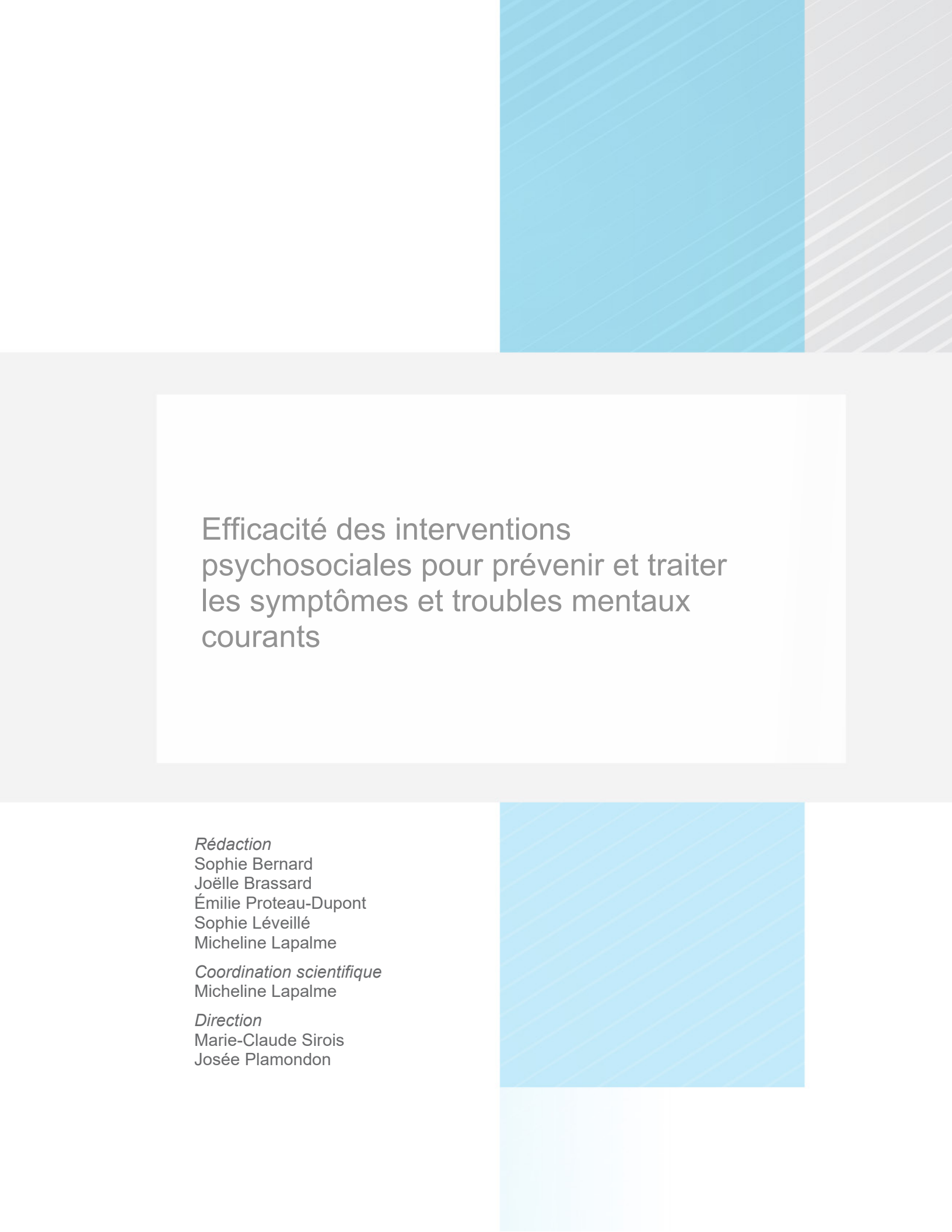


ÉTAT DES CONNAISSANCES

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

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

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



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

Rédaction

Sophie Bernard
Joëlle Brassard
Émilie Proteau-Dupont
Sophie Léveillé
Micheline Lapalme

Coordination scientifique
Micheline Lapalme

Direction

Marie-Claude Sirois
Josée Plamondon

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

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

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

Collaborateurs internes

Mathieu Bujold, Ph. D.
Jordie Croteau, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Adjointe à la directrice (intérimaire)

Josée Plamondon, M. Ps., M.A.P.

Directrice

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

Repérage d'information scientifique

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

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu
Julie Dionne

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
Bibliothèque et Archives Canada, 2022
ISBN 978-2-550-92208-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. État des connaissances rédigé par Sophie Bernard, Joëlle Brassard, Émilie Proteau-Dupont, Sophie Léveillé et Micheline Lapalme. Québec, Qc : INESSS; 2022. 188 p.

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

Groupe d'experts

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

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

M^{me} Catherine Briand, professeure et vice-doyenne, UQTR, et chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (rencontres du 5 octobre 2020 et du 25 mars 2021)

M^{me} Janie Houle, psychologue communautaire, professeure titulaire, Département de psychologie, UQAM, et chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

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

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

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

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

Comité délibératif permanent

Les membres du Comité délibératif permanent sont :

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, chef du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine

D^r Serge Bergeron, directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

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

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

M^{me} Johanne Dion, psychologue clinicienne, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Marianne Dion-Labrie, conseillère en éthique clinique

M. Éric Latimer, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill

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

M. Pierre-Paul Milette, Directeur général adjoint programme santé physique générale et spécialisée, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (retraité depuis novembre 2021)

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

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

Panel des usagers et des proches

Pour ce rapport, les membres du Panel des usagers et des proches consultés sont :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Yvon Massicotte

M^{me} Christiane Sauvé

M. Louis Lochhead

Lecteurs externes

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

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M. Yves Couturier, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke; directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne Réseau 1; chercheur régulier au Centre de recherche Charles-Le Moyne

M^{me} Anne Leblanc, professeure titulaire au Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

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

Déclaration d'intérêts

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

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

M^{me} Janie Houle a contribué activement, en tant que chercheure, à l'élaboration d'interventions de soutien à l'autogestion, dont les ateliers d'autogestion « Revivre » et l'outil « Aller mieux à ma façon ». Elle a publié sur le sujet de l'efficacité des interventions de soutien à l'autogestion. Elle est auteure d'une des études retenues dans le cadre du présent état des connaissances.

Les lecteurs externes reçoivent ou peuvent recevoir également des subventions liées aux thématiques du présent état des connaissances. Plus spécifiquement, des lecteurs externes ont fait les déclarations suivantes :

M^{me} Kristel Tardif-Grenier a déclaré mener des travaux concernant le bien-être psychologique des adolescents, publier des communications scientifiques à l'étranger et avoir été invitée à plusieurs reprises à s'exprimer dans les médias sur cette question.

