mineure	Pas ou peu	Majeure	Pas ou peu	Faible
Perceptions liées aux effets					
13	Modéré	Pas ou peu	Modéré	Pas ou peu	Modéré
14	Mineure	Mineure	Mineure	Modéré	Modéré
15	Mineure	Mineure	Mineure	Modéré	Modéré
16	Pas ou peu	Mineure	Modéré	Majeure	Faible
Améliorations proposées aux interventions					
17	Modéré	Mineure	Mineure	Pas ou peu	Modéré
18	Mineure	Pas ou peu	Modéré	Pas ou peu	Modéré
19	Mineure	Mineure	Modéré	Modéré	Modéré

Gradation de la preuve – Composantes des interventions

Tableau C-4 Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 1)

Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Constat 1 – Niveau de confiance global modéré</p> <p>Selon des participants, les composantes éducatives et les exercices pratiques pour faire face à ses peurs ou réorganiser ses pensées sont utiles pour composer avec les défis quotidiens, contrôler les pensées négatives et adopter des perspectives davantage positives.</p> <p>D'autres participants précisent qu'ils trouvent exigeant les exercices pratiques. Cela demande une réflexion profonde pour comprendre leurs peurs, ainsi que du courage et des stratégies appropriées pour les affronter.</p> <p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP¹¹ • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT¹² • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat.¹³ 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; Gaudio <i>et al.</i>, 2020; Hadjistavropoulos <i>et al.</i>, 2020; Hall <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019].</p> <p>5 études sont de devis qualitatif (Amos, 2019; Burke, 2019; Button, 2019; Chen, 2020 et Wilmots, 2020) et 5 études sont de devis mixte (Gaudio, 2020; Hadjistavropoulos, 2020; Hall, 2020; Howells, 2020 et Radomski, 2020).</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Button et Chen ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Amos et Wilmots ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP);</p> <p>Hadjistavropoulos et Hall pourraient être évalués de qualité globalement faible selon la grille MMAT (Hadjistavropoulos 2 non, 1 je ne sais pas et 2 oui; Hall 3 je ne sais pas, 2 oui). Howells, Gaudio et Radomski pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howells 3 oui 2 non; Gaudio 2 je ne sais pas et 3 oui; Radomski 2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 4 études « faible »; 4 études « modéré »; 2 études « élevée » - 4 points + 8 points + 6 points = 18 points DONC 1.8 points par étude en moyenne</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

¹¹ *Critical Appraisal Skills Programme.*

¹² *Mixed Methods Appraisal Tool – Seulement le volet qualitatif des études à devis mixte a été considéré pour la gradation des constats expérimentiels reposant sur des données qualitatives.*

¹³ Barème utilisé : 1 ≤ 1,5 = préoccupation majeure 1,5 ≤ 2 = préoccupation modérée 2 ≤ 2,5 = préoccupation mineure 2,5 ≤ 3 = peu ou pas de préoccupation.

<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation mineure</p> <p>Nombre d'études 10</p> <p>Nombre d'extraits: 13 extraits (constat principal: 10 extraits; nuances aux extraits : 3)</p> <p>Nombre de participants: 25+</p> <p>Qualité des données : préoccupation majeure</p> <p>9 extraits sur 13 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hall, Wilmots, Radomski et Button: Peu ou pas de préoccupation • Amos: préoccupation mineure (l'interprétation est riche mais les verbatims auraient pu être plus détaillés) • Burke: Préoccupation modérée (un peu plus de détail aurait été nécessaire à la fois dans l'interprétation et la citation) • Gaudio: préoccupation modérée (Il n'y a pas de verbatim appuyant l'interprétation) • Chen: préoccupation majeure (peu de détails dans l'interprétation sur comment la restructuration cognitive aide à composer avec les défis) • Hadjistavropoulos: préoccupation majeure (aucune indication sur le pourquoi dans l'interprétation et pas de citation en appui) • Howells: préoccupation majeure (Interprétation très faible - seule indication que les participants ont aimé la composante "focus on fear" sans établir pourquoi – interprétation non appuyée de citation) <p>Récapitulatif sur la qualité des données: 2 études avec préoccupation modérée; 4 études avec peu ou pas de préoccupation et 3 études avec préoccupation majeure et 1 étude avec préoccupation mineure.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que les interventions de 2 études (Button, 2019 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relèvent probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 4 extraits sur 12.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Tableau C-5 Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 2)

Constat 2 – Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, le recours à un journal de bord ou à d'autres activités d'auto-observation est utile, notamment pour suivre leurs progrès ou établir des ponts entre la théorie et leur santé mentale.</p> <p>D'autres participants précisent que de tenir un journal de bord pour documenter quotidiennement leur niveau d'anxiété ou de stress est difficile parce que la tâche peut générer du stress, être oubliée ou ne pas être bien comprise.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>5 études (Asplund, 2019; Burke, 2019; Button, 2019; Garrido, 2019 et Wilmots, 2020) sont de devis qualitatif et 2 études (Ebenfeld, 2020 et Radomski, 2020) sont de devis mixte.</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Button et Garrido ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Wilmots et Asplund ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Ebenfeld et Radomski pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT. (Ebenfeld 2 je ne sais pas et 3 oui; Radomski 2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 4 études « modérée », 2 études « élevé » - 1 point + 8 points + 9 points = 18 points DONC 2.6 points en moyenne par étude</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation mineure à modérée</p> <p>Nombre d'études 7</p> <p>Nombre d'extraits: 17 (constat principal : 10 extraits, nuances du constat : 7 extraits)</p> <p>Nombre de participants: 25+</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure</p> <p>15 extraits sur 17 proviennent de <i>verbatim</i>s</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

	<p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ebenfeld, Burke et Garrido: peu ou pas de préoccupation • Asplund: Préoccupation mineure (interprétation d'un extrait riche mais non appuyée d'une citation. Un autre extrait est appuyé d'une citation riche) • Radomski Préoccupation modérée (plus de détails aurait pu être fournis dans les citations) • Button: préoccupation modérée (on n'explore pas le pourquoi dans les citations) • Wilmots: préoccupation modérée (citations appuient généralement bien les interprétations, mais plus de détails seraient nécessaires) • Récapitulatif sur la qualité des données: 2 études avec préoccupation modérée, 4 études avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation mineure 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que les interventions de 2 études (Button, 2019 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relèvent probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 6 extraits sur 17.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Tableau C-6 Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 3)

Constat 3 – Niveau de confiance global modéré		
Selon des participants, la compassion manifestée par l'intervenant de même que les composantes éducatives et les exercices pratiques ayant trait à l'autocompassion sont utiles pour se considérer avec respect et bienveillance.		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Gaudiano <i>et al.</i>, 2020; Button <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>2 études (Button, 2019 et Gaudiano, 2020) sont de devis qualitatif. Button a obtenu une évaluation globale modérée (CASP), tandis que Gaudiano a obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « modérée » et 1 étude « élevé » - 2 points + 3 points = DONC 2.5 points par étude</p>	Préoccupation mineure
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.	Pas ou peu de préoccupation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation majeure</p> <p>Nombre d'études 2 Nombre de citations: 5 extraits Nombre de participants: 15</p> <p>Qualité des données : Pas ou peu de préoccupation</p> <p>4 extraits sur 5 proviennent de <i>verbatim</i> Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Button et Gaudiano: Pas ou peu de préoccupation • Récapitulatif sur la qualité des données: 2 études avec pas ou peu de préoccupation 	Préoccupation mineure

Pertinence <ul style="list-style-type: none">• Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique	Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique. Il est toutefois à noter que l'intervention d'une étude (Button, 2019) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Cette étude concerne 4 extraits sur 5.	Préoccupation majeure
---	---	-----------------------

Tableau C-7 Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 4)

Constat 4 – Niveau de confiance global faible		
<p>Selon des participants, des outils de rappel ou de suivi, tels que des rappels par courriel ou des rétroactions quotidiennes, s'avèrent utiles pour être motivés et penser à réaliser des exercices.</p> <p>D'autres participants évoquent que des rappels par courriel ne sont pas utiles.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Garrido <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>1 étude (Garrido, 2019) est de devis qualitatif et 2 études (Ebenfeld, 2020 et Radomski, 2020) sont des études de devis mixtes.</p> <p>Garrido a obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Ebenfeld et Radomski pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Ebenfeld 2 je ne sais pas et 3 oui; Radomski 2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 3 études « modérée » - DONC moyenne de 2 points par étude</p>	<p>Préoccupation modérée</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation majeure</p> <p>Nombre d'études 3</p> <p>Nombre d'extraits: 6</p> <p>Nombre de participants: 28</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée à majeure</p> <p>3 extraits sur 6 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radomski et Garrido: Préoccupation modérée (Les extraits sont courts – il aurait pu y avoir plus de détails - mais on comprend bien ce que les participants souhaitent communiquer) 	<p>Préoccupation majeure</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ebenfeld: Préoccupation majeure (pas de détail sur le pourquoi dans l'interprétation, qui est non appuyée de verbatims) • Récapitulatif sur la qualité des données: 1 étude avec préoccupation modérée et 1 étude avec préoccupation majeure 	
Pertinence <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique. L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.	Pas ou peu de préoccupation

Tableau C-8 Gradation de la preuve des constats liés aux composantes des interventions (Constat 5)

Constat 5 – Niveau de confiance global faible		
<p>Selon des participants, les composantes de l'intervention jugées utiles pour gérer ou amoindrir les symptômes d'anxiété et de dépression sont celles ayant trait à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion des émotions ou du stress; - la relaxation et la respiration; - la méditation et la pleine conscience. <p>D'autres participants précisent toutefois qu'ils trouvent exigeant de mettre en pratique ce type de composantes en raison d'un environnement à domicile défavorable ou d'un manque d'autodiscipline.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Gaudiano <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>3 études sont de devis qualitatif (Amos, 2019; Asplund, 2019 et Burke, 2019) et 2 études de devis mixte (Gaudiano, 2020 et Howells, 2020).</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Asplund et Amos ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Howells et Gaudiano pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howells 2 non et 3 oui; Gaudiano 2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 2 études « modérée » et 2 études « élevée » - 1 point + 4 points + 6 points = 11 points DONC 2.2 points par étude en moyenne</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte en général suffisamment les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, l'hétérogénéité des extraits fait en sorte que certaines perspectives ne sont pas captées par le constat:</p> <p>Un extrait parle d'exercice de relaxation pour détendre les tensions physiques. Trois extraits n'indiquent pas que le recours aux techniques permet de gérer leurs symptômes, mais ils indiquent seulement que ces techniques sont utilisées ou perçues positivement. De plus, lorsqu'il est évoqué dans le sous constat que des participants trouvent difficile de mettre en pratique "ce type d'exercices", le verbatim n'inclue pas des exercices de gestion du stress ou des émotions tel qu'évoqué dans le constat principal.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation modérée</p> <p>Nombre d'études 5</p> <p>Nombre d'extraits: 12 extraits (constat principal: 11 extraits; nuances au constat: 1 extrait)</p> <p>Nombre de participants: 50+</p> <p>Qualité des données : préoccupation majeure</p> <p>5 extraits sur 12 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asplund: Préoccupation modéré (les citations appuient faiblement l'interprétation) • Gaudiano: préoccupation modérée (plus de détails auraient pu être fournis pour 3 extraits sur 5) • Amos: préoccupation modérée (une interprétation est riche, mais elle n'est pas appuyée de citation) • Burke: préoccupation modéré (plus de détails auraient été nécessaires) • Howells: Préoccupations majeures (les interprétations n'explicitent pas du tout le pourquoi et non appuyées de <i>verbatim</i>s) • Récapitulatif sur la qualité des données: 4 études avec préoccupation modérée et 1 étude avec préoccupation majeure. 	<p>Préoccupation majeure</p>
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Gradation de la preuve – Relation avec l'intervenant

Tableau C-9 Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 6)

Constat 6 – Niveau de confiance global modéré Selon des participants, le fait de jouer un rôle actif dans l'intervention de même que la prise de décision conjointe influencent positivement leur expérience. D'autres participants rapportent une expérience négative, due au niveau d'encadrement de l'intervention qui ne correspondrait pas à leurs besoins.		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Limites méthodologiques <ul style="list-style-type: none"> La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i> , 2020; Wilmots <i>et al.</i> , 2020; Amos <i>et al.</i> , 2019; Button <i>et al.</i> , 2019] 4 études (Amos, 2019; Button, 2019; De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) sont de devis qualitatif. Button a obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que De Smet, Amos et Wilmots ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP). Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « modérée » et 3 études « élevée » - 2 points + 9 points = 11 points DONC 2.75 points en moyenne par étude	Pas ou peu de préoccupation
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits. Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat : Quelques extraits viennent expliciter que la responsabilité partagée entre l'intervenant et les participants apportent un <i>empowerment</i> ou une reprise de pouvoirs chez certains.	Préoccupation mineure
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> Quantité des données Richesse des données 	Quantité des données : préoccupation modérée Nombre d'études 4; Nombre d'extraits: 12 (constat principal: 10 extraits; nuances au constat : 2 extraits) Nombre de participants: environ 20	Préoccupation mineure

	<p>Qualité des données : préoccupation mineure</p> <p>11 extraits sur 12 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Button, De Smet et Wilmots: pas ou peu de préoccupation • Amos: préoccupation modérée (les verbatims appuient faiblement l'interprétation des auteurs). • Récapitulatif sur la qualité des données : 3 études avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation modérée 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de trois études (Button, 2019, De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 10 extraits sur 11.</p>	<p>Préoccupation majeure</p>

Tableau C-10 Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 7)

Constat 7 – Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, la compréhension du processus thérapeutique et de leur rôle influence de façon positive l'expérience et leur permet de mieux savoir à quoi s'attendre.</p> <p>D'autres participants précisent l'importance d'avoir confiance en l'expertise de l'intervenant.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i>, 2020; Rushton <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Button <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>Cinq études (Button, 2019, De Smet, 2020; Rushton, 2020, Sadler 2020 et Willmots, 2020) sont de devis qualitatif.</p> <p>Button et Sadler ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que De Smet, Rushton et Wilmots ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 2 études « modérée », 3 études « élevée » - 4 points + 9 points = 13 points DONC 2.6 points en moyenne par étude</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Un extrait indique que les personnes ont été surprises par rapport à leur rôle respectif mais l'extrait ne permet pas de savoir si c'est perçu négativement ou positivement. Cet extrait laisse entendre que certains usagers ne savaient pas à quoi s'attendre.</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation modérée</p> <p>Nombre d'études 5</p> <p>Nombre d'extraits: 16 (constat principal: 6 extraits; nuances du constat: 10 extraits)</p> <p>Nombre de participants: environ 50+</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure</p> <p>10 extraits sur 12 proviennent de <i>verbatim</i>s</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

	<p>Exploration du pourquoi, quoi et comment des extraits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Button, Wilmots et Rushton: pas ou peu de préoccupation • Sadler: préoccupation modérée (interprétation non appuyée de verbatim malgré qu'on indique que tous les focus groups ont appuyé ce thème) • De Smet: préoccupation modérée (interprétation faiblement appuyé de citation) • Récapitulatif sur la qualité des données : 3 études avec peu ou pas de préoccupation et 2 études avec préoccupation modérée 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de trois études (Button, 2019, De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 9 extraits sur 16.</p>	<p>Préoccupation majeure</p>

Tableau C-11 Gradation de la preuve des constats liés à la relation avec l'intervenant (Constat 8)

Constat 8 – Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, la capacité de l'intervenant à créer une relation de soutien qui soit chaleureuse, bienveillante, respectueuse et sans jugement, dans un environnement sécurisant, est nécessaire pour qu'ils sentent qu'ils ont de l'importance et qu'ils puissent progresser et persévérer.</p> <p>D'autres participants disent ne pas ressentir le besoin de recevoir le soutien d'un intervenant pour cheminer, bien qu'ils apprécient le fait de pouvoir faire appel à lui.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i>, 2020; Hall <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019; Lawn <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>6 études (Amos, 2019, Asplund, 2019, Button, 2019, De Smet, 2020, Sadler, 2020 et Wilmots, 2020) sont de devis qualitatif; 3 études sont de devis mixte (Hall, 2020, Howells, 2020 et Lawn, 2019).</p> <p>Button et Sadler ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que Asplund, De Smet, Amos et Willmott obtiennent une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Hall pourrait être évalué de qualité globalement faible selon la grille MMAT (3 je ne sais pas 2 oui). Howells et Lawn pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howell: 3 oui 2 non; Lawn: 3 oui 2 je ne sais pas)</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 4 études « modérée », 4 études « élevée » - 1 point + 8 points + 12 points = 21 points DONC 2.3 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Deux extraits parlent de la validation de la souffrance vécue par l'intervenant (ex.: c'est normal après ce que vous avez vécu...) allant dans l'idée que l'intervenant ne les juge pas. Un extrait exprime l'idée que le soutien de l'intervenant permet d'ajuster ses attentes.</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : peu ou pas de préoccupation</p> <p>Nombre d'études 9;</p> <p>Nombre d'extraits: 27 (constat principal: 26 citations nuances des constats : 1 extrait) Nombre de participants: environ 50 +</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

	<p>Qualité des données : préoccupation mineure</p> <p>20 extraits sur 27 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asplund, Wilmots, Sadler, Lawn, De Smet et Button: pas ou peu de préoccupation • Howells: préoccupation modérée (pas de <i>verbatim</i>s à l'appui, mais explications riches) • Hall: préoccupation modérée (citation pas très explicite pour appuyer l'interprétation) • Amos: préoccupation modérée (interprétation riche mais elle n'est pas appuyée de citation) • Récapitulatif sur la qualité des données : 6 études avec peu ou pas de préoccupation, 3 études avec préoccupation modérée 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de trois études (Button, 2019, De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 13 extraits sur 27.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Gradation de la preuve – Modalités des interventions

Tableau C-12 Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 9)

Constat 9 – Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, leur accorder suffisamment de temps ou du temps supplémentaire est souhaitable dans le cadre de l'intervention afin qu'ils se sentent à l'aise pour s'exprimer, respecter leur rythme ou s'appropriier les contenus en profondeur.</p> <p>D'autres participants précisent que la durée de l'intervention ne doit pas être trop longue, mais plutôt courte afin que ce ne soit pas trop exigeant.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; Hadjistavropoulos <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019; Wan Mohd Yunus <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>6 études sont de devis qualitatif (Amos, 2019; Asplund, 2019; Burke, 2019; Chen, 2020; Garrido, 2019 et Sadler, 2020) et 3 études sont de devis mixte (Hadjistavropoulos, 2020; Howells, 2020 et Wan Mohd Yunus, 2019).</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Chen, Garrido et Sadler ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Asplund et Amos ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Hadjistavropoulos pourrait être évalué de qualité globalement faible selon la grille MMAT (Hadjistavropoulos 2 non, 1 je ne sais pas et 2 oui). Howells pourrait être évalué de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (3 oui 2 non) Wan Mohd Yunus pourrait être évalué de qualité globalement élevée selon la grille MMAT (4 oui et 1 non).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 2 études « faible », 4 études « modéré » 3 études « élevé » - 2 points + 8 points + 9 points = 19 points DONC 2,1 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation modérée</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Quelques extraits viennent toutefois indiquer l'idée que les participants doivent prendre le temps de bien faire les choses (allant dans l'idée de s'appropriier le contenu en profondeur) et ne pas être surchargé (allant dans l'idée de respecter leur rythme).</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : pas ou peu de préoccupation</p> <p>Nombre d'études 9</p> <p>Nombre d'extraits: 28 (constat principal: 22 extraits; nuances au constat : 6 extraits)</p> <p>Nombre de participants: 70+</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure ou modérée</p> <p>19 extraits sur 28 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amos, Garrido, Sadler et Chen: peu ou pas de préoccupation • Asplund: Préoccupation mineure (en général les extraits sont suffisamment détaillés et ils apportent différentes perspectives, mais quelques extraits relèvent uniquement de l'interprétation des auteurs sans citation à l'appui) • Howells et Hadjistavropoulos Préoccupation modérée (interprétations avec un bon niveau de détails, mais non appuyée d'une citation) • Wan Mohd Yunus: Préoccupation modérée (peu de profondeur pour explorer le pourquoi dans une citation, tandis que 2 autres extraits sont riches) • Burke: préoccupation majeure (pas de citation pour appuyer les interprétations qui sont peu détaillées) • Récapitulatif sur la qualité des données (4 études avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation mineure, 3 études avec préoccupation modérée, 1 étude avec préoccupation majeure) • Notons que Asplund et Amos sont les études les plus contributives et elles impliquent peu ou pas de préoccupation, ou préoccupation mineure 	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-13 Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 10)