Responsabilité

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XI
GLOSSAIRE	XII
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DES DONNÉES.....	4
1.1 Méthode de revue systématique	4
1.2 Repérage de la littérature	4
1.3 Critères de sélection des interventions psychosociales.....	8
1.4 Synthèse des résultats	9
1.4.1 Classement des interventions comme étant efficaces ou peu efficaces.....	9
1.4.2 Portrait global de l'efficacité des interventions	10
1.5 Validation des travaux	11
2 DESCRIPTION DES ÉTUDES PRIMAIRES ET REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES	13
2.1 Description des études primaires retenues pour l'évaluation de l'efficacité.....	13
2.2 Description des revues systématiques retenues pour l'évaluation de l'efficacité	16
2.2.1 Qualité méthodologique des revues systématiques.....	18
2.2.2 Inclusion d'études primaires ne répondant pas aux critères de sélection.....	18
2.2.3 Manque d'informations sur les populations et interventions évaluées.....	19
2.3 Description des études primaires et revues systématiques retenues pour documenter l'expérience des usagers.....	19
3 INFORMATIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DES RÉSULTATS.....	21
3.1 Définition des autosoins	21
3.2 Définition de l'intervention psychosociale.....	21
3.3 Niveaux d'intervention	23
3.4 Classification des interventions psychosociales	24
3.5 Interventions considérées efficaces ou peu efficaces	26
3.6 Présentation des résultats et constats d'efficacité	27
4 RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES ADULTES	29
4.1 Portrait global de l'efficacité des interventions selon le type de soutien clinique offert et l'approche théorique	29
4.1.1 Type de soutien clinique offert – Symptômes de troubles mentaux courants.....	29
4.1.2 Type de soutien clinique offert – Bénéfices psychosociaux.....	30
4.1.3 Approche théorique des interventions – Symptômes de troubles mentaux courants.....	31
4.1.4 Approche théorique des interventions – Bénéfices psychosociaux	33
4.2 Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les adultes.....	34
4.2.1 Interventions cognitivo-comportementales – Adultes.....	34

4.2.2	Interventions cognitivo-comportementales de 3 ^e vague – Adultes	48
4.2.3	Interventions combinant deux approches théoriques – Adultes	56
5	RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES ADOLESCENTS	59
5.1	Portrait global de l'efficacité des interventions selon le type de soutien clinique offert et l'approche théorique	59
5.1.1	Type de soutien clinique offert – Symptômes de troubles mentaux courants.....	59
5.1.2	Type de soutien clinique offert – Bénéfices psychosociaux.....	60
5.1.3	Approche théorique des interventions – Symptômes de troubles mentaux courants.....	61
5.1.4	Approche théorique des interventions – Bénéfices psychosociaux	61
5.2	Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les adolescents	62
5.2.1	Interventions cognitivo-comportementales – Adolescents	62
6	RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES.....	66
7	RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS : ÉTUDES ORPHELINES	67
8	RÉSULTATS OBTENUS DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES.....	69
8.1	Résultats d'efficacité obtenus auprès des adultes	69
8.1.1	Efficacité des autosoins non guidés	69
8.1.2	Efficacité des autosoins guidés	70
8.1.3	Efficacité des interventions offertes en présence.....	72
8.2	Résultats d'efficacité obtenus auprès des adolescents	74
8.2.1	Efficacité des autosoins non guidés	75
8.2.2	Efficacité des autosoins guidés	75
8.2.3	Efficacité des interventions en présence.....	75
8.3	Résultats d'efficacité obtenus auprès des personnes âgées	77
9	CARACTÉRISTIQUES ET COMPOSANTES DES INTERVENTIONS EFFICACES	78
9.1	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux.....	78
9.1.1	Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants.....	80
9.1.2	Interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux.....	81
9.2	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress	83
9.3	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles	85
9.4	Synthèse des composantes principales des interventions efficaces pour chacun des résultats d'intérêt	88
10	RÉSULTATS SUR L'EXPÉRIENCE DES USAGERS	90
10.1	Constats relatifs aux composantes des interventions	91
10.2	Constats relatifs à la relation avec l'intervenant.....	95
10.3	Constats relatifs aux modalités des interventions	97
10.4	Perceptions liées aux effets des interventions	102

10.5	Améliorations proposées aux interventions.....	106
10.6	Données expérientielles tirées des revues systématiques	109
11	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	113
11.1	Principaux éléments de réponse émanant des travaux	113
11.1.1	Efficacité des interventions psychosociales évaluées (question 1)	113
11.1.2	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces (question 2)	114
11.1.3	Expérience des usagers (question 3).....	115
11.2	Considérations cliniques.....	115
11.2.1	Efficacité des autosoins chez les personnes ayant des troubles mentaux courants.....	115
11.2.2	Efficacité des interventions offertes en prévention sélective ou indiquée.....	116
11.2.3	Efficacité des interventions en contexte réel de soins	117
11.3	Forces et limites de la synthèse des connaissances	118
11.3.1	Richesse des sources de données et diversification des méthodes d'analyse	118
11.3.2	Qualité scientifique des études retenues	119
11.3.3	Autres populations avec des troubles mentaux courants.....	119
11.3.4	Repérage de la littérature limité aux publications de 2019-2020	120
11.3.5	Mise à jour de la littérature	120
11.4	Conclusion.....	121
	RÉFÉRENCES	122
	ANNEXE 1	135
	Classement des interventions efficaces / peu efficaces	135
	ANNEXE 2	146
	Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants	146
	Constats sur les données expérientielles des interventions psychosociales.....	150
	ANNEXE 3	154
	Fiches descriptives des interventions jugées efficaces	154

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Distribution des 117 comparaisons effectuées dans les études primaires	15
Tableau 2	Distribution des 1 880 comparaisons effectuées dans les revues systématiques	17
Tableau 3	Classification des interventions psychosociales.....	25
Tableau 4	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux	79
Tableau 5	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress	84
Tableau 6	Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles.....	87
Tableau 7	Composantes des interventions efficaces par résultats d'intérêt	88
Tableau 8	Classement des interventions efficaces / peu efficaces en fonction des tailles d'effet obtenues (d de Cohen) – Symptômes de troubles mentaux courants	135
Tableau 9	Classement des interventions efficaces/peu efficaces en fonction des tailles d'effet obtenues (d de Cohen) – Bénéfices psychosociaux	142

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Diagramme de flux à partir des titres et résumés.....	6
Figure 2	Diagramme de flux à partir de la lecture complète	7
Figure 3	Définition de l'intervention psychosociale	22
Figure 4	Continuum des interventions en santé mentale	23
Figure 5	Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adultes, selon le type de soutien clinique offert.....	30
Figure 6	Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adultes, selon le type de soutien clinique offert.....	31
Figure 7	Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adultes, selon l'approche théorique.....	32
Figure 8	Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adultes, selon l'approche théorique.....	33
Figure 9	Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adolescents, selon le type de soutien clinique offert.....	59
Figure 10	Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adolescents, selon le type de soutien clinique offert.....	60
Figure 11	Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adolescents, selon l'approche théorique	61
Figure 12	Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adolescents, selon l'approche théorique	61

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Les symptômes et troubles mentaux courants, dont l'anxiété et la dépression, affectent une proportion importante de la population. Les besoins de services en santé mentale sont nombreux et se sont accrus depuis le début de la pandémie de la COVID-19. La présente synthèse des connaissances a pour objectif de documenter l'efficacité de diverses interventions psychosociales visant à prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. Quatre questions ont été formulées en lien avec cet objectif :

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 psychosociales dont l'efficacité est documentée?
3. Comment les interventions psychosociales sont-elles perçues par les personnes présentant 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) associées à l'efficacité des interventions psychosociales?

En conformité avec les orientations ministérielles et le Programme québécois pour les troubles mentaux, les travaux ont été axés sur les interventions pouvant être offertes dans les services de proximité, par différentes catégories d'intervenants et de professionnels, et dans des modalités favorisant l'accès aux services de santé mentale (p. ex. : interventions numériques, interventions offertes en format de groupe ou en mode hybride). Il est à noter que les dimensions professionnelle, organisationnelle, économique et éthique ainsi que les enjeux d'implantation en lien avec les interventions ne sont pas couverts dans ce rapport. De plus, les résultats d'efficacité présentés ici, sont basés sur des études internationales et ne sont donc pas contextualisés à la pratique clinique et professionnelle au Québec.

Ce rapport traite de l'efficacité des interventions psychosociales (question 1), sur les caractéristiques et composantes des interventions efficaces (question 2) de même que sur l'expérience des personnes avec celles-ci (question 3). Un deuxième rapport sera produit afin de documenter les caractéristiques personnelles et cliniques des individus les plus susceptibles de répondre favorablement à ces interventions (variables modératrices) et de cerner les éléments essentiels à leur efficacité (variables médiatrices) (question 4).

MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DES DONNÉES

La recension des écrits est basée sur une méthode de revue systématique rapide, c'est-à-dire que certaines étapes de la revue systématique ont été omises ou abrégées. La littérature retenue inclut 69 études primaires et 19 revues systématiques publiées en 2019-2020. Ces revues totalisent plus de 1 000 études parues de 1966 à 2019. Une mise

à jour de la littérature recensée a également été effectuée en février 2022. Elle est présentée sous forme d'un résumé basé sur les titres et résumés des notices repérées.

Les résultats des présents travaux ont fait l'objet d'une synthèse narrative basée sur les tailles d'effet (d de Cohen). Le processus de gradation de la preuve scientifique a permis de dégager 30 constats sur l'efficacité des interventions psychosociales et 19 constats sur l'expérience des usagers. Les constats d'efficacité ont été formulés en tenant compte du groupe d'âge, du profil clinique des personnes, du type de soutien clinique offert, de l'approche théorique des interventions et de leurs effets sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress ainsi que sur la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles des individus.

PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Les études primaires recensées ont permis de démontrer l'efficacité de 17 autosoins non guidés, 9 autosoins guidés et 12 interventions offertes en présence, pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou engendrer des bénéfices psychosociaux.

Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants

- Les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale, de nature transdiagnostique ou axés sur la restructuration cognitive, de même que ceux basés sur la pleine conscience, la psychologie positive ou l'éducation psychologique, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux, dépressif ou de l'adaptation. Les taux d'amélioration cliniquement significative rapportés dans les études varient de 19 % à 53 %.
- Les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux, dépressif, obsessionnel-compulsif ou un trouble de l'adaptation. Les taux d'amélioration cliniquement significative rapportés dans les études varient de 42 % à 69 %.
- 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.
- Les interventions offertes en présence, basées sur les principes généraux de la thérapie cognitivo-comportementale ou axées plus spécifiquement sur l'exposition et la prévention de la réponse, la restructuration cognitive ou le retour au travail, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété ou un trouble anxieux, obsessionnel-compulsif ou de l'adaptation.

Interventions efficaces pour engendrer des bénéfices psychosociaux

- Les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience, la psychologie positive et les principes de la thérapie cognitivo-comportementale transdiagnostique sont susceptibles d'améliorer le fonctionnement, la qualité de vie ou le bien-être psychologique chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux ou dépressif.
- Les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie ou le bien-être psychologique lorsqu'offerts en prévention sélective à des adultes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants.

Prendre note que ...

Ces résultats ont été obtenus dans le cadre d'essais contrôlés randomisés ayant recours à des interventions hautement structurées, manualisées et effectuées par du personnel formé et supervisé. L'efficacité de ces interventions est donc tributaire de ces conditions et susceptible d'être influencée par d'autres éléments dans un contexte de soins réel.

Les résultats obtenus dans les études primaires concordent avec ceux rapportés dans les revues systématiques recensées. De plus, ces revues indiquent ce qui suit.

- Les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces non seulement pour diminuer les symptômes de dépression chez des adolescents présentant des symptômes ou un trouble dépressif, mais également pour diminuer les symptômes d'anxiété chez les adolescents ayant des symptômes ou un trouble anxieux.
- Les interventions offertes en présence basées sur la pleine conscience, la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique brève de même que le counseling sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif.
- Les interventions offertes en présence basées sur la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma de même que la musicothérapie sont efficaces pour diminuer les symptômes de stress chez des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes de stress ou un trouble de stress post-traumatique.
- Les interventions offertes en présence d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague sont efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression chez des adolescents à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de stress.

- Les interventions offertes en présence basées sur le récit de vie sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression des personnes âgées présentant des symptômes ou un trouble dépressif. Les interventions d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague sont efficaces pour réduire les symptômes de dépression chez des personnes âgées à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants.

PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LES CARACTÉRISTIQUES ET COMPOSANTES DES INTERVENTIONS EFFICACES

L'analyse du contenu des interventions répertoriées indique que peu de caractéristiques et composantes distinguent nettement les interventions efficaces de celles dont l'efficacité n'a pas été démontrée. On peut cependant dire qu'en général, dans les études recensées :

- les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux sont souvent brèves (moins de 7 heures), offertes en format numérique et incluent une certaine forme d'accompagnement ou de soutien clinique;
- les interventions efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress sont composées principalement d'exposition et de prévention de la réponse, d'activation comportementale, d'auto-observation et d'éducation psychologique;
- les interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique sont composées principalement d'activités de visualisation et de pleine conscience, de régulation des émotions, de consolidation et de maintien des acquis ainsi que de démonstrations et témoignages.

Prendre note que ...

Ces résultats sont de nature descriptive et ne permettent pas de dire si la caractéristique ou la composante identifiée contribue de façon causale à l'efficacité de l'intervention. Ils permettent seulement de dire que telle caractéristique ou composante se retrouve plus souvent parmi les interventions efficaces que parmi les interventions peu efficaces.

PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR L'EXPÉRIENCE DES USAGERS

Les composantes et aspects relationnels des interventions d'autosoins et offertes en présence jugés les plus utiles par les usagers sont :

- l'auto-observation, l'éducation psychologique, apprendre à confronter ses peurs et pensées néfastes et à gérer ses émotions, les activités de pleine conscience, incluant la méditation et relaxation et les exercices d'autocompassion;
- à ces composantes s'ajoutent : la capacité de l'intervenant à créer une relation de soutien chaleureuse, bienveillante et respectueuse dans un environnement sécurisant, la compréhension du processus thérapeutique et le fait d'y jouer un rôle actif, de même que la prise de décision partagée.

Les bénéfices découlant des interventions d'autosoins et offertes en présence sont :

- une certaine normalisation de leur condition, le fait de se sentir semblable à d'autres, une meilleure connaissance et estime de soi ainsi que le fait de se sentir plus en contrôle et outillé.

Les améliorations proposées aux interventions d'autosoins et offertes en présence sont :

- alléger et clarifier les contenus, diversifier les stratégies d'apprentissage, avoir des modalités d'intervention plus flexibles et personnalisables;
- pouvoir terminer les interventions à son propre rythme.

Des éléments spécifiques à la perspective des adolescents et des personnes âgées ont également été mis en lumière. En ce qui concerne les adolescents, mentionnons entre autres l'importance de l'apparence visuelle des interventions numériques ainsi que la protection de leur anonymat sur les forums de discussion, par peur d'être identifiés et intimidés par leurs pairs. Les personnes âgées, quant à elles, apprécient grandement les occasions de socialisation et le soutien de leurs pairs procurés par les forums de discussion et les interventions de groupe.

CONCLUSION

Les résultats issus des études primaires et revues systématiques publiées en 2019-2020 confirment la pertinence du modèle de soins par étapes et la nécessité de recourir à un large éventail d'interventions, allant des autosoins non guidés ou guidés aux interventions offertes en présence, incluant la psychothérapie, pour répondre aux besoins grandissants de la population.

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

SUMMARY

Efficacy of psychosocial interventions for the prevention and treatment of common mental disorders and symptoms

CONTEXT

Common mental disorders and symptoms, including anxiety and depression, affect a significant proportion of the population. The needs for mental health services are numerous and have increased since the start of the COVID-19 pandemic. The goal of this knowledge synthesis is to document the efficacy of various psychosocial interventions aimed at preventing and treating common mental disorders and symptoms. Four questions were formulated to meet this goal:

1. Which psychosocial interventions are effective in preventing and treating common mental disorders and symptoms?
2. Which characteristics and components of psychosocial interventions have been shown to be effective?
3. How are psychosocial interventions perceived by individuals presenting common mental disorders or related symptoms?
4. What are the moderating variables (characteristics of the individuals and clinical conditions) and mediating variables (therapeutic processes and procedures) associated with the efficacy of psychosocial interventions?