Constat 10 – Niveau de confiance global faible		
<p>Selon des participants, une intervention pratiquée en groupe permet une occasion de socialisation, une compréhension commune et un partage d'expériences; ce qui s'avère motivant.</p> <p>D'autres participants précisent qu'ils apprécient les interventions de groupe à la condition qu'il n'y ait pas de pression à s'exprimer lors des discussions ou qu'il soit tout de même possible de recevoir un soutien individuel.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Hall <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Wan Mohd Yunus <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>1 étude (Sadler, 2020) est de devis qualitatif et a obtenu une évaluation globale modérée (CASP).</p> <p>3 études (Hall, 2020; Howells, 2020 et Wan Mohd Yunus, 2019) sont de devis mixte. Hall pourrait être évalué de qualité globalement faible selon la grille MMAT (3 je ne sais pas 2 oui). Howells pourrait être évalué de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (3 oui et 2 non); tandis que Wan Mohd Yunus pourrait être évalué de qualité globalement élevée selon la grille MMAT (4 oui 1 non).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 2 études « modéré » et 1 étude « élevé » - 1 point+ 4 points + 3 points = 5 points DONC 2 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation modérée</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation modérée</p> <p>Nombre d'études 4</p> <p>Nombre d'extraits: 8 (constat principal: 6 extraits; nuances au constat : 2)</p> <p>Nombre de participants: en tenant compte des informations présentées dans les extraits, il est difficile de déterminer le nombre de participants – minimum 10</p> <p>Qualité des données : préoccupation majeure</p> <p>4 extraits sur 8 proviennent de <i>verbatim</i>s</p>	<p>Préoccupation majeure</p>

	<p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sadler : préoccupation mineure : La citation est détaillée, mais l'interprétation qu'en fait les auteurs est plus ou moins exacte. Le participant témoigne qu'il se sent dans le même bateau que les autres du groupe en échangeant avec eux, tandis que les auteurs interprètent qu'il se sent apprécié de ses pairs. • Wan Mohd Yunus: préoccupation modérée (on aurait pu offrir plus de détails - tant dans les interprétations que les citations) • Hall : préoccupation majeure (Très peu détaillé dans le pourquoi) • Howells: préoccupation majeure (interprétation qui détaille le quoi mais pas le pourquoi, non appuyée de citations) • Récapitulatif sur la qualité des données : 1 étude avec préoccupation mineure, 1 étude avec préoccupation modérée, 2 études avec préoccupation majeure 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-14 Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 11)

<p>Constat 11 – Niveau de confiance global faible Selon certains participants, les applications mobiles et interventions en ligne sont avantageuses en raison de leur accessibilité et de la possibilité de réaliser les exercices seul et à son rythme.</p> <p>D'autres participants disent apprécier les zones interactives (p. ex. : forums de discussion, clavardage), mais il importe pour certains que les échanges soient supervisés par un modérateur.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Garrido <i>et al.</i>, 2019; Lawn <i>et al.</i>, 2019; Wan Mohd Yunus <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>2 études sont de devis qualitatif (Chen, 2020; Garrido, 2019) et 4 études sont de devis mixte (Ebenfeld, 2020; Lawn, 2019; Radomski, 2020 et Wan Mohd Yunus, 2019).</p> <p>Garrido et Chen ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP)</p> <p>Radomski, Lawn et Ebenfeld pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Radomski 1 je ne sais pas 1 non et 3 oui; Lawn 3 oui, 2 je ne sais pas; Ebenfeld 2 je ne sais pas et 3 oui). Wan Mohd Yunus pourrait être évalué de qualité globalement élevée selon la grille MMAT (4 oui 1 non).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 5 études « modérée » 1 étude « élevée » - 10 points + 3 points = 13 points DONC 2.1 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation mineure à modérée</p> <p>Nombre d'études 6</p> <p>Nombre d'extraits: 11 (constat principal: 7 extraits; nuances au constat : 2 extraits)</p> <p>Nombre de participants: +25</p> <p>Qualité des données : préoccupation majeure</p>	<p>Préoccupation majeure</p>

	<p>7 extraits sur 11 citations proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lawn, Wan Mohd Yunus: Peu ou pas de préoccupation • Chen : préoccupation mineure (les citations sont détaillées dans le quoi, mais il n'est pas expliqué comment sont reçus les publications d'encouragement et de compliments bien que nous puissions figurer que cela est apprécié des participants âgés) • Ebenfeld: Préoccupation majeure (Interprétation n'explore pas du tout le pourquoi) • Garrido: Préoccupation majeure (aucune explication du pourquoi et l'interprétation n'est pas appuyée d'une citation) • Radomski: Préoccupation majeure (Manque de détails pour une compréhension globale des citations, qui ne sont pas très détaillées) • Récapitulatif sur la qualité des données : 2 études avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation mineure, 3 études avec préoccupation majeure 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-15 Gradation de la preuve des constats liés aux modalités des interventions (Constat 12)

Constat 12 – Niveau de confiance global faible		
<p>Selon des participants, recevoir de la part d'un intervenant des suivis par téléphone ou par courriel est contraignant et peu motivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des suivis téléphoniques suscitent du stress ou procurent de l'inconfort pour s'exprimer; - des suivis par courriels peuvent nuire à la spontanéité des échanges avec l'intervenant. <p>À cet égard, d'autres participants précisent qu'ils privilégient, par ordre de préférence, les suivis en présence, par téléphone, par visioconférence et par courriel.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Radomski <i>et al.</i>, 2020; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>2 études (Aplund, 2019 et Garrido, 2019) sont de devis qualitatif et 1 étude est de devis mixte (Radomski, 2020).</p> <p>Garrido a obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que Asplund a obtenu élevée (CASP).</p> <p>Radomski pourrait être évalué de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (un je ne sais pas, 1 non et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 2 études « modérée » et 1 étude « élevée » - 4 points + 3 points = 7 points DONC 2.3 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation majeure</p> <p>Nombre d'études : 3</p> <p>Nombre d'extraits: 5 (Constat principal : 3 extraits; nuances au constat : 2)</p> <p>Nombre de participants: 14</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée à majeure</p> <p>3 extraits sur 4 proviennent de <i>verbatim</i></p>	<p>Préoccupation majeure</p>

	<p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asplund: Peu ou pas de préoccupation • Radomski: Préoccupation modérée (plus de détails auraient pu être offerts, tant au niveau des interprétations que des verbatims) • Garrido: Préoccupation majeure (peu de détails dans l'interprétation - non appuyée par une citation) • Récapitulatif sur la qualité des données : 1 étude avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation majeure et 1 étude avec préoccupation modérée 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Gradation de la preuve – Perceptions des effets des interventions

Tableau C-16 Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 13)

Constat 13 – Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, l'intervention leur permet de se sentir validés ou semblables aux autres en réalisant que leur condition est partagée avec autrui. Cela peut se faire par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une normalisation de leur condition par l'intervenant lors de consultations en présence ou en autosoins guidés; - des échanges avec des pairs ou par la consultation de vignettes de cas pour les interventions en autosoins. <p>D'autres participants évoquent le fait que les vignettes de cas ou les échanges avec les pairs peuvent amener à se sentir différents des autres et isolés. Certains peuvent d'ailleurs avoir des appréhensions à échanger avec des inconnus.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; Gaudio <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>4 études (Amos, 2019; Burke, 2019, Chen, 2020 et Garrido, 2019) sont de devis qualitatif et 2 études (Gaudio, 2020; Radomski, 2020) sont de devis mixte.</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Garrido et Chen ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Amos a obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Gaudio et Radomski pourraient être évalué comme modérée selon la grille MMAT (Gaudio : 3 oui, 2 Je ne sais pas; Radomski : 1 non, 1 Je ne sais pas, 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude faible, 4 modérée et 1 élevée - 1 point + 8 points + 3 points = 12 points DONC 2 points en moyenne par étude</p>	Préoccupation modérée
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.	Pas ou peu de préoccupation
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : peu ou pas de préoccupation</p> <p>Nombre d'études : 6</p>	Préoccupation modérée

	<p>Nombre d'extraits : 24 (Constat principal : 15 extraits; nuances au constat : 11 extraits)</p> <p>Nombre de participants : au moins 65</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée</p> <p>15 extraits sur 24 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garrido : Préoccupation mineure (Un peu plus de détails aurait pu être fourni tant au niveau de l'interprétation que les citations fournies) • Gaudio : Préoccupation modérée (interprétations riches mais non appuyées de verbatim) • Amos : Préoccupation modérée (les citations appuient moyennement les interprétations) • Chen : préoccupation modérée (interprétation riche mais non appuyée de citation) • Burke : préoccupation modérée (Plus de détails auraient été nécessaires dans les citations pour appuyer les interprétation) • Radomski : préoccupation majeure (Insuffisamment de détails fournis et citation difficile à comprendre en dehors de son unité de sens) • Récapitulatif sur la qualité des données : 1 étude avec préoccupation mineure, 4 études avec préoccupation modérée et 1 étude avec préoccupation majeure. 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-17 Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 14)

Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Constat 14 – Niveau de confiance global modéré</p> <p>Selon des participants, l'intervention permet de développer une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Cela peut se faire par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'acquisition d'une meilleure compréhension de leur condition de santé mentale; – des prises de conscience en matière de développement personnel, par exemple une meilleure estime ou acceptation d'eux-mêmes, une prise en compte de leurs valeurs et de leurs compétences personnelles, ou des réflexions sur leurs sphères de vie telles que le travail. <p>D'autres participants précisent que les prises de conscience sur eux-mêmes peuvent être parfois éprouvantes et difficiles à accepter.</p> <p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i>, 2020; Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Gaudio <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019; Houle <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>6 études (Asplund, 2019; Button, 2019; Burke, 2019; De Smet, 2020 Sadler, 2020 et Wilmots, 2020) sont de devis qualitatif et 5 études sont de devis mixte (Ebenfeld, 2020; Gaudio, 2020; Houle, 2019; Howells, 2020 et Radomski, 2020).</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Sadler et Button ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que Wilmots, 2020; Asplund, 2019 et De Smet, ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Howells, Radomski, Ebenfeld et Gaudio peuvent être évalué de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howells: 3 oui 2 non; Radomski: 3 oui 1 non et 1 je ne sais pas, Ebenfeld 3 oui 2 je ne sais pas; Gaudio 3 oui 2 je ne sais pas) Houle peut être évalué de qualité globalement élevée selon la grille MMAT (5 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 6 études « modérée » et 4 études « élevée » - 1 point + 12 points + 12 points = 25 points DONC 2.3 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Deux extraits parlent de reconnexion à soi (retrouver la personne avant la dépression) ou même de renaissance. Un extrait parle d'être rassuré sur sa condition de santé mentale. Un extrait parle de connexions entre son passé et ses problèmes présents.</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : peu ou pas de préoccupation</p> <p>Nombre d'études 11</p> <p>Nombre d'extraits: 26 (constat principal : 23 extraits; Nuances au constat : 3 extraits)</p> <p>Nombre de participants: environ 70 +</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure</p> <p>21 extraits sur 26 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wilmots, Asplund, Button, Houle et Sadler: pas ou peu de préoccupation • De Smet: Préoccupations mineures (un extrait sur les trois n'est pas appuyé de citations. Les 2 autres extraits sont appuyés de citations convaincantes) • Burke: préoccupation mineure (bien qu'on précise le nombre de participants appuyant un extrait, il n'y a pas de citation à l'appui. un autre extrait est toutefois appuyé de citations) • Gaudiano: Préoccupation modérée (extrait appuie faiblement l'interprétation) • Ebenfeld: Préoccupation modérée (les citations appuient plus ou moins l'interprétation et ne sont pas très détaillées) • Howells: préoccupation majeure (bien que l'on précise <i>Several ou Many participants</i> appuient les thèmes, il n'y a pas de citation à l'appui des interprétations, qui sont peu détaillées) • Radomski: Préoccupations majeures (une citation et une interprétation très peu détaillées) • Récapitulatif sur la qualité des données : 2 études avec préoccupation majeure; 2 études avec préoccupation modérée; 2 avec études préoccupation mineure; 5 études avec peu ou pas de préoccupation 	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de trois études (Button, 2019, De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 10 extraits sur 26.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Tableau C-18 Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 15)

Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Constat 15 – Niveau de confiance global modéré</p> <p>Selon des participants, l'intervention leur permet de se sentir plus en contrôle ou davantage outillé afin d'amorcer des changements positifs pour eux-mêmes. À cet égard, certains participants prennent conscience de la nécessité de changer et du fait qu'il s'agit d'un processus graduel.</p> <p>D'autres participants spécifient que certaines composantes ou modalités de l'intervention peuvent générer des effets indésirables en exacerbant leurs symptômes d'anxiété ou de dépression par exemple, en affectant leur motivation ou en générant du stress attribuable à des difficultés techniques.</p> <p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Burke <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019; Houle <i>et al.</i>, 2019; Lawn <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>7 études (Amos, 2019; Asplund, 2019; Burke, 2019; Button, 2019; Chen, 2020; Garrido, 2019 et Wilmots, 2020) sont de devis qualitatif et 4 études (Houle, 2019; Howells, 2020; Lawn, 2019 et Radomski, 2020) sont de devis mixte.</p> <p>Burke a obtenu une évaluation globale faible (CASP). Button, Chen et Garrido ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Asplund, Amos et Wilmots ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Radomski, Howells et Lawn pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howells: 3 oui 2 non Lawn: 2 je ne sais pas 3 oui; Radomski 2 je ne sais pas et 3 oui). Houle pourrait être évalué de qualité globalement élevée selon la grille MMAT (5 oui)</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 6 études « modérée » et 4 études « élevée » - 1 point + 12 points + 12 points = 25 points Donc 2.27 points en moyenne par étude</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Certains extraits parlent de motivation au changement. D'autres extraits parlent de <i>self-efficacy</i> ou de <i>self-management</i> ou d'<i>empowerment</i> (allant dans l'idée du sentiment de contrôle).</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : peu ou pas de préoccupation</p> <p>Nombre d'études 11</p> <p>Nombre d'extraits: 38 (Constat principal : 23 extraits; nuances des constats : 15 extraits)</p>	<p>Préoccupation mineure</p>

	<p>Nombre de participants: 80 +</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée</p> <p>21 extraits sur 38 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lawn et Amos: Peu ou pas de préoccupation • Asplund: préoccupation mineure (un extrait appuyé d'une citation et une interprétation riche mais non appuyée de citation) • Houle préoccupation mineure (majorité des extraits appuyés d'une citation et interprétations riches) • Button préoccupation mineure (3 extraits non appuyés de citation mais interprétations et citations riches) • Garrido: préoccupation mineure (citation appuie l'interprétation - pas très détaillée mais suffisamment) • Wilmots: préoccupation modérée (interprétation détaillée mais non appuyée de citation) • Radomski: préoccupation Modéré (interprétation suffisamment détaillée, appuyée des thèmes avec le N de participants correspondant, mais pas de verbatims) • Howells préoccupation majeure (pas de citation à l'appui, interprétation peu détaillée) • Burke et Chen: Préoccupation majeure (interprétation peu détaillée et non appuyée de citations) • Récapitulatif sur la qualité des données : 3 études avec préoccupation majeure; 2 études avec préoccupation modérée; 4 études avec préoccupation mineure et 2 études peu ou pas de préoccupation 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de deux études (Button, 2019 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 7 extraits sur 38.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Tableau C-19 Gradation de la preuve des constats liés (Constat 16)

Constat 16 – Niveau de confiance global faible		
<p>Selon des participants, échanger librement avec un intervenant leur procure une forme de libération affective et leur permet de ventiler, de se sentir écouté, d'avoir une autre perspective et de pouvoir partager leurs problèmes.</p> <p>D'autres participants précisent que le simple fait de parler à une personne, intervenant ou non, leur procure les mêmes bénéfices.</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>4 études (Amos 2019, Button 2019; De Smet 2020 et Wilmots 2020) sont de devis qualitatif. Button a obtenu une évaluation globale modérée (CASP). Amos, De Smet et Wilmots ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « modérée » et 3 études « élevée » - 2 points + 9 points = 11 points DONC 2.75 points en moyenne par étude</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Trois extraits expriment l'idée que le participant n'est pas émotionnellement responsable de l'intervenant, ce qui aide au participant à s'exprimer librement sans se soucier de l'état émotionnel de l'intervenant.</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation mineure à modérée</p> <p>Nombre d'études: 4</p> <p>Nombre d'extraits : 14 (Constat principal : 13 extraits; Nuances au constat : 1 extrait)</p> <p>Nombre de participants : au moins 21 participants</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée</p> <p>13 extraits sur 14 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Button: Peu ou pas de préoccupation • Amos : préoccupation mineure (3extraits ne sont pas très détaillés, mais ils n'ont pas nécessairement besoin de plus de détails. Une citation est riche de détails) • De Smet : Préoccupation mineure (une citation permet de comprendre que l'intervention a permis le relâchement des émotions, mais il n'est pas précisé si c'est l'acte de parler qui procure cet effet, une interprétation est explicite mais non appuyée de citation et une citation explore beaucoup le comment) • Wilmots : préoccupation majeure (Plus de détails ou de contextualisation des extraits auraient été nécessaires) • Récapitulatif sur la qualité des données : 2 études avec préoccupation mineure, 1 étude avec peu ou pas de préoccupation et 1 étude avec préoccupation majeure. 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention de trois études (Button, 2019, De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 13 extraits sur 18.</p>	<p>Préoccupation majeure</p>

Gradation de la preuve – Améliorations proposées aux interventions

Tableau C-20 Gradation de la preuve des constats liés aux perceptions des effets des interventions (Constat 17)