In line with ministerial guidelines and the Quebec Program for Mental Disorders, the work focused on interventions that can be offered in local services, by various categories of workers and professionals, and in modalities that promote access to mental health services (e.g., digital interventions, interventions offered in group or hybrid format). Of note, this report does not cover the professional, organizational, economic and ethical dimensions, nor the implementation issues related to the interventions. Furthermore, the efficacy results presented here are based on international studies and thus, are not contextualized to the clinical and professional practice in Quebec.

This report covers the efficacy of psychosocial interventions (Question 1); the characteristics and components of effective interventions (Question 2); and the individuals' experience with these interventions (Question 3). A second report will be produced to document the personal and clinical characteristics of those individuals most likely to respond favourably to these interventions (moderating variables) and to identify active elements associated with their efficacy (mediating variables) (Question 4).

METHODOLOGY AND DATA SOURCES

The literature review is based on a rapid systematic review method where some steps of the systematic review process have been omitted or abridged. The literature selected includes 69 primary studies and 19 systematic reviews published in 2019–2020. These reviews totalize more than 1,000 studies published from 1966 to 2019. An update of the literature search was also carried out in February 2022. A summary of this update, based on the titles and abstracts, is also presented.

A narrative synthesis based on effect sizes (using Cohen's d measure) was conducted. The grading of evidence from primary studies lead to the formulation of 30 statements on the efficacy of psychosocial interventions and 19 statements on the users' experience. The statements on efficacy were formulated by taking into account the age group, the individuals' clinical profiles, the type of clinical support offered, the theoretical approach underpinning the interventions and their effects on symptoms of depression, anxiety and stress as well as on individuals' quality of life, psychological well-being, functioning and personal competencies.

KEY RESULTS ON THE EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

The reviewed primary studies demonstrated the efficacy of 17 unguided self-care, 9 guided self-care and 12 in-presence interventions aimed at reducing symptoms of common mental disorders or generating psychosocial benefits.

Effective interventions to reduce symptoms of common mental disorders

- Unguided self-care based on the principles of cognitive-behavioural therapy, either transdiagnostic or focused on cognitive restructuring, as well as those based on mindfulness positive psychology or on psychological education, are effective in reducing symptoms of depression, anxiety and stress in adults presenting an anxiety, depressive or adjustment disorder or related symptoms. Clinically significant improvement rates reported in the studies ranged from 19% to 53%.
- Guided self-care based on the principles of cognitive-behavioural therapy are effective in reducing symptoms of depression, anxiety and stress in adults presenting an anxiety, depressive, obsessive-compulsive or an adjustment disorder or related symptoms. Clinically significant improvement rates reported in the studies ranged from 42% to 69%.
- Guided self-care based on the principles of cognitive-behavioural therapy are likely to lead to a reduction in symptoms of depression in adolescents presenting a depressive disorder.
- In-presence interventions based on the principles of cognitive-behavioral therapy in general, or focused on exposure and response prevention, cognitive restructuring, or on return to work, are effective in reducing symptoms of

depression, anxiety and stress in adults presenting symptoms of anxiety or an anxiety, obsessive-compulsive or adjustment disorder.

Effective interventions to generate psychosocial benefits

- Unguided self-care based on principles of mindfulness, positive psychology and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy are likely to improve functioning, quality of life or psychological well-being in adults presenting an anxiety or a depressive disorder or related symptoms.
- Unguided self-care based on mindfulness are likely to improve quality of life or psychological well-being when offered as a preventive intervention to adults at risk of presenting symptoms of common mental disorders.

Please note that...

These results were obtained in the context of randomized controlled trials using highly structured, manualized interventions carried out by trained and supervised staff. The efficacy of these interventions is therefore dependent on these conditions and would likely be influenced by other factors in a real care setting.

The results obtained in the primary studies are consistent with those reported in the selected systematic reviews. These reviews further indicated the following:

- Guided self-care based on principles of cognitive-behavioral therapy are effective not only in reducing symptoms of depression in adolescents presenting a depressive disorder or related symptoms, but also in reducing symptoms of anxiety in adolescents presenting an anxiety disorder or related symptoms.
- In-presence interventions based on mindfulness, interpersonal therapy, brief psychodynamic therapy, as well as counseling, are effective in reducing symptoms of depression in adults with a depressive disorder or related symptoms.
- In-presence interventions based on trauma-focused cognitive-behavioral therapy as well as music therapy are effective in reducing symptoms of stress in adults at risk of presenting or presenting symptoms of stress or a post-traumatic stress disorder.
- In-presence interventions based on third-wave cognitive-behavioral therapy are effective in reducing symptoms of anxiety and depression in adolescents at risk of presenting symptoms of anxiety or stress.

- In-presence interventions based on storytelling are effective in reducing symptoms of depression in the elderly presenting a depressive disorder or related symptoms, while third-wave cognitive-behavioral interventions are effective in reducing symptoms of depression in the elderly at risk of presenting or presenting mild symptoms of common mental disorders.

KEY RESULTS ON THE CHARACTERISTICS AND COMPONENTS OF EFFECTIVE INTERVENTIONS

The content analysis conducted on the identified interventions indicates that few characteristics and components clearly distinguish effective interventions from interventions whose efficacy has not been demonstrated. Generally speaking, however, the studies reviewed indicated the following:

- effective interventions for reducing symptoms of common mental disorders or producing psychosocial benefits are often brief (less than 7 hours), offered in digital format and include some form of coaching or clinical support;
- effective interventions for reducing symptoms of anxiety, depression or stress are mainly composed of exposure and response prevention, behavioural activation, self-observation and psychological education;
- effective interventions for improving quality of life and psychological well-being are mainly composed of visualization and mindfulness activities, emotion regulation, consolidation and maintenance of acquired knowledge, as well as demonstrations and testimonials.

Please note that...

These results are descriptive in nature and do not indicate whether the identified characteristic or component causally contributes to the efficacy of the intervention. They only indicate that a particular characteristic or component is more often found among effective interventions than among less effective ones.

KEY RESULTS ON THE USERS' EXPERIENCE

The components and relational aspects of self-care and in-presence interventions considered most useful by users are as follows:

- self-observation, psychological education, learning to confront one's fears and harmful thoughts, learning to manage one's emotions as well as mindfulness activities, including meditation, relaxation and self-compassion exercises;
- additional components include the practitioner's ability to create a warm, caring and respectful supportive relationship in a safe environment; understanding the therapeutic process and playing an active role in it; and shared decision-making.

The benefits derived from self-care and in-presence interventions are as follows:

- some normalization of the individuals' condition; a feeling that they are like other people; increased self-knowledge and self-esteem; and a feeling of being more in control and better equipped.

The following improvements to self-care and in-presence interventions are suggested:

- lighten and clarify content, diversify learning strategies, devise more flexible and customizable intervention methods;
- the ability to complete interventions at one's own pace.

Some elements specific to the perspectives of adolescents and the elderly were also highlighted. Important considerations for adolescents include the visual look of digital interventions and protection of their anonymity on discussion forums for fear of being identified and bullied by their peers. Elderly people, however, greatly appreciate opportunities to socialize and value the peer support they receive from discussion forums and group interventions.

CONCLUSION

The results from the primary studies and systematic reviews published in 2019–2020 confirm the relevance of the stepped-care model and the need to use a wide range of interventions, from unguided and guided self-care to in-presence interventions, including psychotherapy, in order to respond to the growing needs of the population.

The work carried out is consistent with the 2022–2026 Interministerial Mental Health Action Plan which, among other objectives, aims to continue the implementation of the Quebec Program for Mental Disorders and to introduce innovation through the integration of digital interventions into mental health services. We hope that the results of our review will support the Ministry of Health and Social Services in its response to the needs of people with common mental disorders and related symptoms.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAT	Anthroposophic art therapy
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
ADIS-5	Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5
AMSTAR	A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews
APA	American Psychiatric Association
APS	Australian Psychological Society
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CBT	Cognitive behavioral therapy
CerQual	Confidence in the evidence from reviews of qualitative research
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
iCBT	Internet-delivered Cognitive behavioral therapy
ISTSS	International Society of Traumatic Stress Studies
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
MEiCBT	Mindfulness-enhanced iCBT
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute of Health and Care Excellence
OCD	Obsessive-compulsive disorder
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PEARL	Program to enhance adjustment to residential living
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
SAD	Social anxiety disorder
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

GLOSSAIRE

Autosoins

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

Pour plus d'informations sur les autosoins, voir la [section 3.1](#).

Bénéfices psychosociaux

Les bénéfices psychosociaux abordés dans ce rapport sont la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement global, social ou occupationnel de la personne ainsi que les compétences personnelles, telles que la littératie, la résolution de problèmes et la régulation des émotions.

Capital psychologique positif

Le capital psychologique positif est l'état psychologique d'un individu, qui se caractérise par : 1) la confiance (auto-efficacité) pour entreprendre et fournir les efforts nécessaires pour réussir des tâches difficiles, 2) l'attribution positive (optimisme) de la réussite actuelle et future, 3) la persévérance quant aux objectifs et, si nécessaire, la réorientation vers les objectifs (espoir) afin de réussir et 4) en présence de problèmes et d'adversité, le maintien des acquis et la résilience pour atteindre le succès [Luthans et Youssef-Morgan, 2017].

Comparateur actif

Un comparateur actif est une activité d'une durée et d'une nature similaires à celles de l'intervention évaluée dans l'étude, mais dépourvue de son contenu thérapeutique.

Par exemple, un logiciel d'entraînement à la mémoire utilisé comme comparateur actif à un autosoin non guidé, ou encore des rencontres de groupe consacrées à des activités de loisirs utilisées comme comparateur actif à une intervention de groupe de pleine conscience.

Éducation psychologique

L'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux. L'enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, de même que sur le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé

et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi [Office des professions du Québec, 2021, section 5, p. 03].

Essai contrôlé randomisé

Un essai contrôlé randomisé est une étude expérimentale dans laquelle les données empiriques et mesurables sont recueillies et analysées pour répondre à une question de recherche. C'est la forme d'étude expérimentale la plus robuste. La randomisation permet une répartition aléatoire des participants dans un groupe de traitement ou un groupe contrôle pour permettre les comparaisons. Le but premier de cette procédure est de créer des groupes aussi similaires que possible, de sorte que l'intervention soit la variable qui les différencie [APS, 2018, p. 14, traduction libre].

Intervenant

Dans les études recensées, un intervenant est une personne qui fournit du soutien clinique dans le cadre d'un autosoin guidé ou qui offre une intervention en présence. Il peut s'agir, notamment, de travailleurs ou d'étudiants dans les domaines de services sociaux ou santé mentale, de pairs aidants ou d'enseignants.

Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions basées sur la thérapie interpersonnelle. Celle-ci est une approche brève et structurée qui considère que les problèmes de santé mentale et les problèmes interpersonnels sont interreliés. Les problèmes interpersonnels incluent, notamment, les conflits interpersonnels, les transitions de rôles, les deuils et les déficits dans les relations. Le but de cette thérapie est d'aider la personne à mieux comprendre comment ses problèmes peuvent la conduire à vivre de la détresse et la mettre à risque de développer des problèmes de santé mentale. Elle explore les perceptions individuelles et attentes relationnelles et vise à améliorer la communication et les habiletés interpersonnelles [APS, 2018, p. 8, traduction libre].

Intervention centrée sur la personne

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

Intervention cognitivo-comportementale

Sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Cette thérapie considère que les émotions et les comportements dysfonctionnels sont le résultat de schèmes de pensée erronés. Le thérapeute travaille avec la personne sur l'identification des pensées, des émotions et

des comportements problématiques. Les techniques cognitivo-comportementales incluent notamment l'exposition, la relaxation, la modification du comportement, l'activation comportementale et la restructuration cognitive [APS, 2018, p. 7, traduction libre].

Intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague

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

Intervention psychodynamique

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

Intervention psychosociale

Les interventions psychosociales sont des activités, techniques ou stratégies qui visent à influencer la réponse au traitement de la personne par une modification de ses facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels et environnementaux. Elles peuvent inclure des éléments génériques retrouvés dans toutes les interventions ou des éléments associés uniquement à une orientation ou une approche théorique particulière. Les changements ciblés touchent les symptômes liés à la santé physique ou mentale de la personne, son fonctionnement et son bien-être [IOM, 2015, p. 32]. Pour plus d'informations sur l'intervention psychosociale, voir la [section 3.2](#).

Méta-analyse

La méta-analyse est une revue systématique de littérature qui repose sur la mise en commun de données quantitatives tirées des études primaires et la nouvelle analyse de ces données à l'aide de méthodes statistiques établies. Cette mise en commun fait grossir l'échantillon et en fait augmenter la puissance, ce qui permet de tirer des conclusions statistiquement significatives. Il n'est cependant pas toujours possible de procéder à la méta-analyse si les données tirées des études primaires sont trop différentes [ASPC, 2014, p. 64].

Prévention indiquée

Les interventions de prévention indiquée sont destinées aux personnes qui montrent un risque élevé ou un cumul de facteurs de risque et qui présentent des symptômes légers, mais détectables, laissant présager d'une prédisposition au développement d'un trouble mental ou de sa présence [Mrazek et Haggerty, 1994]. Pour plus d'informations sur la prévention indiquée, voir la [section 3.3](#).

Prévention sélective

Les interventions de prévention sélective sont destinées aux personnes ou à un sous-groupe de la population qui présentent un risque d'avoir des symptômes de troubles mentaux sensiblement plus élevé que la moyenne dans la population générale. Les groupes à risque peuvent être identifiés sur la base de facteurs de risque biologiques, psychologiques ou sociaux qui sont associés à l'apparition de troubles mentaux [Mrazek et Haggerty, 1994]. Pour plus d'informations sur la prévention sélective, voir la [section 3.3](#).

Prévention universelle

La prévention universelle s'adresse au grand public ou à l'ensemble d'un groupe de la population qui n'a pas été identifié sur la base d'un risque. L'intervention est souhaitable pour tous les membres de ce groupe [Mrazek et Haggerty, 1994]. Il est à noter que les interventions de prévention universelle ne sont pas couvertes dans la présente synthèse des connaissances.

Professionnel

Correspond à toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier. Cette personne exerce l'une des professions réglementées et intervient auprès des participants selon son champ d'exercice¹. Dans les études recensées, un professionnel est une personne qui fournit du soutien clinique dans le cadre d'un autosoin guidé ou qui offre une intervention en présence.

Psychothérapie

Traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique. qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement est basé sur des modèles théoriques reconnus et va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien [Office des professions du Québec, 2021, section 5, p. 01].

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

Revue systématique

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

Santé mentale

La santé mentale fait référence à un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, d'être productive, de se réaliser et de participer à la vie dans sa communauté. Les facteurs déterminant de la santé mentale d'une personne peuvent être d'ordre individuel, social, environnemental et génétique [MSSS, 2022, p. 3].