Constat 17 – Niveau de confiance global modéré Selon des participants, l'intervention serait améliorée en allégeant ou en clarifiant les contenus afin d'en faciliter la compréhension et respecter leur niveau d'énergie. D'autres participants précisent que l'accès à des contenus enrichis, si souhaité, permet d'approfondir les apprentissages. D'autres encore soulignent que la simplification des contenus ne signifie pas qu'ils sont superficiels. Les contenus doivent être crédibles et pertinents.		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Limites méthodologiques <ul style="list-style-type: none"> La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Chen <i>et al.</i>, 2020; De Smet <i>et al.</i>, 2020; Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Hadjistavropoulos <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019; Morthland <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>3 études sont de devis qualitatif (Asplund, 2019; De Smet, 2020 et Garrido, 2019) et 5 études sont de devis mixte (Ebenfeld, 2020; Hadjistavropoulos, 2020; Howells, 2020; Morthland, 2019 et Radomski, 2020).</p> <p>Chen et Garrido ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que Asplund et De Smet ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Hadjistavropoulos et Morthland pourraient être évalué de qualité globalement faible selon la grille MMAT (Hadjistavropoulos 2 non, 1 je ne sais pas et 2 oui; Morthland 2 je ne sais pas, 1 non et 1 oui). Ebenfeld, Radomski et Howells pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Ebenfeld 2 je ne sais pas et 3 oui; Howells 3 oui 2 non; Radomski 2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 2 études « faible »; 5 études « modéré » et 2 études « élevée » - 2 points + 10 points + 6 points = 16 points DONC moyenne de 2 points par étude</p>	Préoccupation modérée
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Trois extraits parlent de l'attractivité esthétique des interfaces; allant dans l'idée qu'ils soient plus conviviaux. Deux extraits indiquent aussi que l'information ne doit pas se répéter, allant dans l'idée que l'information se doit de ne pas être clichée et non pertinente. Enfin, un extrait précise que l'utilisation d'un CD n'est pas toujours conviviale (dans le constat général, nous parlons de la simplicité et la clarté des interfaces).</p>	Préoccupation mineure

<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : peu ou pas de préoccupation</p> <p>Nombre d'études 9</p> <p>Nombre d'extraits: 28 (constat principal: 21 extraits; nuances au constat : 7 extraits)</p> <p>Nombre de participants: 39+</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure ou modérée</p> <p>21 extraits sur 28 proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garrido, Ebenfeld, Asplund : Peu ou pas de préoccupation • Radomski et Chen: Préoccupations modérées (bien que courtes et peu détaillées, les citations sont claires et ne nécessitent pas de détails) • De Smet: Préoccupations modérées (interprétations riches mais non appuyées de citations) • Morthland: Préoccupations majeures (interprétations faiblement appuyées de citations - il manque le pourquoi que les suggestions faites permettraient une version plus conviviale) • Hadjistavropoulos: préoccupation majeures (interprétations non appuyées de citations et peu de détails) • Howells: Préoccupations majeures: (interprétations peu détaillées sur le pourquoi et non appuyées de citations) • Récapitulatif sur la qualité des données : 3 études avec peu ou pas de préoccupation, 3 études avec préoccupation majeure et 3 études avec préoccupation modérée - Garrido représente 10 extraits sur 25 et implique peu de préoccupation 	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que l'intervention d'une étude (De Smet, 2020) appuyant ce constat relève probablement de la psychothérapie. Cette étude concerne un seul extrait sur 25.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-21 Gradation de la preuve des constats liés aux améliorations proposées aux interventions (Constat 18)

Constat 18 – Niveau de confiance global modéré		
Selon des participants, l'intervention serait améliorée en en diversifiant les modalités et les stratégies d'apprentissage (p. ex. : offrir du mentorat, proposer de dispenser l'intervention à la fois en mode individuel et en groupe, recourir à des contenus audios ou à des vidéos).		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
Limites méthodologiques <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [Ebenfeld <i>et al.</i>, 2020; Gaudio <i>et al.</i>, 2020; Sadler <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>3 études sont de devis quali (Asplund, 2019, Garrido, 2020 et Sadler, 2020) et 2 études sont de devis mixte (Ebenfeld, 2020; Gaudio, 2020).</p> <p>Garrido et Sadler ont obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis qu Wilmots et Asplund ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Gaudio et Ebenfeld pourraient être évalué de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (2 je ne sais pas et 3 oui).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 4 études « modéré » et 2 études « élevée » - 8 points + 6 points = 9 points DONC moyenne de 2.3 points par étude</p>	Préoccupation mineure
Cohérence <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	La formulation du constat capte bien les nuances apportées dans les extraits.	Pas ou peu de préoccupation
Robustesse <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation majeure</p> <p>Nombre d'études 6</p> <p>Nombre d'extraits: 8</p> <p>Nombre de participants: 8+</p> <p>Qualité des données : préoccupation mineure à modérée</p> <p>6 extraits sur 8 proviennent de <i>verbatim</i></p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asplund et Sadler: Pas ou peu de préoccupation • Ebenfeld : préoccupation modérée (l'extrait n'est pas appuyé de verbatim et plus d'explications auraient été nécessaire afin de saisir le sens) 	Préoccupation modérée

	<ul style="list-style-type: none"> • Gaudio: Préoccupation modérée (le verbatim pris hors de l'unité de sens de l'article – l'écoute de vidéo permet que le contenu soit moins abstrait- est difficile à comprendre) • Wilmots : Préoccupation modérée (la citation est très courte, malgré qu'elle soit claire) • Garrido: préoccupation majeure (l'interprétation, bien qu'explicite sur le quoi -nécessité d'accéder à différents appareils et dispositifs - n'est pas explicite sur le pourquoi et n'est pas appuyé de verbatims) • Récapitulatif sur la qualité des données: 2 études avec peu ou pas de préoccupation, 3 études avec préoccupation modérée et 1 étude avec préoccupation majeure 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique. L'ensemble des études repose sur des interventions psychosociales.</p>	<p>Pas ou peu de préoccupation</p>

Tableau C-22 Gradation de la preuve des constats liés aux améliorations proposées aux interventions (Constat 19)

Constat 19– Niveau de confiance global modéré		
<p>Selon des participants, l'intervention serait améliorée par une flexibilité de l'intervenant, et ce, en la personnalisant selon leurs préférences ou besoins spécifiques.</p> <p>Des utilisateurs adolescents précisent que les interventions d'autosoins guidés seraient améliorées en personnalisant leur apparence visuelle ou les contenus pour correspondre aux préférences des utilisateurs (par exemple en choisissant les couleurs d'une application ou les thèmes qui apparaissent).</p>		
Critères d'appréciation	Détails des études portant sur l'intervention	Cotation
<p>Limites méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité scientifique des études qualitatives a été évaluée avec la grille CASP • La qualité scientifique des études ayant un devis mixte a été évaluée avec la grille MMAT • Considération de la moyenne des points accordés à chaque étude qui appuie le constat. 	<p>Études appuyant ce constat : [De Smet <i>et al.</i>, 2020; Howells <i>et al.</i>, 2020; Radomski <i>et al.</i>, 2020; Rushton <i>et al.</i>, 2020; Wilmots <i>et al.</i>, 2020; Amos <i>et al.</i>, 2019; Asplund <i>et al.</i>, 2019; Button <i>et al.</i>, 2019; Garrido <i>et al.</i>, 2019; Morthland <i>et al.</i>, 2019]</p> <p>7 études (Amos, 2029; Asplund, 2019; Button, 2019; De Smet, 2020 Garrido, 2019; Rushton, 2020; Wilmots, 2020) sont de devis quali et 2 études (Howells, 2020 et Morthland, 2019) sont de devis mixte.</p> <p>Garrido a obtenu une évaluation globale modérée (CASP); tandis que Wilmots, Rushton, De Smet, Asplund et Amos ont obtenu une évaluation globale élevée (CASP).</p> <p>Howells, Morthland et Radomski pourraient être évalués de qualité globalement modérée selon la grille MMAT (Howells : 3 oui 2 non; Morthland : 2 je ne sais pas, 1 non et 1 oui Radomski : 3 oui 1 je ne sais pas 1 non).</p> <p>Récapitulatif des évaluations de la qualité scientifique globale des études: 1 étude « faible », 3 études « modérée » et 6 études « élevée » - 1 point+ 6 points + 18 points = 23 points DONC 2.3 points par étude en moyenne</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Cohérence</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulation des constats expérientiels doit permettre de relater toutes les nuances et les perspectives présentes dans les extraits. 	<p>La formulation du constat capte généralement bien les nuances apportées dans les extraits.</p> <p>Toutefois, certaines perspectives fines ne sont pas captées par le constat :</p> <p>Trois extraits parlent de la capacité d'écoute de l'intervenant afin d'adapter l'intervention aux besoins. Deux extraits expriment l'idée que l'intervenant ne doit pas être trop protocolaire et que cela est peut-être attribuable au manque d'expérience de l'intervenant (rejoignant l'idée de la flexibilité).</p>	<p>Préoccupation mineure</p>
<p>Robustesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité des données • Richesse des données 	<p>Quantité des données : préoccupation mineure</p> <p>Nombre d'études 10</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

	<p>Nombre d'extraits: 14 (constat principal: 12 extraits; nuances au constat : 2 extraits)</p> <p>Nombre de participants: environ 20</p> <p>Qualité des données : préoccupation modérée</p> <p>10 extraits sur 14 citations proviennent de <i>verbatim</i>s</p> <p>Exploration du pourquoi, quoi et comment dans les extraits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wilmots, De Smet, Rushton et Asplund: Peu ou pas de préoccupation • Amos: Préoccupation mineure (l'ensemble des extraits de l'étude se complète et sont détaillés - tant au niveau des verbatims que des interprétations; mais un extrait considéré isolément peut manquer de détails) • Morthland et Radomski préoccupation modérée (citation pas très détaillée dans le pourquoi) • Button: Préoccupation modérée (Les extraits peuvent donner court à diverses interprétations, mais l'extrait avec l'interprétation des auteurs est explicite. Toutefois, ce dernier n'est pas appuyé de citation malgré qu'il soit précisé le N de participants appuyant le thème) • Howells: Préoccupation majeure (interprétations peu détaillées non appuyées de citations) • Garrido: Préoccupation majeure (interprétations avec peu de détails non appuyés de citations) • Récapitulatif sur la qualité des données: 4 études avec peu ou pas de préoccupation, 1 étude avec préoccupation mineure, 3 études avec préoccupation modérée et 2 études avec préoccupation majeure 	
<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique 	<p>Applicabilité des résultats aux populations et contextes ciblés par la revue systématique.</p> <p>Il est toutefois à noter que les interventions de 3 études (Button, 2019; De Smet, 2020 et Wilmots, 2020) appuyant ce constat relèvent probablement de la psychothérapie. Ces études concernent 4 extraits sur 15.</p>	<p>Préoccupation modérée</p>

Extraits en appui aux constats sur les données expérientielles

Tableau C-23 Extraits en appui aux constats sur les données expérientielles

Thème : composantes des interventions
Extraits qui appuient le constat 1
<ul style="list-style-type: none"> • The majority of IC plan members preferred the lesson on thought challenging (8/13, 61%), while 23% (3/13) preferred the lesson on controlled breathing and activity planning and 1 found the lesson on graded exposure (1/13, 8%) to be most helpful. (Hadjistavropoulos, 2020) • Participants reported liking various aspects of the psycho-education content of the workshops linked to five codes: 'Focus on emotions', 'Psychological traps', 'Mindfulness', 'Functions of the brain' and 'Focus on fear'. (Howells, 2020) • Cognitive Restructuring (n = 4) involves learning to refute cognitive distortions and replace them with healthier cognitions, e.g. Identifying hot thoughts will be worthwhile when I can master it, in the moment (Burke, 2019) • Adopting a different perspective This subordinate theme captures how therapists helped to strengthen adolescents' abilities to thoroughly reflect on situations rather than jumping to negative conclusions. They felt that this improved their ability to adopt a more realistic and positive perspective: I think probably the fact that I don't...say jump to conclusions (...) instead of being like pessimistic all the time, just kind of think about different ways that you can go. (Maddison, 14) (Wilmots, 2020) • Others similarly learned to look on the 'bright side of things', not to 'over analyse situations' (Jade, 17) and to 'get all the facts and think about it properly' (Laura, 17), supporting them to cope better with difficult circumstances. For example, previously Laura was quick to believe that she was going to fail at school assignments. CBT helped her adopt an approach of taking a step back and 'to think about it and realize' that she 'wasn't going to fail'. (Wilmots, 2020) • Likewise, understanding how her thoughts affect her actions encouraged Harper (18) to perceive situations differently and to adopt a positive and proactive mind set: If I think my teacher won't help me, then it means I'm not gonna ask for help ... but if I think that she has to help me, so I do ask for help, then she does end up helping me. (Harper) (Wilmots, 2020) • As part of the didactic component of the MoodTech intervention, participants learned how to reframe and reduce harmful thoughts. We analyzed these harmful thoughts to help us understand the challenges that participants face in life, to which they endeavored to apply the skills that they were learning. We describe these life challenges to provide context and to better understand the difficulties and benefits the participants experienced, both with the MoodTech intervention and with skill application. (Chen, 2020) • Gaining perspective After therapy, participants were able to put aside thoughts that bothered them before. Clients gained an ability to see problems differently and not 'over-think' (Dave) or get 'angry' (Julie) unnecessarily. Specifically, after therapy, they were able to 'push away' (John) thoughts that were not so important: There is the place where I am now, they (the thoughts) don't dog my mind anymore, they don't play on my mind, because obviously I've just sort of learned to let go...and focus on what's important (Dave). By developing a new ability to push some of the less important thoughts away, problems were moved to the periphery of one's mind. (Amos, 2019)

Thème : composantes des interventions

- “Because it wasn’t just looking at the worry, it was also how can I interact with the worry in a way that is positive for myself because the worry is trying to tell me something.” Client 9 (MI-CBT) (Button, 2019)
- Other themes that participants reported taking away from the videos included focus on the positive, that is, focus on something one enjoys instead of always focusing on depression (n = 3) (Gaudiano, 2020)
- “Facing my fears and organizing my thoughts was a challenge because sometimes I would have to dig deep to find answers.” [user 215] (Radomski, 2020)
- “Finding the courage to do exposure activities. Also remembering and putting effort into coping strategies while in an anxious situation.” [user 606] (Radomski, 2020)
- The hypothetical worry exposure task was not liked by many of the participants: “We had one week it was, I forget what it was titled and you think about going into a care home. One week it was a bit oh, made you go a bit like that. I thought I don’t know whether I like that.” (Hall, 2020)

Extraits qui appuient le constat 2

- “I think answering the journals, and keeping track of my anxiety every week from school, family and friends.” [user 1253] (Radomski, 2020)
- “Introspection and the ability to actually think about the things I’m doing.” [user 1282] (Radomski, 2020)
- I was apprehensive, but therapy was beneficial. Here, clients (two MI-CBT and five CBT clients) described initial apprehension about some of the strategies, noting, however, that this disbelief was diminished given the effectiveness of the techniques. For example, Client 4 (CBT) reported, “I wasn’t too sure about the thought records at the very beginning...I wasn’t quite sure how they would help and their purpose, but as we went along that became clear,” (Button, 2019)
- Client 2 (CBT) stated, “I became more aware of just walking down the street and, ‘oh I’m tensing my shoulders, I should relax.’ But I thought it was kind of an exercise for the masses...but that was more helpful than I expected (Button, 2019)
- Monitoring (n = 10) refers to attending to one’s actions, emotions, thoughts or physiological reactions, e.g. I am trying to track thoughts or events that elicit anxiety, and then (sic) trying to find the way to fix or avoid them (Burke, 2019)
- Establishing a strong understanding of the CBT model supported these adolescents to recognize what preceded certain depressive feelings and thoughts, ‘cos if I know something then...you can think of ways to say figure it out’ (Maddison, 14). (Wilmots, 2020)
- Therapists were perceived as having taught them how to ‘work out what like triggered’ their depressive experiences (Laura, 17) and how ‘to recognize signs n stuff’ enabling them ‘to prevent it from happening’ (Jade, 17). (Wilmots, 2020)
- The participants felt that the therapists provided them with a toolkit that they could utilize if depressive feelings re-occurred (Wilmots, 2020)

Thème : composantes des interventions

- Similarly, in relation to mood tracking features such as in Pacifica, some argued that it could be helpful to be able to identify patterns: Something cool about this app is that you can actually track the progress of what's going on. Which can be a good thing because if someone really wants to feel better, for example, it could help them and motivate them even more. Female, Group 2 (Garrido, 2019).
- Why was it a challenge to complete the worry ladder? Instructions/activities were hard to understand (n=4) "For me there wasn't enough instructions for it and I was confused." [user 2449] (Radomski, 2020).
- Why was it a challenge to complete the worry ladder? Uncertainty in completing (n=3) "It was difficult coming up with all the steps, I didn't have a creative mind with creative ideas." [user 2449] (Radomski, 2020).
- Why was it a challenge to complete the worry ladder? Difficulty focusing/articulating worries (n=2). "I felt my worries were too complex to fit into it." [user 1825] (Radomski, 2020).
- In the following, reasons for non-compliance to the diary will be specified. Joy reported that she forgot to fill in the diary "if there wasn't an anxiety event on this day or because I was distracted by other things". (Ebenfeld, 2020).
- Regarding the registration of anxiety events the participants reported problems with performing this task. Reasons for this were "I haven't had any panic attacks at all during the course of the training" (Joe) or "during the moment of panic, I didn't have a clear head and the time for this" (Joy). (Ebenfeld, 2020).
- Ken also mentioned time-related problems that lead to forgetting the daily summary. (Ebenfeld, 2020).
- The stress diary was described as too extensive and was often skipped. (Asplund, 2019).
- "I thought it was difficult, it takes time because it is often a hundred small things that stresses you and if you have to write it down, ... it becomes more stressful" (Participant 7) (Asplund, 2019)

Extraits qui appuient le constat 3

- Learning it's not my fault. Four MI-CBT and two CBT clients described judging their worry and expecting that the therapist would react similarly. (Button, 2019)
- However, clients reported that their therapist responded in a kind, nonjudgmental manner. For example, Client 7 (MI-CBT group) explained, "There wasn't blaming for things. There was an acknowledgement that that feeling that you had makes sense," (Button, 2019)
- Critically looking at yourself and recognizing when you're doing it. That was something I had trouble doing before because I would just be anxious and have no idea why. Meanwhile, I had been telling myself all these awful things and then that, obviously, would lead to an awful feeling - Client 6 (MI-CBT) (Button, 2019)
- According to Client 9 (MI-CBT), For me that was like number one, that she showed compassion towards me, and helped me show compassion towards myself, so that I wasn't judging the worry. I wasn't worrying as much about the worry, and that was hugely beneficial (Button, 2019)

Thème : composantes des interventions

- Four participants commented on developing self-compassion being an important message in LifeStories. For example, one person said: “the thing I took home was that it's okay to feel this way and not to beat yourself up over it” (4,212) (Gaudiano, 2020)

Extraits qui appuient le constat 4

- Six of the eight participants would have preferred a reminder for the exercises and daily summary. (Ebenfeld, 2020)
- “I was self motivated so the emails just filled my inbox and the call was uncomfortable.” [user 4992] (Radomski, 2020)
- “Emails didn’t motivate me, made me want to ignore it even more.” [user 1191] (Radomski, 2020)
- It could be helpful but at the same time you wouldn’t want it to remind you constantly that you have to do this or that. What if there are days where you just can’t be bothered ? (Garrido)
- The effect of notifications and statistics about other users on user motivation was also discussed. Participants argued that they could be both motivating and discouraging or could require more energy than a depressed user would have. (Garrido, 2019)
- Notifications were also viewed as something that could also be motivating or demotivating and that should therefore be personalizable. (Garrido, 2019)