Taille d'effet

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

Traitement pour cas identifié dans la zone clinique

Ce type de traitements est offert à des personnes requérant une attention clinique particulière en raison de la nature et de la sévérité des symptômes présentés [Mrazek et Haggerty, 1994]. Dans la plupart des études recensées pour le présent rapport, il s'agit de personnes qui présentent des symptômes modérés à sévères et qui ont obtenu un résultat se situant à l'intérieur des seuils cliniques à un questionnaire autorapporté et validé. Pour plus d'informations sur les cas identifiés dans la zone clinique, voir la [section 3.3](#).

Traitement standard pour trouble présumé

Les traitements standards sont offerts aux personnes qui atteignent ou sont sur le point d'atteindre les niveaux de diagnostic du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*). Le protocole de traitement standard vise à réduire la durée d'existence du trouble, à stopper une progression de la gravité et à empêcher la récurrence du trouble initial ou, si ce n'est pas possible, à augmenter la durée entre les épisodes. Dans la classification de Mrazek et Haggerty [1994], on fait référence à des traitements standards pour « trouble connu ». Pour plus d'informations sur les traitements pour trouble présumé, voir la [section 3.3](#).

Trouble anxieux

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

Trouble de l'adaptation

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

Trouble dépressif

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

Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Ce trouble se caractérise par l'exposition à un événement stressant ou traumatique et l'apparition subséquente d'une détresse psychologique. La présentation clinique des symptômes est très variable, les plus fréquents étant une humeur dysphorique, une externalisation de colère et d'agressivité et des symptômes dissociatifs. Les troubles inclus dans cette catégorie diagnostique sont le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de stress aigu et le trouble de l'adaptation [APA, 2015, p. 313].

Trouble mental

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

Trouble mental courant

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

Trouble obsessionnel-compulsif

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

Trouble présumé

Dans le présent rapport, un trouble présumé fait référence à un trouble dont la présence est présumée sur la base d'une entrevue diagnostique structurée ou semi-structurée administrée par des professionnels, des chercheurs ou assistants de recherche formés à cette fin². Comme pour un diagnostic, ces entrevues tiennent compte de la combinaison précise des symptômes, de leur durée et de leur fréquence, ainsi que de leur perturbation du fonctionnement de la personne. Les entrevues structurées les plus fréquemment utilisées dans les études recensées sont, notamment, la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), l'*Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5* (ADIS-5), la *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID).

Suivi usuel

Suivi offert par un médecin ou autre professionnel de la santé et des services sociaux dont continuent à bénéficier les personnes enrôlées dans une étude. La fréquence et la nature de ce suivi sont très variables, rarement documentées et contrôlées dans les études. Il peut s'agir d'une référence, d'informations sur les traitements disponibles, de conseils sur les saines habitudes de vie, d'un suivi pharmacologique ou de tout autre service normalement accessible aux personnes présentant la même condition dans les mêmes circonstances.

² Il est à noter qu'afin d'alléger le texte, le terme « trouble mental » est utilisé pour faire référence à un trouble mental présumé.

INTRODUCTION

Les données issues de la littérature révèlent que près d'une personne sur cinq présentera un trouble mental au cours de sa vie [CSMC, 2017; CSBE, 2012]. Il est également rapporté que 50 % des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans et qu'entre 70 % et 75 % se manifestent avant 25 ans [Bordeleau et Joubert, 2017; MSSS, 2015]. Les troubles anxieux et dépressifs sont les plus fréquents et représentent plus de 65 % des troubles mentaux diagnostiqués dans la population. De plus, la concomitance des troubles anxieux et dépressifs est élevée. Le tiers des personnes qui ont un trouble anxieux développeront un autre trouble au cours de leur vie, notamment une dépression majeure. Lorsqu'ils ne sont pas traités, les troubles mentaux courants, incluant les troubles anxieux et dépressifs, tendent à devenir plus sévères, récurrents et chroniques, et ils entraînent des répercussions importantes pour la personne qui en est atteinte, pour sa famille ainsi que pour son entourage [INESSS, 2018; CSMC, 2017].

Malgré la prévalence considérable des troubles mentaux courants au sein de la population et leurs conséquences négatives sur le fonctionnement, peu de personnes consultent. De fait, des données d'enquête indiquent qu'au Canada, moins de la moitié des personnes avec des symptômes suggérant la présence d'un trouble dépressif avaient été diagnostiquées, et seulement 30 % d'entre elles avaient consulté un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant l'enquête [Pelletier *et al.*, 2017]. Les obstacles à l'utilisation des services pour des problèmes de santé mentale sont multiples, les plus importants étant la méconnaissance des troubles mentaux et la peur de la stigmatisation [INESSS, 2018]. De plus, la plupart des personnes qui consultent se font proposer un traitement pharmacologique, et ce, malgré la recommandation des guides de pratique clinique qui privilégient les interventions psychologiques pour traiter les troubles dépressifs et anxieux moins sévères [NICE, 2021; ACSM, 2018; Chodos, 2017; Funk *et al.*, 2014].

Depuis l'hiver 2020, la pandémie mondiale de la COVID-19 a eu des effets importants sur la santé mentale et le bien-être psychologique des personnes. En effet, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) 2020-2021³ a révélé que près de 30 % des personnes ayant un sentiment de détresse psychologique élevé l'attribuait à la pandémie. Un sondage réalisé par l'INSPQ en janvier 2022 [Dionne *et al.*, 2022] indique par ailleurs que les effets de la pandémie sont encore plus marqués chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans. Les taux de détresse psychologique et de symptômes d'anxiété modérés à sévères observés dans ce groupe d'âge ont atteint des sommets, à près de 40 %, entre l'automne 2020 et l'hiver 2021. Des données québécoises recueillies auprès d'étudiants en secondaire 1 et 2 (âge moyen : 12,6 ans) indiquent de plus que les adolescents évalués pendant la pandémie ont rapporté présenter plus de symptômes d'anxiété et des niveaux de stress plus élevés que ceux évalués avant la

³ Institut de la statistique du Québec (ISQ). Inquiétudes et détresse psychologique [site Web]. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois#inquiétudes> (Diffusion : 19 octobre 2021).

pandémie. Un impact négatif du confinement sur leur santé mentale et leur bien-être psychologique a également été rapporté par 24 % d'entre eux [Lane *et al.*, 2021].

De fait, plusieurs publications réalisées depuis le début de la pandémie indiquent que les besoins de la population en services psychosociaux et en santé mentale se sont considérablement accrus en raison des conséquences et des séquelles liées aux mesures sanitaires ou à une infection à la COVID-19 (p. ex. : perte d'emploi, isolement, décès d'un proche, COVID longue, report de soins) et d'un accès réduit à ces services pendant la pandémie [INESSS, 2020a; INESSS, 2020b; INSPQ, 2020]. Dans ces circonstances, l'élargissement de l'offre de services en matière de santé mentale apparaît d'autant plus urgent.

C'est d'ailleurs dans la visée d'offrir un plus grand éventail de services en santé mentale que, déjà en 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avait mis sur pied le *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM) [MSSS, 2020b]. Ce programme s'appuie sur un modèle de soins par étapes, allant des interventions moins complexes, telles que les autosoins et l'éducation psychologique, à des interventions plus complexes, comme la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres psychothérapies [INESSS, 2018; Fournier *et al.*, 2012]. Le ministère a réaffirmé cette volonté dans son *Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19* [MSSS, 2020a] et, plus récemment, dans son *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif* [MSSS, 2022], en prônant notamment le recours accru aux interventions numériques.

L'efficacité de la psychothérapie pour traiter les troubles mentaux courants est largement démontrée. En contraste, celle des interventions dites de basse intensité, dont les autosoins guidés et les autosoins non guidés, généralement offerts en format numérique, n'est pas encore clairement établie. Les nombreux besoins en santé mentale invitent pourtant à documenter l'efficacité de toute intervention susceptible d'y répondre. C'est dans ce contexte et dans le cadre de son plan triennal d'activités 2019-2022 que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a entrepris des travaux afin de réaliser une synthèse des connaissances sur l'efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. Plus précisément, les questions abordées sont les suivantes :

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 documentée?
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?

En conformité avec les orientations ministérielles et le Programme québécois pour les troubles mentaux, les travaux de l'INESSS ont été axés sur les interventions pouvant être offertes dans les services de proximité par différentes catégories d'intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux, dans des modalités favorisant l'accès aux services de santé mentale (p. ex. : interventions numériques, interventions offertes en format de groupe ou en mode hybride). Il est à noter que les dimensions professionnelle, organisationnelle, économique et éthique ainsi que les enjeux d'implantation en lien avec les interventions ne sont pas couverts dans ce rapport. De plus, les résultats d'efficacité présentés ici, sont basés sur des études internationales et ne sont donc pas contextualisés à la pratique clinique et professionnelle au Québec.

Ce rapport traite de l'efficacité des interventions psychosociales (question 1), sur les caractéristiques et composantes des interventions efficaces (question 2), ainsi que sur l'expérience des personnes avec celles-ci (question 3). Un deuxième rapport sera produit afin de documenter les caractéristiques personnelles et cliniques des individus les plus susceptibles de répondre favorablement à ces interventions (variables modératrices) et de cerner les éléments essentiels à leur efficacité (variables médiatrices) (question 4).

1 MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DES DONNÉES

La méthodologie et le cadre d'analyse sont présentés en détails à l'annexe A (document *Annexes complémentaires*) (méthodologie). Seuls les éléments permettant de bien saisir la teneur des résultats présentés sont repris ici.

1.1 Méthode de revue systématique

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. Aux fins de ce rapport, la sélection des études, l'évaluation de leur qualité et leur extraction n'ont pas été réalisées 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 du projet ou une autre professionnelle scientifique.

La littérature couverte par une méthode de revue rapide est moins exhaustive que dans le cadre d'une revue systématique en bonne et due forme. En effet, en contraste avec cette dernière, le but n'est pas de recenser l'ensemble des études publiées et non publiées sur le sujet. L'objectif est plutôt de recenser les études permettant de répondre aux questions d'évaluation, et l'exhaustivité de cette recherche est déterminée par les contraintes de temps et de ressources.

1.2 Repérage de la littérature

La littérature sur les interventions visant à traiter les troubles mentaux courants est colossale. Afin de limiter le nombre de publications repérées, il a été convenu :

- d'inclure uniquement les études publiées en anglais et en français;
- d'exclure la littérature grise;
- de ne pas utiliser de stratégies de repérage secondaires.

Le recours à une limite à partir des dates de publication est une stratégie utilisée dans 68 % à 89 % des revues rapides [Tricco *et al.*, 2016; Tricco *et al.*, 2015]. Ainsi, la première stratégie documentaire, élaborée en collaboration avec la conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS, a consisté à se limiter aux publications parues dans les cinq dernières années (2015-2020). Cette stratégie a généré 13 328 notices.

Ce volume étant au-delà des capacités de traitement des ressources assignées au projet, un filtre a ensuite été appliqué selon le type de publication afin de restreindre le repérage aux revues systématiques, méta-analyses, rapports d'évaluation des technologies et essais contrôlés randomisés. Ce filtre a été appliqué uniquement aux publications parues entre 2015 à 2018, afin de capter l'ensemble des études et revues

publiées en 2019-2020. Cette stratégie a conduit au repérage de 6 686 notices et de 1 698 documents qui auraient dû faire l'objet d'une lecture complète.

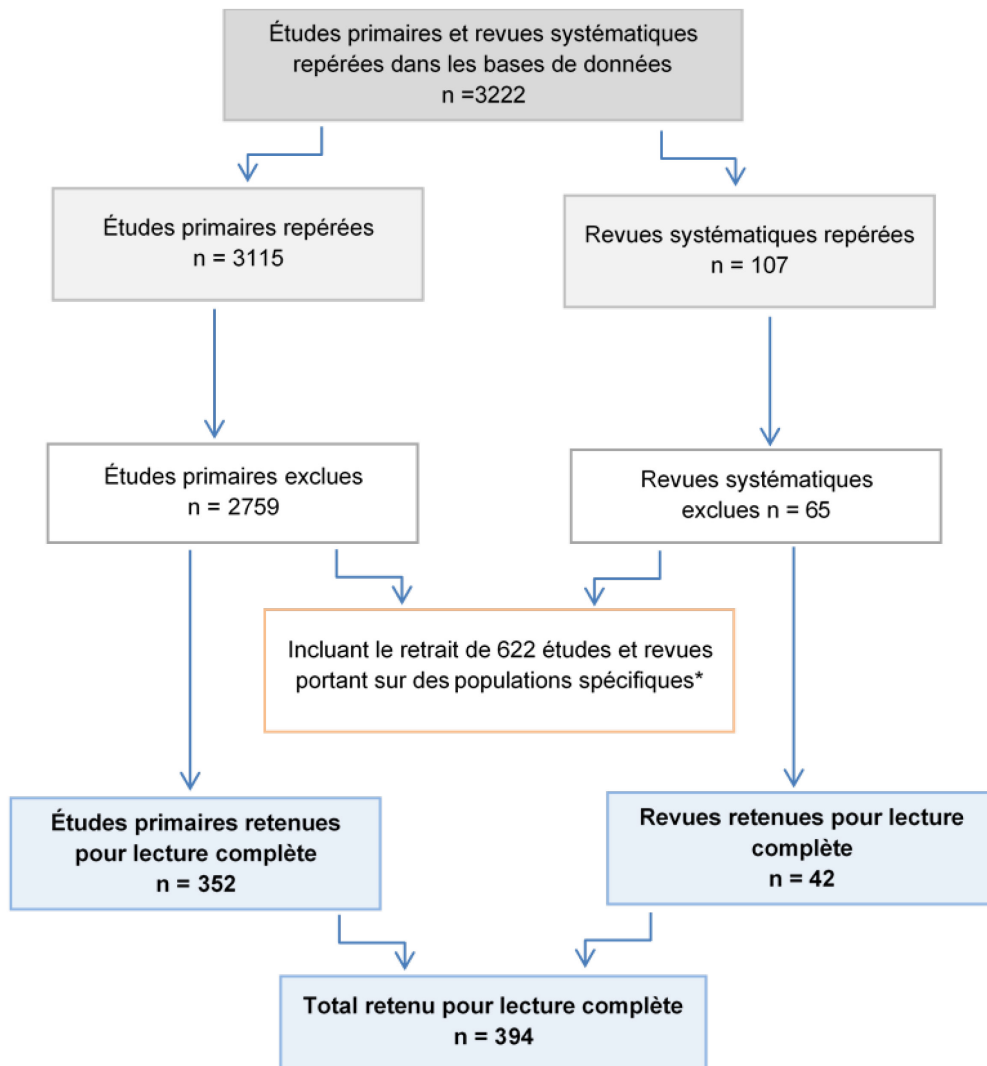
Ce volume demeurant élevé, il a été convenu de limiter le repérage aux 3 222 revues systématiques et études primaires publiées en 2019-2020. Le raisonnement était que les revues systématiques permettraient de capter les études primaires publiées antérieurement à 2019-2020. Il a également été décidé à cette étape de resserrer les critères de sélection et de ne pas considérer les 622 études conduites auprès de populations spécifiques, c'est-à-dire les études dont les échantillons étaient composés uniquement de personnes avec des symptômes ou un trouble mental courant ET l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- condition médicale comorbide (p. ex. : diabète, cancer, douleurs chroniques);
- trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, démence ou troubles de dépendances concomitants;
- populations de vétérans/militaires, réfugiés, immigrants, mères adolescentes, proches-aidants, minorités ethniques/culturelles (p. ex. : LGBT+, Afro-Américains, Latinos).