Extraits qui appuient le constat 5

- Participants reported liking various aspects of the psycho-education content of the workshops linked to five codes: ‘Focus on emotions’, ‘Psychological traps’, ‘Mindfulness’, ‘Functions of the brain’ and ‘Focus on fear’. Work on emotions and feelings, and discussion of ‘Psychological traps’ (diagrammatic cognitive behavioural formulations illustrating problems with different emotions), were the aspects of session content that were most frequently commented upon positively. (Howells, 2020)
- Sections perceived as useful. In general, participants expressed that the intervention was useful. Most useful were the sections regarding psychoeducation, managing stress factors in both work and private life, and modules on sustainable working life: “Recovery and sustainability in my working life, that's what I was missing and needed to work with every day” (Participant 6). (Asplund, 2019)
- Mindfulness (n = 6) techniques were another helpful event, e.g. The mindfulness tools were helpful in terms of how to relax (Burke, 2019)
- Relaxation (n = 6) involves learning methods for relaxation to reduce physiological tension, e.g. Relaxation tools available online – very useful for calming down at the end of a day (Burke, 2019)
- Nineteen participants reported that they Applied a New Skill or experienced Behavioural Change assisting them in managing their anxiety daily, e.g. I took the suggestion of the mindfulness exercise and am working on integrating this type of approach into everyday life (Burke, 2019)

Thème : composantes des interventions

- Other Skills (n = 3) were helpful events of learning unspecified skills to manage anxiety, e.g. Learning about the exercises for reducing my anxiety (Burke, 2019)
- Finally, as discussed in Episode 4, participants commented on the theme of mindfulness, meditation, and breathing practices as ways to cope with depression (n = 7). They were largely interested in trying more meditation and breathing exercises (Gaudio 2020)
- Reflecting material introduced in Episode 1, five participants commented on the transient nature of thoughts and feelings, including the importance of remembering that these are transient. One participant commented: “I wrote, or reinforced that thoughts and feelings are constantly changing ... it's nice to remember that as a tool when you feel like the bottom is falling out from underneath you” (4,166) (Gaudio 2020)
- (Other themes that participants reported taking away from the videos included...) and focusing on the present moment instead of the past or future (n = 3) (Gaudio 2020)
- With regard to emotional awareness and acceptance, participants reported understanding the importance of identifying, expressing, and accepting their feelings as a result of watching the videos (n = 8). One participant commented: “all you need to do is to be able to be there and experience the feeling and give it the time you need to get through it. When you get through it there is going to be some kind of new awareness about the process of getting through it, even the dirty parts of life.” (4,116) (Gaudio 2020)
- Other participants utilized techniques such as mindfulness but adapted it to their individual needs by varying the context and frequency of use. (Amos, 2019)
- (theme of mindfulness, meditation, and breathing practices as ways to cope with depression (n = 7). They were largely interested in trying more meditation and breathing exercises), though two people noted that there are difficulties in practicing meditation, including “screaming kids” (4,114) and self-discipline (Gaudio, 2020)

Thème : Relation avec l'intervenant

Extraits qui appuient le constat 6

- Clients also described initially believing that the therapist would be in charge and forceful, and that their role was to follow instructions. In contrast, clients reported playing the “main role” in therapy, emphasizing their ability to “navigate” and direct the therapy process. (...) (Button, 2019)
- The process was very much driven by me. So the exercises she would give me...if I said, “Yeah I don't really think that's gonna work for me,” it was, “Okay, let's figure out something else. How would you approach it?”, and Client 8 (MI-CBT) reported, “I thought maybe the therapist would be more controlling...as in where we go, what we do, what we address...and that wasn't the case, which was great...I probably should say, I kind of ran the show.” (Button, 2019)
- Therapist was a facilitator, not a dictator. Clients' disconfirmed negative expectations in this subcategory entailed beliefs that the therapist would be overly directive and judgmental. Accordingly, clients were surprised at the experience of working collaboratively in therapy. (Button, 2019)

Thème : Relation avec l'intervenant

- For instance, Client 7 (MI-CBT) reported, “She was there as a guide as opposed to, you know, the boss in that situation,” and Client 2 (CBT) stated, “Sometimes I want someone to be like here’s a formula, here follow this, but I absolutely understand. In fact, I’ve replaced this whole authority figure from the past to try to think rationally for myself!” The entire sample contributed to this subcategory (Button, 2019)
- My therapist was what I expected. Clients’ confirmed expectations in this category entailed initial beliefs that the therapeutic relationship would involve mutual efforts and engagement by both therapist and client. Both treatment groups recounted these confirmations (MI-CBT: 52% of meaning units; CBT: 48% of meaning units) Button, 2019)
- It was an equal and mutual partnership. This subcategory reflected clients’ experiences of confirmations of their initial expectations about mutuality and equality in the therapeutic relationship. For example, Client 4 (CBT group) stated, “I think it was similar to what I had imagined because I didn’t see therapy being able to work if it was a one-sided effort. It requires work on both sides.” Four MICBT clients and three CBT clients contributed to this subcategory (Button, 2019)
- All MI-CBT clients described a pivotal and active role in therapy, highlighting their efforts and responsibility in facilitating change both in and outside of therapy. In particular, MI-CBT clients described themselves as the active agent of change; that is, although the therapist provided guidance, strategies, and insight, the clients themselves emphasized ownership over the work they completed (Button, 2019)
- An empowering (inter)active process. Therapy was valued for its active nature, as was typically mentioned by recovered patients, and variably by patients in the improved sample. In CBT (generally) and PDT (typically), patients explained how they were actively involved in therapy (i.e., stimulated by the therapist) or it was considered empowering to take the lead in the therapy process. “In my previous treatment it was only action from my side, no response. (...) I need the interaction; therapists need to work with me.” (Patient 7; CBT; Recovered) (De Smet, 2020)
- ‘She wanted to know what I wanted to get from it’: the importance of shared decision-making. This theme pertains to the importance of shared decision-making between therapist and client. Experiencing a therapist who was collaborative, inquisitive, and valued her thoughts and opinions, left Jade (17) feeling included in the decision-making around her care: Every session she asks me like what was helpful and what was not helpful (...) So I think she’s very like, open to like criticism and open to like improving things so that it’s easier for me (...) (Wilmots, 2020)
- Sarah explains that she expected to ‘get helped’ and in contrast felt ‘really strange’, due to the incongruent nature of the two therapeutic approaches she had received. The previous therapist had been directive enough to challenge Sarah in areas that needed to be challenged. Whereas, the current therapist provided minimal direction at a time when her overwhelming emotions made it difficult for her to guide herself – ‘I still needed a bit of a steer’ (Amos, 2019)
- She described feeling that her therapist relinquished responsibility of taking the lead in sessions as ‘he didn’t speak much and wasn’t really making conversation’. Initiating conversation would have created a comfortable environment encouraging Sarah ‘to talk more’ because ‘sometimes if you’re feeling low (...) you don’t particularly want to talk’ (Wilmots, 2020)
- Perceiving therapists as working according to a process was interpreted as lacking adaptation to clients as individuals. This leads to Sarah and John feeling as though they were not listened to. (Amos, 2019)

Thème : Relation avec l'intervenant

Extraits qui appuient le constat 7

- I had an idea of what therapy would be like and it was similar to what I expected. Clients reported validation of their initial expectations regarding CBT based on previous knowledge or experiences in therapy. For example, Client 3 (CBT) said, “For CBT, I had to read before each session... I knew that there had to be tasks done, homework,” (Button, 2019)
- Client 7 (MI-CBT) explained, “I was aware of the process and what was going on because, in my head, I knew what was likely going to happen. And then it was just checking those things off in my head.” Three MI-CBT clients and one CBT client contributed to this subcategory. (Button, 2019)
- My role was to be open and reflective. Three MI-CBT and four CBT reported that they anticipated being honest, open, and reflective in therapy, and this expectation fits with their actual experience. For example, “Well, I thought I will be obviously just talking freely to the therapist and, you know, being able to share, and I did that” (Client 8, MI-CBT) (Button, 2019)
- My role was to be an active participant. This subcategory reflected confirmations of being actively engaged in therapy (i.e., continuing the therapeutic work outside of the therapy session and coming to sessions prepared). For instance, Client 7 (MICBT) stated, “When I was outside of therapy I was keeping track in my head of, ‘Okay, this is something that was creating worry this week, I should remember to bring that up next session.’” Four MI-CBT clients and one CBT client contributed to this subcategory (Button, 2019)
- An overall lack of knowledge regarding the active participation required in treatment was apparent across patients both with and without prior experience of psychological treatment (TFA: Burden): I expected the therapy to sort of be let’s say about an hour a session, and I imagined it would be quite a lot of talking would be done, whereas I felt it was very much, well, I’ve emailed you the literature, now get on and read it. (Participant 12, completed treatment (Rushton, 2020)
- I didn’t really know who I was going to be speaking to. Because I’ve never done it before, I’ve never picked up the phone and spoken to somebody that I don’t know about this topic, that kind of freaked me out a bit. Especially if I don’t know who’s on the other end, (Rushton, 2020)
- I felt as though she had this bank of experience and knowledge and techniques that she could draw upon to assist me’ (Participant 14, completed treatment) (Rushton, 2020)
- I don’t know if they really are trained. I don’t know if they really have the qualifications that they say they have because I can’t see them.’ (Participant 24, partially completed treatment) (Rushton, 2020)
- ‘I felt like if I was going to a psychologist, going to a therapist physically, it would be a better psychologist because it would just be someone more professional. Because you know the assumption is if someone’s giving you this therapy over the phone, compared to someone in a professional office giving it to you face-to-face – like you see in movies and stuff like that, for example – it just seems the cheaper option. So you just assume the quality of the therapy won’t be as good as someone physical.’ (Participant 11, completed treatment) (Rushton, 2020)
- ‘I think I always had that in the back of my head that I wasn’t sure that the person I was speaking to would have been considered qualified enough to do face-to-face counselling...I would hope that the people doing face-to-face stuff have more experience and have more training in psychological interventions... but I am assuming that someone doing psychological interventions over the phone will have had some training but they won’t be anywhere near as qualified or as experienced as someone who should be doing face-to-face interventions.’ (Participant 6, completed treatment (Rushton, 2020)

Thème : Relation avec l'intervenant

- Moreover, the therapist was described as being in a unique position, variantly mentioned by the improved patients, yet only rarely stated by recovered patients. For instance, the therapist was that one person who (finally) understood them, or the therapist as “a professional” was differentiated from normal social relationships (De Smet, 2020)
- The strongest theme that emerged from the focus group reflections was the positive therapeutic alliance that was established between the participants and co-therapists. Each of the six feedback groups consistently reported the co-therapists were skilful and demonstrated positive qualities that improved their therapeutic experience. (Sadler, 2020)
- By contrast, Sarah (16) expressed frustration with her therapist's lack of assertiveness and confidence, the absence of which similarly highlights the value adolescents place on having a skilled therapist. (Wilmots, 2020)
- ‘She gave me the seeds, and I grew a beautiful plant’: facilitating change The adolescents similarly valued therapists who were experienced in helping others from a psychological perspective. Professional competence elicited trust from the adolescents that their therapist could facilitate therapeutic change. This theme's title was provided by Jade (17) who eloquently compared her therapeutic experience to the growth of a plant. Her therapist gave her the seeds, but she planted them herself, which grew into a beautiful plant – the growth represented her self-development. (Wilmots, 2020)
- My therapist was knowledgeable. Only clients in the CBT group described expectancy confirmations in terms of their therapist being knowledgeable and providing guidance and expertise. For example, “[I was] hoping to get some expertise from somebody in the field to help me deal with my day-to-day struggles. So, I'd say my expectations were fairly broad, but were certainly met” (Client 4, CBT). Three CBT clients contributed to this subcategory (Button, 2019)
- For example, Client 9 (MI-CBT) stated, “I felt like I trusted her. I trusted she knew both what she was doing and what was best for me. (Button, 2019)

Extraits qui appuient le constat 8

- Some even stated that the contact was essential for completing the treatment: “If I had done it myself without support, I would not have managed it. Because I procrastinate, I'll do it later” (Participant 4). (Asplund, 2019)
- Another important function was to help participants adjust their ambition: “My therapist urged me to lower my ambition, that I couldn't expect to manage everything the same way as before” (Participant 6) (Asplund, 2019)
- According to a majority of the participants, the main function of the therapist was to monitor progress and adherence and provide support and encouragement: “Otherwise, I think, if there hadn't been a person who expected feedback, the ten-week program had taken at least thirty weeks (Participant 1)” (Asplund, 2019)
- Several participants commented on the ability of the facilitators to create a supportive environment. Codes included: ‘Ability to create a positive atmosphere’, ‘Ability to promote positive change’ and ‘Ability to create a safe environment’. Participants commented on various positive qualities of the facilitators that contributed to creating this positive atmosphere, including that they were friendly, encouraging and supportive. (Howells, 2020)
- Facilitators were described as supportive and patient by most participants (9/11): ‘If you didn't understand you just had to say and they went over it again (Hall, 2020)

Thème : Relation avec l'intervenant

- She acknowledged this was hard and challenging. As such it was important for her to have a therapist who challenged her in a secure and meaningful therapeutic relationship (Amos, 2019)
- That therapists seemed genuinely interested in clients beyond the responsibilities of their job: There was no disruption, there was no looking at a computer, there was no reading notes [...] it was eye to eye, so he was paying attention to me [...] it was almost as if, it wasn't his job (Julie) (Amos, 2019)
- Client 8 (MI-CBT) indicated, "I could talk to her like a friend, and I didn't have to hold things back 'cause I knew she was... she's genuine. (Button, 2019)
- Unexpected validation of my experience. Five MI-CBT clients and one CBT client also described feeling validated by their therapist (e.g., validation of their emotional experience), which was unexpected and yet beneficial. For example, It's just nice to talk about things that I'm feeling and maybe externally people pass it off or make it feel invalidated. It's nice to come in here and have those things again...those emotions feel validated, it was okay to feel. (Client 7, MI-CBT (Button, 2019)
- Consistent with the MI spirit, all of the MI-CBT clients perceived their therapist as validating, compassionate, and empowering, facilitating a respect for and acceptance of themselves and their feelings (Button, 2019)
- Four MI-CBT and two CBT clients reported feeling pleasantly surprised that they developed a positive rapport with their therapist, involving "trust," "support," and "comfort." Clients acknowledged initial hesitations relationship (Button, 2019)
- For me, that was a surprising kind of dynamic, but it was very comfortable and comforting to me," Client 9 (MI-CBT) (Button, 2019)
- She's not just doing a job you know, she's actually being there for me. (Jade) (Wilmots, 2020)
- Therapists were perceived as warm when they were experienced as someone who was kind, supportive, and non-judgemental. Jade (17) expressed that it 'felt like I was having a conversation with a friend that cared and I think that was what I needed'. Therapists were described as 'friendly' (Laura, 17) and 'a nice person' who would 'just give you time to think about things' (Maddison, 14). Harper (18) described feeling 'held in mind' by her therapist and thought that it was 'sweet' that 'somebody would be there to remember me... when everyone else was just like crap'. This goes beyond warmth, suggesting that experiencing care which transcends the therapeutic session and stays with the young person in their world outside of therapy, is also important. (Wilmots, 2020)
- Someone who would listen and support me Experiencing a therapist who 'really cared about like how I felt' and 'was actually listening' (Jade, 17) was significant; especially for these adolescents who described not experiencing this with other people in their lives. Harper (18) particularly described a painful situation of feeling unloved, making more pertinent the experience of feeling cared for (...) (Wilmots, 2020)
- I think just the situations around me at the time I felt I had no support. It was important that I went somewhere where someone would listen to me and think that I was significant. (Harper) (Wilmots, 2020)
- Feeling listened to appeared to convey to these adolescents that they were worthy of attention. Similarly, Laura (17) whispered 'I felt like she was taking me seriously, so I was happy' (Wilmots, 2020)
- Furthermore, Harper expressed not feeling 'scared of being judged or anything', with Jade (17) similarly stating that her therapist did not cause her to feel 'like she was judging me'. This led to adolescents feeling accepted. (Wilmots, 2020)

Thème : Relation avec l'intervenant

- In contrast, Sarah (16) was the anomaly in the sample; she described negative experiences of the therapeutic relationship, sharing that her therapist 'didn't particularly want to be there' and that he 'wouldn't walk in with like a great big smile'. Experiencing her therapist as distant and uncaring significantly impeded the development of a positive therapeutic relationship (Wilmots, 2020)
- Variantly in both samples, patients valued that the therapist did not judge, which allowed them to speak openly and show their true self. This safe haven in turn seemed to set the right condition for engaging in therapy (e.g., to be able to offer patients a confronting mirror). [The therapist] could look at the situation in a neutral way, like telling me "it just happened, whether it was a good or bad thing, there are other lessons to be (De Smet, 2020)
- [The therapist] could look at the situation in a neutral way, like telling me "it just happened, whether it was a good or bad thing, there are other lessons to be drawn from it than feeling guilty". (...) I really needed to hear that. (Patient 21; CBT; Recovered (De Smet, 2020)
- First, typically mentioned by recovered patients and variantly by patients who improved, the therapist was attributed the role of acknowledging one's suffering and reinforcing one's growth, which was experienced as empowering (together with therapy as an (inter)active process) The therapist could tell me at times, "that's not just nothing you've been through there, that's a lot to bear" and yeah I thought indeed, perhaps, I never realized how heavy that was, and the therapist was able to put it into words. (Patient 27; CBT; Recovered (De Smet, 2020)
- It always felt like he was there for me, not just for getting his numbers, like it didn't seem like it was just his job, it seemed like he cared as well. (Lawn, 2019)
- Yeah, sort of being in control and being able to work together in setting the program whereas I think some people might feel face-to-face the counsellor/psychiatrist are running the show so to speak. This way you got to be a part of your own plan. (Client 9) (Lawn, 2019)
- felt at every turn they (co-therapists) respected our perspectives. They were considering our comfort at all times. We could ask them questions that they could explain it.' (66y/o, female, CBT-I) (Sadler, 2020)
- The need for support varied between the participants. Some stated that they had limited, or neutral contact. Others, a more close and personal contact. "I didn't need him so much. A few times I received some hints and ideas and I contacted him when I was ready with one module and he replied" (Participant 9). However, all respondents emphasized the importance of having access to therapist support. (Asplund 2019)
- It was crucial for participants that the therapist possessed the professional skills to act on their good intentions from an expert position. The therapist was perceived as offering expert 'advice' and 'ways to overcome [depression]' (Laura, 17), telling you how to 'cope or deal with it' (Harper, 18). Jade (17) expressed that it was in her 'best interest' to take everything 'on board' and implement it into her life (Wilmots, 2020)

Thème : Modalités des interventions

Extraits qui appuient le constat 9

- For all participants, it was important that they had not been 'rushed' (Dave). (Amos, 2019)
- Not all participants felt they received sufficient time to talk, those who did, felt being able to sufficiently discuss topics within the sessions was an important part of therapy: There wasn't a point where I ever felt rushed or [...] or anything, so me personally I thought yeh. I were given plenty of time ... to discuss things (Dave) (Amos, 2019)
- Some participants felt that sessions were too brief and impeded their ability to explore issues through talk. (Amos, 2019)
- For John, the restraint on time within sessions interjected his 'journey' halting his ability to explore his problems: John: 'as you start talking, you start thinking and you can reflect, so you can go, you kind of go on a journey ...without the journey quite abruptly...kind of halted, and then waiting for the next time' Interviewer: 'so it was almost kind of halted?' John: 'I guess in the sense it felt a little bit like that, whereas with an hour, you definitely feel after an hour you've talked a lot, and you've explored a lot'. (Amos, 2019)
- Mark and Angeline felt that questionnaires took up time which could have been used to discuss how they had been since the last session. They were unable to explain to the therapist what was important from their perspective: I thought, that the amount of paperwork that I had to fill in, the circling the one to sevens, the one to fives... I found that it took up too much time for myself personally, and it didn't leave enough time, just... just for her to say, "well how have you been?" (Mark) (Amos, 2019)
- Some experienced the end of the treatment as abrupt: "It felt so empty when it was finished, because then there was nothing more... I missed it" (Participant 5). (Asplund, 2019)
- Three participants expressed a need for telephone or video support. When necessary. (Asplund, 2019)
- A majority expressed a need for extended treatment time, more frequent therapist support (when needed) and a follow-up or booster session (Asplund, 2019)
- All participants emphasized the importance of having access to therapist support. In line with previous research, participants found the intervention to be extensive and demanding and expressed the need for extended treatment time (Asplund, 2019)
- Eight participants stated that they would have spent more time on the program to maximize its full potential, if they would have had the time and energy. However, this was considered too extensive in relation to their capacity. Some also expressed the ambition to return to the program after the treatment was completed: "I think I did a good job, but if I would have had more energy, I can imagine I would have put even more time into the program." (Asplund, 2019)
- Four participants expressed disadvantages of ending the treatment and therapist support after ten weeks. They would have preferred a follow-up session and continued support to maintain positive change: "I probably would have needed a follow-up after a month or two, just to stay on track... I feel that I need help from someone kicking me in the butt by asking, how's it going for you, have you tried this, what's your thought about this ... it surely would have been helpful" (participant 8) (Asplund, 2019)

Thème : Modalités des interventions

- Wished for the “opportunity to extend to twenty weeks” (Participant 7). (Asplund, 2019)
- A large majority of responses appeared to be in reference to aspects of the workshops that they found beneficial (such as traps), but wanted more time spent on this, or more information or management techniques moving forward. (Howells, 2020)
- Other suggestions made by single clients included the use of fewer surveys, allowing more time for lesson completion, and placing less pressure on clients to complete lessons. (Hadjistavropoulos, 2020)
- ‘It would be great if this was longer and more in depth.’ (R24) (Wan Mohd Yunus, 2019)
- ‘Having the course spread out across a 6 week (one hour blocks) period was valuable as it gave me the opportunity to reflect on each of the pockets of learning.’ (R4) (Wan Mohd Yunus, 2019)
- How will I ever get all of this work done in just 7 weeks that I have left? [ID1599, harmful thought] (Chen, 2020)
- What's the matter with me that I have a hard time keeping up with the lessons in this program and not working on them as much as I should [ID1781, harmful thought] (Chen, 2020)
- Anyone else finding this program overwhelming. Today's lesson is good but difficult. [ID1596, status post] (Chen, 2020)
- I'm feeling overwhelmed too. The weekly/daily pressures are too fast-paced for me. I suppose the program needs a schedule but it doesn't take into account the actual pace and work of being depressed. I feel behind too. [ID1550, comment] (Chen, 2020)
- ‘You're coming into a group of people you don't know. You start to feel comfortable in about 2 to 3 weeks. I think you'd have to extend the program to allow for that. I mean, you've got to feel comfortable with the people in the room to start and speak...you know...what's really on your mind.’ (67y/o, male, CBT-Ip) (Sadler, 2020)
- Participants suggested future CBT-I programs could be improved by extending the length of treatment (e.g. from 8 sessions to 12 sessions). This could provide more opportunities to personalise cognitive and behavioural changes and strengthen their relapse prevention skills. (Sadler, 2020)
- ‘I think it could have been a bit longer because there were a few different concepts I couldn't quite grasp straight away.’ (86y/o, male, CBT-Ip) (Sadler, 2020)
- The time commitment required to engage (Amount of Work/Technical Issues), e.g. Some of the content was a little bit long. (Burke, 2019); the online, short-term nature of the programme as unsuitable for them (Burke, 2019)
- With regard to duration, there were an equal number of comments suggesting that sessions should be longer as comments suggesting they should be shorter. (Howells, 2020)
- As 1 participant said: I think it's nice to have apps that don't require you spending a lot of time on them in one go. You can just dip in and out of them for two or three minutes at a time. Female, Group 4 (Garrido, 2019)
- Some participants felt they were not as ‘severe’ as others (Mike) and as such the short number and duration of sessions was satisfactory. These participants also highlighted that the time assigned to therapy suited them personally, but may vary between others (Amos, 2019)

Thème : Modalités des interventions

- I think the course was just a few sessions too long the course could have been compacted and been more to the point of dealing with stress and managing our self-confidence'(R2) (Wan Mohd Yunus, 2019)

Extraits qui appuient le constat 10

- Workshop context Several participants mentioned positives related to the intervention being delivered in the context of a group. The codes identified were: 'Group discussion', 'Shared understanding and experiences' (Howells, 2020)
- Most of the positive feedback was related to the implementation of the interactive zones, which was the main adaptation made to allow engagement between participants and the webinar's presenter. This is encouraging, as this finding suggests that the application of a Web-based interaction platform through the webinar was well-received by the intervention participants. 'Interactive practices were engaging and the videos of examples helpful.' (R16) (Wan Mohd Yunus, 2019)
- Although the positive outcomes may be contributed to by intervention content, it is also important to highlight the group nature of the webinar. During each session, participants interacted with other participants, as well as the webinar presenter; this was especially the case during the interactive zones.
- 'No pressure to talk' and 'Group size'. A number of participants wrote about liking that the workshop setting allowed them to be open about their experience, without feeling pressured to talk or engage if they did not want to. (Howells, 2020)
- Most of the suggestions related to participants wanting increased focus on their own personal difficulties and the opportunity to have one-to-one discussions or to seek support for personal goals. (Howells, 2020)
- Many of the participants (10/11) described the treatment as a pleasant and social experience: 'I've enjoyed it, I think some of the time it was just meeting people as well' (Participant 8). (Sadler, 2020)
- Participants reported it was difficult to attend therapy sessions for a range of reasons, including (1) the initial symptom severity of their comorbid conditions (e.g. tiredness, amotivation, anxiety, pain), (2) the distance that some participants had to travel to attend the community mental health clinic, and (3) having to organise/depend on others for transport if the participant did not drive. For example, 'Distance was a problem, a lot of travelling to get here.' (68y/o, female, CBT-I) (Sadler, 2020)
- Participants also reported they felt understood and appreciated by their peers. « Everyone was so different...but I found we all had similar problems. I found because we are in a group there are people that are in the same boat as I am. I think that helped because I thought I was the only one. But apparently I wasn't...I found that was really good ». (Hall, 2020)

Thème : Modalités des interventions

Extraits qui appuient le constat 11

- An important feature of the webinar that emerged during the study was that it can be accessible without restricting geographical context. In this study, a participant reported attending a session from abroad during a 3-week holiday. Another participant also reported attending a session at home while on leave rather than at work. (Wan Mohd Yunus, 2019)
- “Being able to do it online and not have to talk with anyone face to face.” [user 2209] (Radomski, 2020)
- All of them stated that they would not have done the exercises that often without the app (Ebenfeld, 2020)
- The training without the mobile component was described as difficult to complete “because you just do not have the computer with you” as Joy stated. (Ebenfeld, 2020)
- I found it easier over the phone in my own time, in my own environment. It was a bit more relaxing that way. (Client 2) (Lawn, 2019)
- Other suggestions were that social forums would need to be highly moderated (Garrido, 2019)
- Others in the group argued that there was the potential to be given inaccurate advice. One participant said the following: Whoever is going on the app is going to get a lot of conflicting information. [Female, Group 2] (Garrido, 2019)
- However, others argued that the anonymity could give license to some users to use online forums in an unhelpful way: *People can be spreading negative energy towards other people. When people talk about depressing stuff it can make you depressed.* [Female, Group 2] (Garrido, 2019)
- ‘Make sure client has free time to do this.’ (R18) (Wan Mohd Yunus, 2019)
- Participants expressed empathy and provided encouragement to one another for the difficulties they experienced in life: *This is just a temporary setback (having to keep off your feet for most of the week). You can do it (lost weight) – don’t give up trying. Mind over matter!* [ID1816, comment] *Looks like you’re on top of the problem and are looking ahead of what comes next.* [ID1813, comment] (Chen, 2020)
- At the outset, participants expressed appreciation for and affirmed the contributions of others on the website: *This is a very good insight, [ID 1607]. Although I have not posted very frequently, I feel that you have been very courageous and open during this study.* [ID1596, comment]
Dear [ID 1781], I have been thinking about your post since last week but couldn’t put my feelings into words. Just wanted you to know that I admire your honesty and the courage that it must have taken to share this post. [ID1760, comment] (Chen, 2020)

Extraits qui appuient le constat 12

- Why were the follow-up emails and telephone calls not very helpful? (n=10) Anticipating the telephone coaching call was stressful (n=8) “I was self motivated so the emails just filled my inbox and the call was uncomfortable.” [user 4992] (Radomski, 2020)
- Adolescents described nervousness or discomfort around completing (or thinking about completing) the telephone coaching (Radomski, 2020)

Thème : Modalités des interventions

- Emails did not motivate program use (n=4) “Emails didn’t motivate me, made me want to ignore it even more.” [user 1191] (Radomski, 2020)
- E-mail contact was sometimes perceived as inconvenient, formal and limiting and telephone or video support was presented as a more relaxed and spontaneous alternative: “Sometimes it was difficult, yes, to ask a question by e-mail, I am used to dialog, so sometimes, I think, I really would have wanted to discuss things over the phone” (Participant 5) (Asplund, 2019)
- Several participants felt that despite the convenience of being able to access support on one’s phone, this was no substitute for face-to-face contact. (Garrido, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

Extraits qui appuient le constat 13

- Some of the apps considered in this study contained features that allowed social connection with others. Participants across the groups voiced a range of perspectives on this subject, pointing out both pros and cons of these features (Garrido, 2019)
- When you know that someone else shares the same feelings as you, you could maybe be supporting each other. [Female, Group 2] (Garrido, 2019)
- Over three-quarters of participants commented on the positive aspects of knowing that others experience depression too and that those people were able to get through problems using various coping strategies (n = 16). For example, in response to the question “What did you learn from this video?” one participant stated: “That I am not alone. - There are a lot of people that have similar issues and have had similar things happen to them in their lives. And they succeeded.” (Gaudiano, 2020)
- Different participants reacted in different ways to the various storytellers. In many cases, there were participants who really related to a particular storyteller (n = 14), often because the participant could relate to a particular similar life experience, such as having a parent with dementia, having gotten divorced, having a history of abuse, or interpersonal style. (Gaudiano, 2020)
- One participant said: “I just liked the fact that it was real people I could relate to in my area, and that they were so open and honest. And also that it was a variety of circumstances ... So I could relate” (4,162) (Gaudiano, 2020)
- For almost every storyteller with whom someone could not relate, others commented that that they could relate well to that storyteller. Two people commented that they liked that there were a variety of storytellers with different life experiences. (Gaudiano, 2020)
- “I think just knowing that I’m not alone with anxiety. Knowing that other people go through it and some people want to help makes me not feel so alone and helpless.” [user 215] (Radomski, 2020)
- The Reading Personal Stories (n = 3) category relates to a specific component of the intervention where individuals describe their experience of anxiety making reference to common symptoms, thoughts, behaviours and feelings, e.g. I liked reading and relating to the personal stories (Burke, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

- Normalization involved therapists educating clients about mental health generally. This allowed them to feel that others may have problems in common and improved their ability to talk about mental health issues:
- First of all just talking to someone I think, initially, is...erm, helpful, you know, feeling. . knowing that ... it's not, you know... err unusual what you're doing (Mike) (Amos, 2019)
- Dave: 'She (the therapist) made me feel as though I wasn't on my own like, I wasn't...' Interviewer: Right Dave: 'you know, there are a lot more people that are in my situation sort of thing ...' (Amos, 2019)
- It was important that clients felt that others experienced similar problems that their problems were not 'unusual'. This process of normalization counteracted participants initial stigmas, resulting in them becoming less embarrassed about their condition (Amos, 2019)
- Others in the group argued that there was the potential to be given inaccurate advice. One participant said the following: Whoever is going on the app is going to get a lot of conflicting information. [Female, Group 2] (Garrido, 2019)
- Similar viewpoints were expressed in other groups, such as this statement: I don't necessarily just want to speak to 'randos' who are in the same position as me. I don't really see how that would be productive. [Female, Group 3] (Garrido, 2019)
- However, others argued that the anonymity could give license to some users to use online forums in an unhelpful way: People can be spreading negative energy towards other people. When people talk about depressing stuff it can make you depressed. [Female, Group 2] (Garrido, 2019)
- As another pointed out: I think the best place for someone who is an absolute psychopath to push people over the edge would be a mental health app where a bunch of mentally ill people are trying to get help from strangers. [Female, Group 3] (Garrido, 2019)
- At the same time, participants commented on difficulty relating to storytellers (n = 6) with different life experiences, such as having problems with anger, being abused as a child, or having a substance use history. (Gaudio, 2020)
- For almost every storyteller with whom someone could not relate, others commented that that they could relate well to that storyteller. Two people commented that they liked that there were a variety of storytellers with different life experiences. (Gaudio, 2020)
- Eleven participants in this category alluded to unhelpful course material (Content/Form) such as the personal stories not resonating with them, or to the online, short-term nature of the program as unsuitable for them. (Burke, 2019)
- I just find it hard to start certain activities because the examples available, though still helpful, are not really like my problems or anxiety (Burke, 2019)
- Four participants reported feeling isolated through their engagement with the program, e.g. The examples available, are not really like my problems or anxiety. It kind of makes me feel a bit more alone as no one seems to feel the same things I do. (Burke, 2019)
- Events making participants feel as though they are unsupported throughout their participation in the course, and feeling isolated as though they are experiencing symptoms that are not commonly experienced by others (Burke, 2019)
- In some cases, the shared experiences were related to difficulties with the intervention. One participant expressing feelings of frustration with the program can lead to others sharing similar feelings. (Chen, 2020)

Thème : Perception des effets des interventions

- “I like to do things independently and I find it difficult to interact with strangers.” [user 1447] (Radomski, 2020)

Extraits qui appuient le constat 14

- Developing a deeper attitude of acceptance was the final positive theme that emerged from the groups. Several participants made statements that demonstrated a greater sense of acceptance about their mental health. ‘I find I am more at peace now because I think what they (cotherapists) taught us is very calming. I am very short fused...and I’m not like that anymore. I think of things now before I do my lolly (laughter). I don’t know...I have learned to accept.’ (77y/o, female, CBT-I) (Sadler, 2020)
- This notion of re-discovering a self that had been lost during depression was shared by Laura (17) who expressed ‘I’m more like I was before last year’ – before the onset of her depression. (Wilmots, 2020)
- Jade felt that she had completely lost her identity amidst her depression. Yet, through experiencing a positive therapeutic relationship Jade commented: ‘I felt liberated, I felt like myself again’(Wilmots, 2020)
- A self’reborn’ Several adolescents explained how their therapist facilitated a positive process of self development, which manifested itself differently across the sample. Maddison (17) discussed how planning activities with her therapist encouraged her to be ‘more sociable’, getting her ‘back to the person I was before’. (Wilmots, 2020)
- Adolescents described grappling to understand what they were experiencing and why. Facilitated by the therapist’s professional knowledge and skills, several adolescents developed an awareness of how their feelings, thoughts and behaviours interacted with one another; subsequently creating and influencing their depressive experiences. It helps you see like how you were like behaving and thoughts are linked to how you feel . . . and how to.. .like change one that it changes all the others. (Laura, 17) (Wilmots, 2020)
- Furthermore, Jade (17) expressed that her therapist ‘made me feel more comfortable with who I am’, helping her to ‘love and appreciate’ her personal qualities, as well as driving a powerful development of her identity (Wilmots, 2020)
- Increased self-awareness. Service users and care providers also perceived that the tool helped them reflect and better evaluate their current situation. For certain people, it also became an aid to communicate more effectively with their care providers. (Houle, 2019)
- The tool helped me gain awareness of my situation and gave me the vocabulary to express my feelings and explain my situation. To gain awareness of my person, to redefine my priorities and to take action.– (Service user, male, 29) (Houle, 2019)
- Consistent with material introduced in Episode 2, participants identified the importance of identifying values and living a life consistent with values (n = 6). For example, a participant stated: “Live a life that you can be proud of. Live intentionally I felt guilty smoking weed, [...] you know what I mean? So, then let's find another way, let's find a way that doesn't make you feel guilty, and that stood out for me. That was huge for me I'm not smoking weed anymore” (4,268) (Gaudiano, 2020)
- Six participants described that the work-focused material made them reflect about their work: “It became clear to me what I was missing in my workplace; what I got too little of and what I had too much of.” (Participant 9) (Asplund, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

- the section on psychoeducation had given them deeper knowledge about physical and mental symptoms of stress and burnout and how they could manage these through behavioral change: “There was a lot of information about stress, what was happening in the body and so on, I think... it was a essential to understand what stress actually is and how it affects our behaviors and symptoms” (Participant 9) (Asplund, 2019)
- Insights Several participants described that the treatment gave rise to new insights, in both life and at work. For example, four participants stated that they now understood how much stress affected their life and the exercises on valued living and life balance brought them deeper understanding of the need for change. (Asplund, 2019)
- Six participants found it useful to reflect on their work situation. For example, one participant expressed it as, “Previously I worked alone... it was the most fun job I've ever had as a nurse... I was well-liked, it was fantastic... but I realized that this loneliness didn't work for me, I hadn't realized that before” (Participant 3) (Asplund, 2019)
- Seventeen participants reported developing an Awareness of the influences of anxiety, an Insight into recognizing their own anxiety or clarification of aspects of anxiety that might previously have been ambiguous to them, e.g. It made me focus on my own situation and think about everything I had just read and how it related to me (Burke, 2019)
- Twelve participants reported feeling Reassured, or gaining a sense of Relief, e.g. It was reassuring to see some events/feelings outlined in the cycle of anxiety that I thought were exclusive to me (Burke, 2019)
- Five interviewees reported that they liked the visual representation of the daily summaries and that it helped them to become more aware of their course of panic attacks. One said “that the perception of an anxiety attack is quite different at the moment while it happens and afterwards” and another one stated “retrospectively, I realized that nothing frightening would really happen”. (Ebenfeld, 2020)
- Many participants reported that the workshops had improved their knowledge in some way, including increasing self-understanding, learning new ways to cope and having a greater understanding of psychology in general. (Howells, 2020)
- Therapy made patients see certain connections between previously diffused elements in their lives, and offered patients with an overview, typically for recovered patients, both in CBT and PDT. For instance, patients learned to see connections between their past and current problems (typically in PDT). Like one patient said: “The therapist basically helps you make the connections.” Problems were visualized and outlined, and a more coherent story was built. In CBT this visualization was often made explicit via the use of schematic overviews. (De Smet, 2020)
- A major theme surrounding program enjoyment related to respondents learning about anxiety and the new coping strategies or techniques to help them manage their worries. (Radomski, 2020)
- I made connections and understood why I worry. Here, clients' (four MI-CBT and two CBT clients) accounts detailed confirmations of expectations that therapy would provide insight into their worry (e.g., receiving psychoeducation regarding worry, becoming “more conscious” of worry, understanding personal triggers). (Button, 2019)
- For example, Client 6 (MI-CBT) stated Critically looking at yourself and recognizing when you're doing it. That was something I had trouble doing before because I would just be anxious and have no idea why. Meanwhile, I had been telling myself all these awful things and then that, obviously, would lead to an awful feeling. (Button, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

- For example, Client 9 (MI-CBT) stated: : It was like learning about it [the worry], talking about it, and getting at, “okay, what are some of the really deep roots of the worry?” (Button, 2019)
- Patients stated that the therapist challenged them (e.g., certain preconceptions), which was deemed helpful to realize certain aspects of themselves that they had been unaware of. In that sense, the therapist and therapy were considered necessary to reveal one’s blind spots. (De Smet, 2020)
- "Another confrontation I received was like the sixth or seventh time [session] uhm, I sat there like very closed off, [answering] the therapist’s questions. And she [said] I was not giving freedom to the process to find something else than the things I already knew. (Patient 5; PDT; Recovered)" (De Smet, 2020)
- Two more specific processes were described, predominantly in the recovered sample and in rare cases by patients who improved. First, therapy typically presented recovered patients with a confronting mirror, generally mentioned in PDT and variably in CBT. (De Smet, 2020)
- Two participants described that they felt sad when they realized the priorities they had made: “I remember that when I saw the result, it was like a punch in the face. It was probably the hardest part of all, just that.” (Participant 1) (Asplund, 2019)

Extraits qui appuient le constat 15

- Several participants reported that the one thing they liked most about the workshops was the impact or change they had caused. Two codes were identified: ‘Impact on knowledge’ and ‘Impact on motivation to change’. (Howells, 2020)
- Therapists empowered these adolescents to regain control over their experiences, and the participants felt that the therapists provided them with a toolkit that they could utilize if depressive feelings re-occurred (Wilmots, 2020)
- The exercises on valued living and life balance brought them deeper understanding of the need for change. (Asplund, 2019)
- A majority of respondents commented on the need for re-prioritizing their life situation and that behavioral changes should be seen as an ongoing process (Asplund, 2019)
- “I think this is a work in progress... because you want to feel good, and just like someone who works with a physical demanding job has to work out in a gym in order to cope with their work, I who... have a mentally demanding job... maybe have to work out my brain.” (Participant 3). (Asplund, 2019)
- Because of their engagement with the course, seven participants reported instances of feeling ‘in control’ of their anxiety through Self-Efficacy/Empowerment and having the ability to manage the issues they are experiencing because of their anxiety, e.g. I feel a little less out of control. (Burke, 2019)
- Taking action through self-management strategies. Many service users and care providers said that the tool created momentum to initiate certain strategies that they had chosen through the tool. (Houle, 2019)
- It put me in action. For example, I already enrolled in a yoga class, but I had not necessarily thought about doing that [before using the tool]. (Service user, female, 22) (Houle, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

- Realization of the active role one plays in the recovery process. Many service users and care providers reported that the tool highlighted the active role that a person plays in his or her own recovery. In line with patient-centered principles, Getting better my way seems to enhance people's sense of control over their recovery (Houle, 2019)
- It seems like before, I was not well equipped to know what are the good questions to ask myself or the good things to do... With this [the tool], it gives me avenues, this is what I have to think about to get better. (Service user, female, 51) (Houle, 2019)
- It also gave me the courage to do something. It's to not be shy to talk about it with people around me. To certain people that I have appreciated for a long time. (Service user, male, 63) (Houle, 2019)
- I am more in control. Here, four MI-CBT clients and one CBT client described developing new ways of interacting with their worry that emphasized a sense of control. Whereas clients expected to stop worrying, the process of how they regained control of their worries surprised them. (Button, 2019)
- For example, Client 6 (MI-CBT) indicated, "I figured ...I would have to stop some of my worries. How I would be doing that, I didn't fore see...like thinking about them more critically, not just giving them up. Like does this make sense why am I doing it?" (Button, 2019)
- Client accounts included surprise regarding being the active agent of change, with ownership over the changes they experienced in therapy (i.e., developing a sense of inner control and confidence) (Button, 2019)
- Four MI-CBT clients and one CBT client initially anticipated receiving and following instructions in order to change. However, clients described that, unexpectedly, they developed a sense of self-efficacy and belief that they could manage their worries on their own. (Button, 2019)
- For instance, "I actually came to the conclusion and I told her myself, 'Well, obviously my life is not over. I can go into another thing.' And she supported that. Before, I would just flip out, start hyperventilating, and just crying" (Client 8, MI-CBT). (Button, 2019)
- Three MI-CBT clients and one CBT client revealed initial concerns regarding change; however, they described that, unexpectedly, treatment was more of a "gradual process" that dispelled feelings of discomfort. (Button, 2019)
- As well, Client 9 (MI-CBT) said, "This was the first therapy where I felt during and afterwards that I could handle things on my own. Before... it was like I really needed that therapist...So it [therapy] enabled me to be more self-sufficient ...I mean, that was surprising." (...) "the first two steps prepared me to be more able to deal with things on my own, and then doing the worry logs really gave me the tools to be able to do things on my own." (Button, 2019)
- Change as continuous Change was described as a journey that starts once therapy begins (John, Julie, Dave), but does not necessarily end when therapy ends. John, who had a previous life-changing therapeutic experience and had relapsed, conceptualized his current therapy as a 'refresher'. He was not starting anew: I guess it wasn't as grandiose, as the previous time. [...]as in, you know, just a bit of fill up on the motorway services thing, so it wasn't really, it didn't really have a major impact it's just necessary to remember the journey you're on (John). This metaphor of journey is extended by Julie below: You know it's kind of like I'm on the road now, I don't want to come off it (Julie) (Amos, 2019)
- Most participants felt that change was a gradual and incremental process, where each session lead to an improvement: It's like a weight being lifted of your shoulders, it's like a little bit lifted, and it was little bits at a time, each and every time (Julie) When talking about his increased ability to deal with new challenges and to reduce his 'over-thinking', Dave explains that the feeling of change did not 'click'. He was able to acknowledge his

Thème : Perception des effets des interventions

change in retrospect but he was not focally aware of a point when change had happened: It wasn't like a eureka moment, there wasn't a moment where it just like clicked (Dave) Participants felt change was something to be worked on, which took effort to maintain as there was no 'instant fix' (Mike) (Amos, 2019)

- In relation to Mood Mission, several participants like the ideas of missions or objectives, stating: I feel like achievements would be good if it was there because it kind of motivates you. Female, Group 2 (Garrido, 2019)
- Realization of the active role one plays in the recovery process. Many service users and care providers reported that the tool highlighted the active role that a person plays in his or her own recovery. In line with patient-centered principles, Getting better my way seems to enhance people's sense of control over their recovery. (...) It seems like before, I was not well equipped to know what are the good questions to ask myself or the good things to do... With this[the tool], it gives me avenues, this is what I have to think about to get better. (Service user, female, 51) (Lawn, 2019)
- Some of the tasks didn't click for me. Here, clients attributed the lack of progress to the tasks, aspects, or demands of therapy. Two MI-CBT and four CBT clients contributed to this subcategory. For example, There's so much to do and sometimes it [behavioral experiments] became a task on top of my other tasks ...So it was hard for me and then I'd worry about not doing it so it became almost like another school task. (Client 3, CBT) (Button, 2019)
- This opinion prompted other participants in the group to agree on the need for clarity and simplicity in both the esthetic and the content. In fact, as stated by another participant in that group, an overly complex design could add to a user's sense of anxiety (Garrido, 2019)
- Some apps that can be really busy can be really anxious. Especially a mental health app, being really clean cut it's just calming and good to look at it and it just pleases you. It kind of clears you. It's like, "Everything's in order and it's great." Female, Group 3 (Garrido, 2019)
- Participants in Group 4, for example, shared differing perspectives on the use of notifications, with 1 female and 1 male participant agreeing that they liked reminders and notifications to keep them engaged with an app, while another male participant stated that he always opted to turn them off. (Garrido, 2019)
- Participants from other groups similarly stated: If it's daily it can become a chore. It just off puts people and mitigates the effects. [Male, Group 1] (Garrido, 2019)
- One participant argued: I think all these apps, they can get unhealthy when people use them as a crutch and they get addicted to them instead of getting proper health mental health will be deteriorating but they won't really care because they'll be like, "as long as I'm using this app I'm fine." They won't go out and talk to someone. They won't get help and will just use it as a crutch. Female, Group 1 (Garrido, 2019)
- However, others stated: It could be helpful but at the same time you wouldn't want it to remind you constantly that you have to do this or that. What if there are days where you just can't be bothered? Female, Group 1 (Garrido, 2019)
- This opinion was echoed by several participants who argued that when a user is lacking in motivation and energy because of depression, the concept of missions could be overwhelming. Thus, it was suggested that it would be best to make the use of missions or objectives Optional so that if you want it you can use it. If you don't want to, no problem. Male, Group 1 (Garrido, 2019)
- Another indicated that notifications could even be a source of anxiety saying: It shouldn't bother you. It should never pester you. It's meant to stop anxiety, not increase it. [Female, Group 3] (Garrido, 2019)

Thème : Perception des effets des interventions

- Six participants reported feeling an increased level of Anxiety because of their participation, for example due to monitoring and recording their anxiety or technical administration, e.g. Anxiety triggered whenever I saw I had a [program name] email (Burke, 2019)
- This first category captured instances of frustration and irritation seven participants felt while completing the course, e.g. I found much of the advice impossible to achieve with a student lifestyle, hours at college and a house full of students. (Burke, 2019)
- Technical Difficulties Leading to Self-Doubts. Participants experienced various difficulties in working with the MoodTech intervention. (Chen, 2020)
- The program confuses me and adds to my litany of reasons I think I am a dunce! [ID1523, comment] (Chen, 2020)
- I think the software challenges on site make several of us feel like dummies and that is no help to alleviate depression. [ID1607, harmful thought] (Chen, 2020)
- Adolescents described nervousness or discomfort around completing (or thinking about completing) the telephone coaching call after session 1, limited time or forgetting to complete the sessions and homework activities (Try Outs), and difficulty in understanding the instructions for planned exposure activities (the worry ladder), including breaking down the anxious situation they wanted to overcome.(Radomski, 2020)
- Anticipating the telephone coaching call was stressful (n=8) Emails did not motivate program use (n=4) Lack of comfort during the telephone coaching call (n=3) (Radomski, 2020)

Extraits qui appuient le constat 16

- Talking as beneficial. Most participants described talking as the most important feature of therapy. The simple act of talking seemed to provide great benefit: Just the very act of talking seems to work for me (John) (Amos, 2019)
- For Judith, talking gave her temporary release from problems that burdened her. (Amos, 2019)
- Like John, sharing problems and being listened to was enough to derive a benefit. (Amos, 2019)
- For Mike and John, it was useful talking to a therapist because, unlike relationships with family members, the therapeutic relationship required minimal self-censorship, without altering pre-existing relationships: If you are talking to a family member or something like that, there is always those preconditions, you've got and you always, whereas in a sense if it's a stranger [.. .] you have the ability to just, say what you're thinking in a non-judgemental way, and I think, I think that's really useful. ('John') (Amos, 2019)
- During their depression, many adolescents described not having someone to talk to. Thus, the novel opportunity of feeling able to 'kind of let everything out' (Maddison, 14) (Wilmots, 2020)
- 'Not keep it all bottled up' (Laura, 17) offered catharsis. (Wilmots, 2020)
- One patient describes gaining insight as follows: I think especially by actually talking about things, which I don't normally do. I typically form an idea in my head and keep on repeating it in my head, yet never say it out loud. And now, by doing precisely that, I start thinking about it in a different way. (Patient C; PDT; Improved) (De Smet, 2020)

Thème : Perception des effets des interventions

- Talking leads to catharsis and gives support. Attention was drawn to the importance of the simple act of talking during therapy, typically mentioned by patients who recovered and variably by patients who improved. Recovered patients stated that, through talking in therapy, Pandora's box was opened, emotions were set free and patients felt relieved. This effect of therapy was generally mentioned by patients in PDT and variably by those in CBT. (De Smet, 2020)
- Apart from the relieving effect, improved patients also stated that talking in therapy gave them support (i.e., mentioned variably), for instance, therapy was valued in terms of "finally" having the opportunity and space to talk freely (cf., unique position of the therapist) (De Smet, 2020)
- "It was important just to have someone to talk about it with every week, a sort of sounding board." (Patient F; PDT; Improved) (De Smet, 2020)
- Providing a safe and comfortable outlet. Here, five MI-CBT and four CBT clients recounted being pleasantly surprised that they could disclose openly and authentically, and feel "safe" in therapy as depicted by the following example: "It helped a lot. Having someone sitting down and writing, because a lot of the things...are very personal and at this point she knew everything about it where I wouldn't be comfortable talking to someone else about that" (Client 3, CBT) (Button, 2019)
- Learning I'm not emotionally responsible. Three MI-CBT and two CBT clients expected to hold back or censor what they shared with their therapist, and were pleasantly surprised when they were able to freely discuss their concerns, relinquishing a "sense of responsibility." For example, "It was nice to have that third party that I didn't feel emotionally responsible for, that was able to give a third person perspective on things. That was refreshing to not have to feel the need to protect that person" (Client 7, MI-CBT) (Button, 2019)
- "At some point they [friends] care about you so much...you see that you're disturbing them. So you end up feeling as though you have to hold off. Well I didn't feel like that here...that was really important" (Client 10, MI-CBT) (Button, 2019)
- It was this process of talking and being listened to that was most important: Even if you were somebody I'd never met before, and you were off the street and you had no skills about what you were doing [...] even though you're just listening and paying attention, and asking me little questions ... that is brilliant, that is ... is, is where I get my help ('Mark') (Amos, 2019)

Thème : améliorations proposées aux interventions

Extraits qui appuient le constat 17

- 'A simplified visualization with bar charts would be preferable' (Ebenfeld, 2020)
- "it would be great if you would open the app and automatically see the exercises concerning module 3" (Joe). (Ebenfeld, 2020)
- Four participants expressed that their stress-related difficulties, with symptoms of both emotional and physical fatigue and cognitive disturbances, made it difficult to utilize some of the material: "Sometimes I had to read a section several times to understand, and it was not because they were badly written, it was just because I didn't manage to concentrate" (Participant 1). Accordingly, several participants expressed that, in future development,

Thème : améliorations proposées aux interventions

more consideration should be taken to severe symptom of stress and burnout, (e.g. fatigue and cognitive disturbances). For example, examine the feasibility of reducing sessions to a length that does not drain the participants' resources. (Asplund, 2019)

- As a strategy, not being overwhelmed by the extent of the program, many participants reported that they chose to focus on the most relevant sections: “It was like a large smorgasbord and I choose to work with those sections most central to me” (Participant 8). (Asplund, 2019)
- Eight participants stated that they would have spent more time on the program to maximize its full potential, if they would have had the time and energy. However, this was considered too extensive in relation to their capacity. Some also expressed the ambition to return to the program after the treatment was completed: “I think I did a good job, but if I would have had more energy, I can imagine I would have put even more time into the program.” (Participant 5). (Asplund, 2019)
- This participant also suggested a more smartphone-friendly version (Asplund, 2019)
- Participants in both programs also made recommendations to improve mainly the technical aspects of program delivery. For example, “Move goal setting first and skip the intro” for the ACBT program, and “Add pause button” for the CCBT group. (Morthland, 2019)
- Employees made suggestions about (...) course layout or aesthetics (eg, font color, bookmarking function in lessons, and audio on slides). (Hadjistavropoulos, 2020)
- Other suggestions made by single clients included the use of fewer surveys (Hadjistavropoulos, 2020)
- What’s Up? was one app which participants agreed contained too much information. The dominant perspective in Group 1, for example, was the following: I wouldn’t recommend someone who’s worried to look at this app. It’s just too much information bombarded at them. Female, Group 1. (Garrido, 2019)
- Apps that contained a lot of information or reading received a negative response from participants. (Garrido, 2019)
- For example, 1 participant said the following about Mood Mission: If I was to download this and all of this came up, I’d be like, ‘Oh my god’ and then – because as I’m looking at it right now it’s giving me a headache. Female, Group 1 (Garrido, 2019)
- Similarly, 1 participant said the following in relation to Mindshift: There’s too much information. I feel like it tells you ‘Do this, do this, do this, do this’, but it’s not giving you suggestions on how to get to that. Female, Group 2 (Garrido, 2019)
- Others agreed that apps should be targeted in their focus and should not have too many features. One participant said the following: If you have a mental health app that is also playing music, that is also telling you to exercise, there’s like a very small amount of people who will want all those three things in one app. [Female, Group 1] (Garrido, 2019)
- Simplicity was another crosscutting theme that appeared in multiples discussions. Participants across the groups were in consensus about the fact that the apps needed to be easy to access and navigate. (Garrido, 2019)
- As 1 participant said: If it’s too difficult to use an app, I would just uninstall it. There’s just so many apps now that if it’s too difficult I’ll just find another one. [Male, Group 4] (Garrido, 2019)

Thème : améliorations proposées aux interventions

- Aesthetically, simplicity was important to users as well. In relation to Music eScape, a participant said the following: I like that it's very minimal as well. It's colourful but it's still simple Female, Group 1 (Garrido, 2019)
- Headspace was another app which garnered positive comments about the design across the groups. As a participant said in relation to Headspace: There's a very specific aesthetic that I enjoy and it's that very clean, simplistic, almost IKEA-ish look. Female, Group 3 (Garrido, 2019)
- "The boxes were small and it was hard to read all of the text." [user 1483] (Radomski, 2020)
- "Reading the format was hard to follow." [user 1006] (Radomski, 2020)
- Session content Participants gave a number of suggestions for improvements to session content. Codes included: 'More help managing emotions', 'More coping strategies' and 'More work on psychological traps'. (Howells 2020)
- A large majority of responses appeared to be in reference to aspects of the workshops that they found beneficial (such as traps), but wanted more time spent on this, or more information or management techniques moving forward. (Howells 2020)
- Employees made suggestions about lesson content (eg, more psychoeducation and more client stories) (Hadjistavropoulos, 2020)
- For instance, CBT was experienced as too superficial (e.g., only focused on the present), PDT was seen as offering too little guidance (e.g., missing concrete tools) or overall, sessions were experienced as being too short, too repetitive or "just talking" (De Smet, 2020)
- Participants agreed that app materials needed to be carefully worded to gain credibility with users. When materials were perceived as unoriginal or clichéd, containing too much information that was readily available elsewhere, this was off-putting to participants. For example, participants in Groups 1, 2, and 4 felt that the content of Mood Mission did not provide anything unique. As 1 participant stated: The gist of relaxing, focusing and just breathing deeply is in almost every other meditation, so you don't really need another one. Common knowledge basically. [Male, Group 1] (Garrido, 2019)
- Another participant from the same group similarly said about Mindshift: A quick Google search would probably bring up all of this and more and you don't have to download the app. [Male, Group 1] (Garrido, 2019)
- For others, it was the use of language that they perceived as clichéd that was unappealing. When speaking about Headspace, 1 participant said the following: It can get irritating because it just falls back on the whole cliché thing. I don't like them using euphemisms when it comes to mental health. [Female, Group 1] (Garrido, 2019)
- The program confuses me and adds to my litany of reasons I think I am a dunce! [ID1523, comment] (...) I can't get my thoughts together; I'm getting worse. [ID1885, harmful thought] (Chen, 2020)

Extraits qui appuient le constat 18

- Two participants wished that the program had contained more movies and audio files, in order to facilitate learning and variation: "It could have been a little easier and varied, instead of having a lot of text" (Asplund, 2019)
- Multi-dimensional learning It was also suggested that CBT-I programs could be improved by utilizing a variety of learning methods. Instead of primarily focusing on completing traditional handwritten worksheets during therapy, participants suggested applying multi-dimensional learning methods (e.g.

Thème : améliorations proposées aux interventions

videos and/or audio clips of implementing strategies; use of senior mentors during a group) could cater to everyone's learning needs and strengths. This could make the therapeutic experience easier to comprehend and increase the application of CBT-I interventions. One participant reported, 'Perhaps a video to show at the groups would make a big difference. One of the things that stuck in my mind, always, was when I was in the army. They showed us two films in our training...they've always been in my mind...it's never left my mind. Some people are auditory, and some are visual.' (70y/o, male, CBT-I) (Sadler, 2020)

- Multi-modal delivery options Although participants greatly benefitted from participating in the CBT-I group therapy format, offering a range of therapeutic modalities (e.g. individualised, internet-based, telephone) could potentially enhance the personalized experience of treatment. Participants' stated, 'I really valued the one-on-one time I got early on when I was upset...that helped me come to the group.' (72y/o, female, CBT-I) (Sadler, 2020)
- 'I think it would be beneficial to have some phone review sessions...if that could be organised, that would be good.' (79y/o, female, CBT-I) (Sadler, 2020)
- One participant stated: "But when you have the clinicians on, there's nothing bad about that, but I think everybody recoils a little bit from the clinical tone ... But then you jump into the stories and you go, okay, this is a lot easier for me and it's no longer abstract" (4,171) (Gaudio, 2020)
- A number of participants across the groups liked the concept of using music to manage their mood: I'm a music person so one hundred percent I would definitely use that. [Female, Group 1] (Garrido, 2019)
- Further, Sarah shared her thoughts on how therapy could have been executed differently. For instance, she could have made 'notes and everything on the computer' making it more fun, or she suggested she could 'draw' her emotions as she sometimes found talking difficult. (Wilmots, 2020)
- Interaction of app and online training One part of the interview focused on the integration of the app and the browser-based training part into a hybrid online training format. All participants said that the combination of both was overall coherent and very motivational. (Ebenfeld, 2020)

Extraits qui appuient le constat 19

- Theme C. Style of delivery Several participants commented with suggestions for improving how the workshops were delivered. Codes included: 'Changes to materials', 'Changes to style of activities', 'More person-centred focus' and 'More discussion/interaction'. Most of the suggestions related to participants wanting increased focus on their own personal difficulties and the opportunity to have one-to-one discussions or to seek support for personal goals. (Howells, 2020)
- There were also several participants who suggested improvements specifically related to certain populations. For example, 'more focus on teenagers/young people' or 'some could benefit from autism-related sessions' (Howells, 2020)
- The one negative comment about the ACBT program was that "scenes could be more applicable to older adults." (Morthland, 2019)
- Clients in the MI-CBT group predominantly contributed disconfirmed expectations about the process of therapy being "concrete" and "rigid" (90% of meaning units). Instead, clients reported being pleasantly surprised that therapy was "flexible," "fluid," and "geared towards me." (Button, 2019)
- One participant spoke about how he believed it might be a lack of training which was responsible for a rigid impression. 'it still is routine, like now we're going to go to this page and we're going to do this and you're going to this, and if it didn't necessarily work I felt that sometimes they didn't know what

Thème : améliorations proposées aux interventions

to say necessarily, do you know what I mean? ...I think they did everything they're kind of trained to do, everything they knew how to do.' (Participant 2, completed treatment (Rushton, 2020)

- However, in contrast was the unclear or sometimes disappointing effect of therapy, therapists were not always able to meet patients' needs (rarely mentioned by recovered patients; variably the case for improved patients). For instance, one patient said the therapist came across as inexperienced: "It was like she did not always know what to do with me." (De Smet, 2020)
- By contrast, Sarah experienced her therapist's use of an agenda as 'weird because you would expect just to go and talk [and] not have an agenda, and what you're gonna talk about cause you don't know'. The structure she experienced left little room for spontaneous discussion, increasing her resistance to share. Comparatively, in previous counselling Sarah 'didn't have to bottle it all up' as there was no agenda and 'you can talk more freely', further suggesting that a therapist permitting flexible conversation was preferable for this participant. (Wilmots, 2020)
- Sarah experiencing her therapist as failing to recognize her preferences and needs. It didn't help cause he was setting me homework (. . .) I was finding it hard to do my homework and everything. And he was like just setting me homework, yet I can't even do my school work. (Sarah) (Wilmots, 2020)
- The importance of feeling listened to was evident in Sarah's (16) comments: He would be like listening, but not listening if you get what I mean (. . .)it was like he was tryin' to force me to say something that I din wanna say (...) I don't like it when people try and put words in my mouth. Especially when...erm...it's not the right word. (Sarah) (Wilmots, 2020)
- It was important that participants felt that the therapist was engaged with what they were saying and responding to them accordingly. (...) Personal therapeutic approach Therapy was perceived as beneficial when therapists seemed actively attentive to clients and their circumstances. It was important that the interaction was 'personal' (Dave, Julie, Mike, Mark) Non-personal therapeutic approach Some participants felt that they did not connect with their therapist. These participants felt therapists were working according to set protocols opposed to a genuine desire to help: it did feel a bit, bit more as part of a process this time round, as opposed to, wanting to help. (John) (Amos, 2019)
- Although some adolescents described the call as a positive experience, others considered it *stressful* because they did not know the coach, and some adolescents described avoiding and delaying the call. This mixed response to coach involvement suggests that *how* support is provided is a key aspect of program delivery and the user experience. (Radomski, 2020)
- Not everybody fits a particular, like, model approach really, and you can adapt them, but also it's just being careful to listen to the... Client really (Sarah) Perceiving therapists as working according to a process was interpreted as lacking adaptation to clients as individuals. This leads to Sarah and John feeling as though they were not listened to. (Amos, 2019)
- Support was perceived as individualized with a deep understanding of their situation: "She was super at grasping" (Asplund, 2019)
- Others said that having a customizable appearance, with changeable skins or color schemes would make the app feel more personal. (...) Personalised is always best because what works for this person may definitely not work for this person as well. (Female, Group 1) (...) When you first start to use the app it could give you a bunch of stuff and be like, "Okay, how do you feel about this? How do you feel about that?" and then personalize your experience based on that. (Female, Group 2) (Garrido, 2019)

ANNEXE D – MISE À JOUR DE LA LITTÉRATURE

Une mise à jour de la littérature a été effectuée couvrant les publications parues depuis le début des travaux, de juillet 2020 à février 2022. La stratégie documentaire a généré 5 450 titres et résumés. Cette banque a été triée à l'aide de mots-clés afin d'identifier les études portant sur les adolescents, les personnes âgées et les interventions d'approches théoriques autres que cognitivo-comportementales. Les notices repérées suggèrent que les études publiées récemment présentent une plus grande diversité d'interventions que celles repérées en 2019-2020. Elles ont également l'avantage de documenter l'efficacité des interventions numériques dans un contexte pandémique.

Le résumé ciblé présenté ici est basé sur les titres et résumés seulement. Parmi les notices repérées, plusieurs portant sur des populations et interventions d'intérêt ont été exclues parce qu'il s'agissait d'études pilotes sans groupe contrôle ou comptant moins de 20 sujets dans chaque groupe au moment de la randomisation. Il est possible que d'autres études incluses dans le résumé auraient été exclues à défaut de rencontrer les critères de sélection si elles avaient fait l'objet d'une lecture complète.

Ce résumé est présenté uniquement à titre informatif afin de donner un aperçu plus récent des éléments couverts de façon plus limitée dans la synthèse des connaissances, à savoir sur les interventions autres que cognitivo-comportementales réalisées auprès d'adultes ainsi que sur les interventions réalisées auprès d'adolescents et personnes âgées.

Interventions autres que cognitivo-comportementales réalisées auprès d'adultes

Cinq études réalisées auprès d'adultes portant sur des interventions autres que cognitivo-comportementales ont été repérées sur la base des titres et résumés. Ces études portent sur une thérapie centrée sur la personne [Barkham *et al.*, 2021], basée sur la psychologie positive [Furchtlehner *et al.*, 2020], des interventions de musicothérapie [Eyuboglu *et al.*, 2021; Simpson *et al.*, 2021] et du yoga [Simon *et al.*, 2021].

Intervention centrée sur la personne : Dans l'étude de Barkham [2021], une thérapie expérientielle centrée sur la personne a été comparée une intervention cognitivo-comportementale dans le cadre du programme anglais IAPT. Ces interventions ont été offertes à des adultes âgées de 18 ans et plus présentant une dépression modérée à sévère. Les personnes ont reçu entre 4 et 20 séances d'interventions. Les résultats au suivi de 6 mois indiquent que l'intervention centrée sur la personne entraîne une diminution similaire des symptômes de dépression que la TCC.

Intervention basée sur la psychologie positive : Dans l'étude de Furchtlehner [2020], cette intervention a été comparée à une intervention cognitivo-comportementale. Les deux interventions sont manualisées et ont été offertes en groupe à des adultes présentant un trouble dépressif (n = 92). Les auteurs rapportent une diminution modérée à forte des symptômes de dépression dans les deux groupes bien que plus élevée pour

le groupe de psychologie positive (tailles d'effets non rapportées) avec un taux de satisfaction équivalent dans les deux groupes.

Interventions de musicothérapie : Dans l'étude de Eyuboglu [2021], des étudiants en soins infirmiers âgés de 18 ans et plus (n = 165) ont reçu 5 séances de musicothérapie sur deux semaines. Aucune différence significative n'a été observée sur l'anxiété et la réussite aux examens entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe témoin.

L'étude de Simpson [2021] porte sur 117 adultes ayant participé à des séances de chant en groupe ou individuelles sur le web pendant la pandémie. Les résultats indiquent que comparativement au groupe témoin, les séances de chant en ligne ont entraîné une réduction significative du stress et une augmentation de l'affect positif. Les participants qui ont fait des séances de chant en groupe ont aussi rapporté un sentiment d'affiliation sociale plus important que ceux du groupe témoin (*Social Connectedness Scale*).

Intervention de yoga : Dans l'étude de Simon [2021], du yoga Kundalini a été comparé à une TCC et à de l'éducation psychologique auprès d'adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée (n = 226). Le taux de réponse favorable aux traitements rapportés pour le yoga est de 54% comparativement à 71% pour la TCC et à 33% pour le groupe d'éducation psychologique. De fait, les adultes ayant reçu l'intervention de TCC étaient 5 fois plus susceptible de présenter une réponse favorable au traitement que ceux ayant reçu de l'éducation psychologique comparativement à un ratio de 2,5 pour le groupe de yoga.

Interventions réalisées auprès d'adolescents

Cinq études réalisées auprès d'adolescents ont été repérées sur la base des titres et résumés. Celles-ci sont toutes d'approche cognitivo-comportementale. Les interventions cognitivo-comportementales ont été offertes sous formes d'autosoins guidés [Aspvall *et al.*, 2021; Rasing *et al.*, 2021; Berg *et al.*, 2020a] et en format de groupe [Cruwys *et al.*, 2022; Lowe et Wuthrich, 2021].

Autosoins guidés basés sur les principes de la TCC : Ces autosoins ont été comparés à une TCC offerte en présence [Aspvall *et al.*, 2021; Rasing *et al.*, 2021] et à une version avec ou sans soutien à l'apprentissage et séances de clavardage [Berg *et al.*, 2020a]. Les adolescents présentaient un trouble obsessionnel-compulsif ou une dépression clinique et étaient âgés en moyenne entre 13 et 19 ans (n total = 401).

Les résultats indiquent que les autosoins guidés se sont avérés d'efficacité similaire à une intervention de TCC offerte en présence pour diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression. Les autosoins avec soutien à l'apprentissage ont entraîné une diminution des symptômes de dépression légèrement supérieure à ceux sans cette composante (d = 0,38) alors qu'aucun effet n'a été observé pour les autosoins avec ou sans séances de clavardage.

Interventions de TCC offertes en groupe : Dans l'étude de Cruwys [2022], une intervention cognitivo-comportementale a été comparée à une intervention ciblant la solitude (*Groups 4 Health - G4H*) et offerte à des adolescents et jeunes adultes de 15 à

25 ans souffrant de solitude et de symptômes de dépression dans la zone clinique (n = 174). Dans l'étude de Lowe et Wuthrich [2021], un programme basé sur les principes de la TCC (*Study without Stress*) a été offert en milieu scolaire à des étudiants en dernière année du secondaire à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants (n = 56).

L'intervention axée sur la solitude G4H et l'intervention de TCC ont toutes deux entraîné une diminution des symptômes de dépression bien que plus importante pour cette dernière (d = 0,91 versus d = 0,71). À l'inverse, l'effet observé sur la solitude s'est avéré plus important dans le groupe G4H que dans le groupe de TCC (d = 1,07 versus d = 0,89). Le programme *Study without Stress* a entraîné une diminution significative du stress et de la détresse psychologique de même qu'une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle comparativement aux adolescents n'ayant pas reçu l'intervention.

Interventions auprès des personnes âgées

Cinq études réalisées auprès des personnes âgées ont été repérées sur la base des titres et résumés. Celles-ci portent sur un auto-soin basé sur les principes de la TCC [Pabst *et al.*, 2020], sur une intervention de pleine conscience [Marchant *et al.*, 2021; Shih *et al.*, 2021], une classe de yoga [Brenes *et al.*, 2020] et une intervention de musicothérapie [Kim et Kang, 2021].

Auto-soin basé sur les principes de la TCC : Dans l'étude de Pabst [2020], l'efficacité d'un auto-soin basé sur les principes de la TCC combiné à un suivi usuel a été comparé au suivi usuel auprès de personnes âgées de 60 ans et plus (n = 83), de 18 à 39 ans (n = 264) et de 40 à 59 ans (n = 300). Les auteurs ne rapportent aucune différence significative entre les groupes d'âge malgré une taille d'effet plus élevée parmi les personnes de 60 ans et plus (d = 1,91) que parmi celles âgées de 40 à 59 ans (d = 0,30). Le résultat n'est pas rapporté pour les 18-39 ans.

Interventions de pleine conscience : Dans l'étude de Marchant [2021], une intervention basée sur la pleine conscience d'une durée de 8 semaines a été comparée à un programme d'autogestion de la santé structuré. Ces interventions ont été offertes à des personnes âgées en moyenne de 73 ans présentant des symptômes d'anxiété légers (n = 147). L'intervention de pleine conscience combinée à de la TCC de Shih [2021], également d'une durée de 8 semaines, a été comparée à des séances d'exercices physiques combinées à de l'éducation psychologique et a été offerte à des personnes âgées en moyenne de 70 ans présentant des symptômes dépressifs légers à modérés (n = 57).

Dans les deux études, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes sur les symptômes d'anxiété ou de dépression. Toutefois, les personnes âgées ayant reçu l'intervention de pleine conscience combinée à de la TCC ont montré une amélioration significative sur des échelles d'attention conscience, de rumination et de mémoire autobiographique.

Interventions de musicothérapie : Dans l'étude de Kim et Kang [2021], une intervention de musicothérapie offerte en groupe et combinée à un programme d'exercices rythmiques a été comparée au programme régulier d'exercices physiques. Ces interventions ont été offertes pendant 12 semaines, deux par fois semaine, à des personnes âgées résidant dans un établissement de soins de santé (n = 57). Les auteurs rapportent que les résultats obtenus suggèrent que l'intervention de musicothérapie améliorent les symptômes d'anxiété et de dépression, les fonctions cognitives ainsi que la satisfaction envers la vie (aucun résultat rapporté dans le résumé).

Classe de yoga : Dans l'étude de Brenes [2020], 500 personnes âgées de 60 ans et plus participent à une classe de yoga de groupe deux fois par semaine, pendant 10 semaines. Cette intervention est comparée à une intervention basée sur les principes de la TCC administrée au téléphone. Les deux groupes ont présentés une diminution de leurs symptômes d'anxiété bien que celle-ci soit significativement plus importante pour le groupe ayant reçu l'intervention de TCC (d = 2,4) que pour la classe de yoga (d = 1,6). Aucune différence significative n'a été observée entre les personnes assignées au hasard dans les groupes d'interventions et celles qui ont reçu le traitement de leur choix.

Résumé des études qualitatives

La mise à jour de la littérature a permis de recenser 6 études qualitatives portant plus spécifiquement sur des interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes à des adolescents. À la lumière des informations, certains éléments tirés de ces études sont similaires aux données expérientielles issues des études de 2019-2020 rapportées dans la synthèse des connaissances.

Encore ici, les interventions se déroulant en ligne répondent aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur autonomie et indépendance dans leur organisation de travail [Lilja *et al.*, 2021]. La diversité des stratégies d'apprentissages, les vignettes de cas représentatives de leurs conditions cliniques et l'esthétisme du contenu de l'intervention en ligne sont des composantes appréciées de certains adolescents, tout comme le fait qu'elles soient individualisées et adaptées en fonction de leurs préférences [Lilja *et al.*, 2021; Newton *et al.*, 2020]. D'autres adolescents ont toutefois confié manquer de confiance en leurs capacités de réaliser principalement seuls une telle intervention en ligne.

Par ailleurs et selon des adolescents, une flexibilité dans la fréquence et la durée des séances ou des modules est nécessaire pour mieux répondre à leurs besoins, ces modalités ayant pu contribuer à leurs difficultés à s'engager [Herring *et al.*, 2022; Lewis-Smith *et al.*, 2021].

Certaines interventions ont été jugées utiles par des adolescents, telle que l'activation comportementale qui, bien qu'exigeante, leur a permis de se mettre en action à travers des activités valorisantes [Lewis-Smith *et al.*, 2021; Taylor *et al.*, 2021]. Il est également rapporté que des adolescents ont apprécié pouvoir appliquer facilement les principes de la TCC dans leur quotidien alors que pour d'autres, un accompagnement de l'intervenant

est important pour les soutenir dans cet apprentissage. Les difficultés à maintenir les acquis et généraliser les apprentissages dans leur vie quotidienne ont été identifiées comme un défi [Lewis-Smith *et al.*, 2021; Berg *et al.*, 2020b].

Au-delà des composantes et modalités d'intervention, l'authenticité de l'intervenant a eu un effet sur la perception de certains adolescents quant à la pertinence même de l'intervention [Herring *et al.*, 2022]. Des adolescents ont indiqué se sentir non jugés, écoutés et importants aux yeux de leur intervenant [Lewis-Smith *et al.*, 2021; Taylor *et al.*, 2021].

RÉFÉRENCES

- 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 clinique. Ottawa, ON : ASPC; 2014. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf.
- Ahmad F, El Morr C, Ritvo P, Othman N, Moineddin R. An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2020;7(2):e15520.
- 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.
- Amos R, Morris L, Mansell W, Edge D. Clients' experiences of one-to-one low-intensity interventions for common mental health problems: An interpretative phenomenological analysis. *Psychol Psychother* 2019;92(4):565-83.
- Apolinario-Hagen J. Internet-delivered psychological treatment options for panic disorder: A review on their efficacy and acceptability. *Psychiatry Investig* 2019;16(1):37-49.
- Asplund RP, Jaderlind A, Bjork IH, Ljotsson B, Carlbring P, Andersson G. Experiences of internet-delivered and work-focused cognitive behavioral therapy for stress: A qualitative study. *Internet Interv* 2019;18:100282.
- Aspvall K, Andersson E, Melin K, Norlin L, Eriksson V, Vigerland S, et al. Effect of an internet-delivered stepped-care program vs in-person cognitive behavioral therapy on obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA* 2021;325(18):1863-73.
- Barkham M, Saxon D, Hardy GE, Bradburn M, Galloway D, Wickramasekera N, et al. Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): A pragmatic, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry* 2021;8(6):487-99.
- Barry KM, Woods M, Martin A, Stirling C, Warnecke E. A randomized controlled trial of the effects of mindfulness practice on doctoral candidate psychological status. *J Am Coll Health* 2019;67(4):299-307.
- Beerse ME, Van Lith T, Stanwood G. Therapeutic psychological and biological responses to mindfulness-based art therapy. *Stress Health* 2020;36(4):419-32.

- Berg M, Malmquist A, Rozental A, Topooco N, Andersson G. Knowledge gain and usage of knowledge learned during internet-based CBT treatment for adolescent depression – A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2020a;20(1):441.
- Berg M, Rozental A, de Brun Mangs J, Nasman M, Stromberg K, Viberg L, et al. The role of learning support and chat-sessions in guided internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety: A factorial design study. *Front Psychiatr* 2020b;11:503.
- 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.
- Brenes GA, Divers J, Miller ME, Anderson A, Hargis G, Danhauer SC. Comparison of cognitive-behavioral therapy and yoga for the treatment of late-life worry: A randomized preference trial. *Depress Anxiety* 2020;37(12):1194-207.
- Brown JS, Blackshaw E, Stahl D, Fennelly L, McKeague L, Sclare I, Michelson D. School-based early intervention for anxiety and depression in older adolescents: A feasibility randomised controlled trial of a self-referral stress management workshop programme ("DISCOVER"). *J Adolesc* 2019;71:150-61.
- Burke J, Richards D, Timulak L. Helpful and hindering events in Internet-delivered cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behav Cogn Psychother* 2019;47(3):386-99.
- Button ML, Norouzian N, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychother Res* 2019;29(6):723-36.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depressive disorder and anxiety disorders: Patients' perspectives and experiences, implementation, and ethical issues. *CADTH Optimal Use*. Ottawa, ON : CADTH; 2019. Disponible à : <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/OP0534%20iCBT%20for%20MDD%20and%20Anxiety%20Disorders%20Final%20Report.pdf>.
- Chen AT, Slattery K, Tomasino KN, Rubanovich CK, Bardsley LR, Mohr DC. Challenges and benefits of an internet-based intervention with a peer support component for older adults with depression: Qualitative analysis of textual data. *J Med Internet Res* 2020;22(6):e17586.
- Church D et Clond M. Is online treatment as effective as in-person treatment? Psychological change in two relationship skills groups. *J Nerv Ment Dis* 2019;207(5):315-9.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ : L. Erlbaum Associates; 1988. Disponible à : <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>.

- Cook L, Mostazir M, Watkins E. Reducing Stress and Preventing Depression (RESPOND): Randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *J Med Internet Res* 2019;21(5):e11349.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research. Oxford, Royaume-Uni : CASP; 2018. Disponible à : https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
- Cruwys T, Haslam C, Rathbone JA, Williams E, Haslam SA, Walter ZC. Groups 4 Health versus cognitive-behavioural therapy for depression and loneliness in young people: Randomised phase 3 non-inferiority trial with 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2022;220(3):140-7.
- Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychother Res* 2020;30(3):279-93.
- Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019;76(7):700-7.
- Davison TE, McCabe MP, Busija L, O'Connor DW, Costa VC, Byers J. A cluster randomised trial of the program to enhance adjustment to residential living (PEARL): A novel psychological intervention to reduce depression in newly admitted aged care residents. *BMC Geriatr* 2020;20(1):98.
- De Smet MM, Meganck R, Truijens F, De Geest R, Cornelis S, Norman UA, Desmet M. Change processes underlying "good outcome": A qualitative study on recovered and improved patients' experiences in psychotherapy for major depression. *Psychother Res* 2020;30(7):948-64.
- De Witte M, Spruit A, van Hooren S, Moonen X, Stams GJ. Effects of music interventions on stress-related outcomes: A systematic review and two meta-analyses. *Health Psychol Rev* 2020;14(2):294-324.
- Delgadillo J et Gonzalez Salas Duhne P. Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *J Consult Clin Psychol* 2020;88(1):14-24.
- Ebenfeld L, Kleine Stegemann S, Lehr D, Ebert DD, Funk B, Riper H, Berking M. A mobile application for panic disorder and agoraphobia: Insights from a multi-methods feasibility study. *Internet Interv* 2020;19:100296.
- Eyuboglu G, Gocmen Baykara Z, Caliskan N, Eyikara E, Dogan N, Aydogan S, et al. Effect of music therapy on nursing students' first objective structured clinical exams, anxiety levels and vital signs: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today* 2021;97:104687.
- Fenger M, Lindschou J, Gluud C, Winkel P, Jorgensen L, Dybkjaer JH, Lau M. Internet-based therapy with FearFighter for anxiety disorders: A randomised clinical trial. *Nord J Psychiatry* 2020;74(7):518-24.

- Fortin-Delisle, I., Marcotte-Beaumier, G., Koerner, N., Langlois, F., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2020, March 26). Modification des interprétations et thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée : un essai randomisé. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000180>.
- Furchtlehner LM, Schuster R, Laireiter A-R. A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *J Posit Psychol* 2020;15(6):832-45.
- Garrido S, Cheers D, Boydell K, Nguyen QV, Schubert E, Dunne L, Meade T. Young people's response to six smartphone apps for anxiety and depression: Focus group study. *JMIR Ment Health* 2019;6(10):e14385.
- Gaudio BA, Davis CH, Miller IW, Uebelacker L. Pilot randomized controlled trial of a video self-help intervention for depression based on acceptance and commitment therapy: Feasibility and acceptability. *Clin Psychol Psychother* 2020;27(3):396-407.
- 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-Valero G, Zurita-Ortega F, Ubago-Jimenez JL, Puertas-Molero P. Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students. A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(22):4394.
- Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology delivered interventions for depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2019;22(2):147-71.
- Hadjistavropoulos HD, Peynenburg V, Mehta S, Adlam K, Nugent M, Gullickson KM, et al. An internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression and anxiety among clients referred and funded by insurance companies compared with those who are publicly funded: Longitudinal observational study. *JMIR Ment Health* 2020;7(2):e16005.
- Hall J, Kellett S, Kaur Bains M, Stonebank H, Scott S. The acceptability and feasibility of group cognitive behavioural therapy for older adults with generalised anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 2020;48(5):621-5.
- Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: A pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. *Behav Cogn Psychother* 2019;47(1):95-113.
- Haugland BSM, Haaland AT, Baste V, Bjaastad JF, Hoffart A, Rapee RM, et al. Effectiveness of brief and standard school-based cognitive-behavioral interventions for adolescents with anxiety: A randomized noninferiority study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(4):552-64.

- Herring GT, Loades ME, Higson-Sweeney N, Hards E, Reynolds S, Midgley N. The experience of cognitive behavioural therapy in depressed adolescents who are fatigued. *Psychol Psychother* 2022;95(1):234-55.
- Hilcove K, Marceau C, Thekdi P, Larkey L, Brewer MA, Jones K. Holistic Nursing in Practice: Mindfulness-Based Yoga as an Intervention to Manage Stress and Burnout. *J Holist Nurs* 2020. Advance online publication..
- Hong QN, Fabregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information* 2018;34(4):285-91.
- Houle J, Radziszewski S, Labelle P, Coulombe S, Menear M, Roberge P, et al. Getting better my way: Feasibility study of a self-management support tool for people with mood and anxiety disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2019;42(2):158-68.
- Howells L, Rose A, Gee B, Clarke T, Carroll B, Harbrow S, et al. Evaluation of a non-diagnostic 'Psychology of Emotions' group intervention within a UK youth IAPT service: A mixed-methods approach. *Behav Cogn Psychother* 2020;48(2):129-41.
- Idsoe T, Keles S, Olseth AR, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: Results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):155.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations. Oakbrook Terrace, IL : ISTSS; 2018. Disponible à : https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.
- James-Palmer A, Anderson E, Zucker L, Kofman Y, Daneault J-F. Yoga as an intervention for the reduction of symptoms of anxiety and depression in children and adolescents: A systematic review. *Front Pediatr* 2020;8:78.
- Kählke F, Berger T, Schulz A, Baumeister H, Berking M, Auerbach RP, et al. Efficacy of an unguided internet-based self-help intervention for social anxiety disorder in university students: A randomized controlled trial. *Int J Methods Psychiatr Res* 2019;28(2):e1766.
- Kim HS et Kang JS. Effect of a group music intervention on cognitive function and mental health outcomes among nursing home residents: A randomized controlled pilot study. *Geriatr Nurs* 2021;42(3):650-6.
- Kladnitski N, Smith J, Uppal S, James MA, Allen AR, Andrews G, Newby JM. Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet Interv* 2020;20:100310.
- Kothari R, Barker C, Pistrang N, Rozental A, Egan S, Wade T, et al. A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2019;64:113-22.
- Krause M, Gutsmedl K, Bighelli I, Schneider-Thoma J, Chaimani A, Leucht S. Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older

- patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019;29(9):1003-22.
- 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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019;269(2):223-33.
- L'Écuyer R. *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Qc : Presses de l'Université du Québec; 1990.
- Lawn S, Huang N, Zabeen S, Smith D, Battersby M, Redpath P, et al. Outcomes of telephone-delivered low-intensity cognitive behaviour therapy (LiCBT) to community dwelling Australians with a recent hospital admission due to depression or anxiety: Mindstep™. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):2.
- Leterme AC, Behal H, Demarty AL, Barasino O, Rougegrez L, Labreuche J, et al. A blended cognitive behavioral intervention for patients with adjustment disorder with anxiety: A randomized controlled trial. *Internet Interv* 2020;21:100329.
- Lewis C, Roberts NP, Simon N, Bethell A, Bisson JI. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2019;140(6):508-21.
- Lewis-Smith I, Pass L, Jones DJ, Reynolds S. "... if I care about stuff, then other people care about me". Adolescents' experiences of helpful and unhelpful aspects of brief behavioural activation therapy for depression. *Psychother Res* 2021;31(8):1067-78.
- Li SY et Bressington D. The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2019;28(3):635-56.
- Lilja JL, Rupcic Ljustina M, Nissling L, Larsson AC, Weineland S. Youths' and parents' experiences and perceived effects of internet-based cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary care: Mixed methods study. *JMIR Pediatr Parent* 2021;4(4):e26842.
- Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2019;18(3):325-36.
- Lopez-Lopez JA, Davies SR, Caldwell DM, Churchill R, Peters TJ, Tallon D, et al. The process and delivery of CBT for depression in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* 2019;49(12):1937-47.
- Lorentzen V, Fagermo K, Handegard BH, Skre I, Neumer SP. A randomized controlled trial of a six-session cognitive behavioral treatment of emotional disorders in adolescents 14-17 years old in child and adolescent mental health services (CAMHS). *BMC Psychol* 2020;8(1):25.
- Lowe C et Wuthrich VM. Randomised controlled trial of study without stress: A cognitive behavioural therapy program to reduce stress in students in the final year of high school. *Child Psychiatry Hum Dev* 2021;52(2):205-16.

- 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.
- Marchant NL, Barnhofer T, Coueron R, Wirth M, Lutz A, Arenaza-Urquijo EM, et al. Effects of a mindfulness-based intervention versus health self-management on subclinical anxiety in older adults with subjective cognitive decline: The SCD-Well randomized superiority trial. *Psychother Psychosom* 2021;90(5):341-50.
- Martinez V, Rojas G, Martinez P, Gaete J, Zitko P, Vohringer PA, Araya R. Computer-assisted cognitive-behavioral therapy to treat adolescents with depression in primary health care centers in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *Front Psychiatr* 2019;10:552.
- McGuire JF, Tan PZ, Piacentini J. Symptom dimension response in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019;48(3):529-38.
- McPherson S, Wicks C, Tercelli I. Patient experiences of psychological therapy for depression: A qualitative metasynthesis. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):313.
- 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. *J Med Internet Res* 2019;21(6):e12556.
- Mohr DC, Schueller SM, Tomasino KN, Kaiser SM, Alam N, Karr C, et al. Comparison of the effects of coaching and receipt of app recommendations on depression, anxiety, and engagement in the IntelliCare platform: Factorial randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019;21(8):e13609.
- Morthland M, Shah A, Meadows JT, Scogin F. Development of an audio and computer cognitive behavioral therapy for depression in older adults. *Aging Ment Health* 2019;24(8):1207-15.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. Canberra, Australie : 2009. Disponible à : [https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/NHMRC%20Levels%20and%20Grades%20\(2009\).pdf](https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/NHMRC%20Levels%20and%20Grades%20(2009).pdf).
- Newton A, Bagnell A, Rosychuk R, Duguay J, Wozney L, Huguet A, et al. A mobile phone-based app for use during cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety (MindClimb): User-centered design and usability study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8(12):e18439.
- Nilsson A, Sorman K, Klingvall J, Ovelius E, Lundberg J, Hellner C. MyCompass in a Swedish context – Lessons learned from the transfer of a self-guided intervention targeting mental health problems. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):51.

- O'Kearney R, Kim S, Dawson RL, Calear AL. Are claims of non-inferiority of Internet and computer-based cognitive-behavioural therapy compared with in-person cognitive-behavioural therapy for adults with anxiety disorders supported by the evidence from head-to-head randomised controlled trials? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2019;53(9):851-65.
- Oh J, Jang S, Kim H, Kim JJ. Efficacy of mobile app-based interactive cognitive behavioral therapy using a chatbot for panic disorder. *Int J Med Inform* 2020;140:104171.
- Oser M, Wallace ML, Solano F, Szigethy EM. Guided digital cognitive behavioral program for anxiety in primary care: Propensity-matched controlled trial. *JMIR Ment Health* 2019;6(4):e11981.
- Pabst A, Lobner M, Stein J, Luppá M, Kersting A, König HH, Riedel-Heller SG. Internet-based cognitive behavior therapy only for the young? A secondary analysis of a randomized controlled trial of depression treatment. *Front Psychiatr* 2020;11:735.
- 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. *J Med Internet Res* 2020;22(1):e16804.
- Radomski AD, Bagnell A, Curtis S, Hartling L, Newton AS. Examining the usage, user experience, and perceived impact of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety: Randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2020;7(2):e15795.
- Rasing SP, Stikkelbroek YA, den Hollander W, Riper H, Dekovic M, Nauta MH, et al. Pragmatic quasi-experimental controlled trial evaluating the outcomes of blended CBT compared to face-to-face CBT and treatment as usual for adolescents with depressive disorders. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(6):3102.
- 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.
- 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. *J Affect Disord* 2019;246:695-705.
- Richards D, Enrique A, Eilert N, Franklin M, Palacios J, Duffy D, et al. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *NPJ Digit Med* 2020;3:85.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Lewis CE, Bisson JI. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10(1):1695486.
- Rodriguez LM, Lee KD, 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;35(10):1207-27.

- Rushton K, Ardern K, Hopkin E, Welsh C, Gellatly J, Faija C, et al. 'I didn't know what to expect': Exploring patient perspectives to identify targets for change to improve telephone-delivered psychological interventions. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):156.
- Sadler P, McLaren S, Klein B, Jenkins M. Cognitive behaviour therapy for insomnia and depression: Qualitative reflections from older adults who participated in a randomised controlled trial. *Aging Ment Health* 2020;24(6):932-8.
- Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B, et al. Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scand J Psychol* 2020;61(2):281-9.
- 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. *Cogn Behav Ther* 2019;49(6):455-74.
- Sass SM, Early LM, Long L, Burke A, Gwinn D, Miller P. A brief mindfulness intervention reduces depression, increases nonjudgment, and speeds processing of emotional and neutral stimuli. *Ment Health Prev* 2019;13:58-67.
- Schure MB, Lindow JC, Greist JH, Nakonezny PA, Bailey SJ, Bryan WL, Byerly MJ. Use of a fully automated internet-based cognitive behavior therapy intervention in a community population of adults with depression symptoms: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019;21(11):e14754.
- Schweden TL, Konrad AC, Wekenborg MK, Hoyer J. Evaluation of a brief cognitive behavioral group intervention to reduce depersonalization in students with high levels of trait test anxiety: A randomized controlled trial. *Anxiety Stress Coping* 2020;33(3):266-80.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- Shih VW, Chan WC, Tai OK, Wong HL, Cheng CP, Wong CS. Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: A randomised controlled trial. *East Asian Arch Psychiatry* 2021;31(2):27-35.
- Simon NM, Hofmann SG, Rosenfield D, Hoepfner SS, Hoge EA, Bui E, Khalsa SB. Efficacy of yoga vs cognitive behavioral therapy vs stress education for the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2021;78(1):13-20.
- Simpson FM, Perry G, Thompson WF. Assessing vocal chanting as an online psychosocial intervention. *Front Psychol* 2021;12:647632.
- Sitbon A, Shankland R, Krumm C-M. Interventions efficaces en psychologie positive : une revue systématique. *Canadian psychology/Psychologie canadienne* 2019;60(1):35-54.
- Steinmann M, Heddaeus D, Liebherz S, Daubmann A, Harter M, Watzke B. Effectiveness of telephone-administered cognitive-behavioral psychotherapy for depression with versus without additional letters: A randomized controlled trial. *Telemed J E Health* 2020;26(3):347-53.

- 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. *Behav Ther* 2019;50(1):165-76.
- Stevenson J, Mattiske JK, Nixon RD. The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behav Res Ther* 2019;123:103492
- Stjerneklar S, Hougaard E, McLellan LF, Thastum M. A randomized controlled trial examining the efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety disorders. *PLoS One* 2019;14(9):e0222485.
- Tanaka M, Kusaga M, Nyamathi AM, Tanaka K. Effects of brief cognitive behavioral therapy for insomnia on improving depression among community-dwelling older adults: A randomized controlled comparative study. *Worldviews Evid Based Nurs* 2019;16(1):78-86.
- Taylor L, Creswell C, Pearcey S, Brooks E, Leigh E, Stallard P, et al. Delivering cognitive therapy for adolescent social anxiety disorder in NHS CAMHS: A qualitative analysis of the experiences of young people, their parents and clinicians-in-training. *Behav Cogn Psychother* 2021;49(4):398-412.
- Thase ME, McCrone P, Barrett MS, Eells TD, Wisniewski SR, Balasubramani GK, et al. Improving cost-effectiveness and access to cognitive behavior therapy for depression: Providing remote-ready, computer-assisted psychotherapy in times of crisis and beyond. *Psychother Psychosom* 2020;89(5):307-13.
- Topooco N, Bylehn S, Nysater ED, Holmlund J, Lindegaard J, Johansson S, et al. Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019;21(11):e13393.
- Wan Mohd Yunus WM, Musiat P, Brown JS. Evaluating the feasibility of an innovative self-confidence webinar intervention for depression in the workplace: A proof-of-concept study. *JMIR Ment Health* 2019;6(4):e11401.
- Wilmots E, Midgley N, Thackeray L, Reynolds S, Loades M. The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychol Psychother* 2020;93(2):276-91.
- Wootton BM, Karin E, Titov N, Dear BF. Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for obsessive-compulsive symptoms: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2019;66:102111.
- Wright JH, Owen JJ, Richards D, Eells TD, Richardson T, Brown GK, et al. Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2019;80(2):18r12188.
- Zaboski BA, Joyce-Beaulieu D, Kranzler JH, McNamara JP, Gayle C, MacInnes J. Group exposure and response prevention for college students with social anxiety: A randomized clinical trial. *J Clin Psychol* 2019;75(9):1489-507.

*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