La stratégie documentaire finale couvrant les publications parues de janvier 2019 à juillet 2020 est présentée à l'annexe A (document *Annexes complémentaires*). Comme il est illustré dans les diagrammes de flux aux figures 1 et 2, sur les 3 222 notices repérées, 394 articles ont fait l'objet d'une lecture complète. De ce nombre, 153 articles ont été retenus pour extraction et analyse, incluant 19 revues systématiques et 69 études primaires pour les volets portant sur l'efficacité et l'expérientiel.

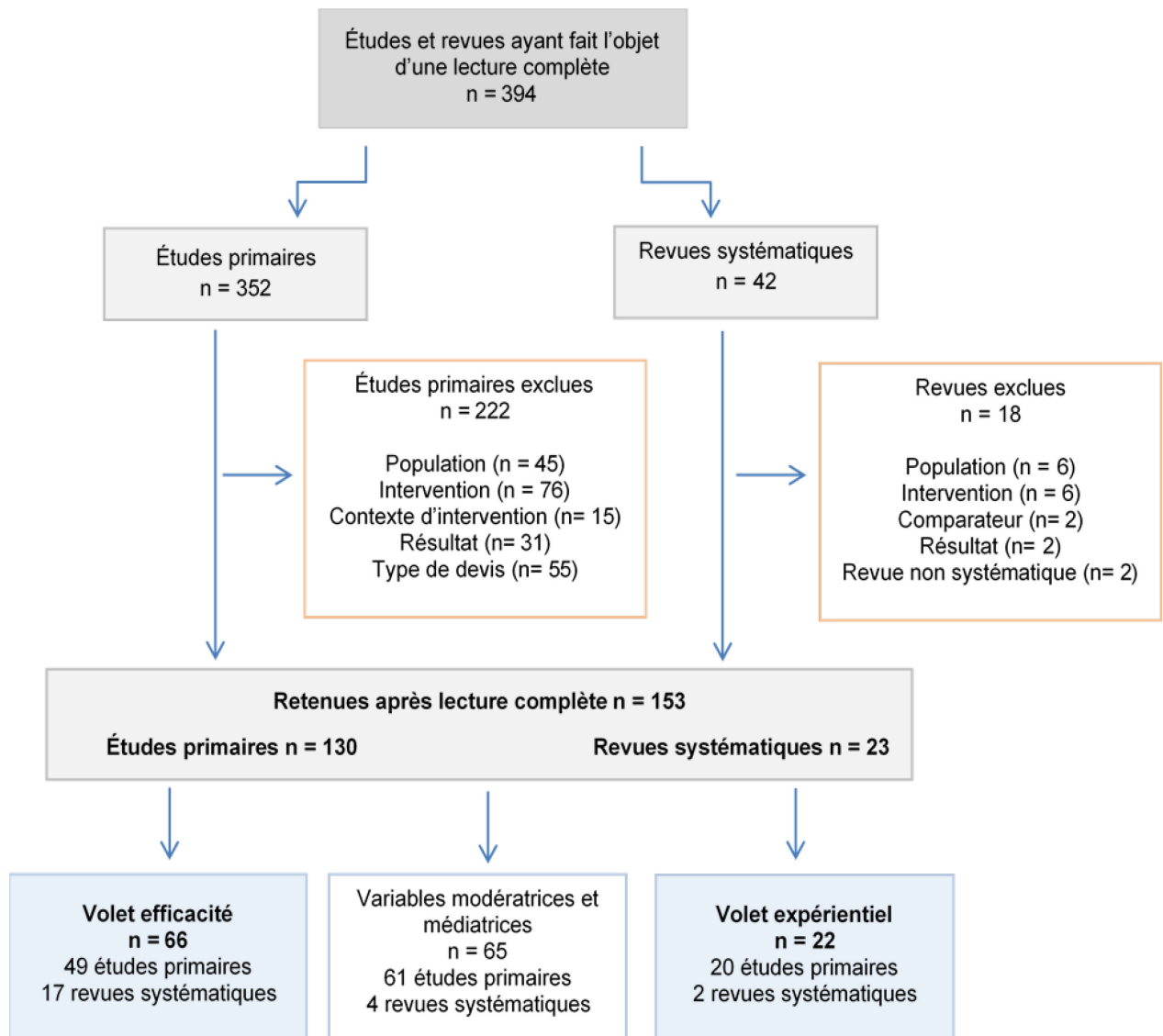
Il va de soi que les limites imposées pour le repérage des études et revues publiées en 2019-2020 ont fait en sorte qu'il a été impossible de capter l'ensemble des interventions psychosociales existantes pour prévenir et traiter les troubles mentaux courants. Les travaux sont limités aux interventions dont l'efficacité a été documentée dans les études primaires et revues systématiques publiées en 2019-2020. Il est à noter cependant que les 19 revues systématiques totalisent 1 110 études primaires publiées entre 1966 et 2019, ce qui compense en partie le court horizon temporel des études primaires retenues. Une mise à jour de la littérature a également été effectuée, couvrant les publications parues de juillet 2020 à février 2022. Un résumé, basé sur les 5 450 notices repérées, est présenté à l'annexe D (document *Annexes complémentaires*).

Figure 1 Diagramme de flux à partir des titres et résumés



Populations spécifiques *: Études/revues portant uniquement sur des personnes présentant des symptômes ou un trouble mental courant **ET** une condition médicale, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle, une démence ou un trouble de dépendance comorbide, ou composées uniquement de vétérans/militaires, de réfugiés, immigrants ou minorités ethniques/culturelles, femmes enceintes, mères adolescentes, proches-aidants.

Figure 2 Diagramme de flux à partir de la lecture complète



1.3 Critères de sélection des interventions psychosociales

Comme il a été mentionné précédemment, les travaux effectués ont été axés sur les interventions pouvant être offertes dans les services de proximité par différentes catégories d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux, dans des modalités favorisant l'accès aux services de santé mentale (p. ex. : interventions numériques, interventions offertes en format de groupe et en mode hybride).

En conformité avec cet objectif, et considérant que la démonstration de l'efficacité de la psychothérapie, plus particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale, pour traiter les troubles mentaux courants n'est plus à faire [INESSS, 2018; IOM, 2015], les études primaires et revues systématiques ont été exclues :

- si les interventions évaluées étaient offertes dans des services spécialisés (milieu hospitalier, cliniques spécialisées en santé mentale);
- si les interventions évaluées relevaient de la psychothérapie (offertes par des psychologues formés et accrédités dans leur approche, en TCC ou psychodynamique par exemple) ET étaient offertes en face à face ET en format individuel.

Les interventions relevant de la psychothérapie ont toutefois été conservées si elles étaient offertes en face à face dans une modalité de groupe, en visioconférence, au téléphone ou en format mixte. Les interventions relevant de la psychothérapie ont également été conservées lorsqu'elles étaient comparées à une autre intervention de basse ou de haute intensité. En cas de doute, les interventions relevant potentiellement de la psychothérapie ont été retenues.

En effet, il faut savoir qu'alors qu'au Québec on distingue la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent [OPQ *et al.*, 2018] et que seules certaines catégories de professionnels sont légalement autorisées à offrir de la psychothérapie⁴, les informations fournies dans les articles scientifiques permettent rarement de faire ces distinctions. De même, le terme « psychothérapie » utilisé dans la littérature scientifique ne renvoie pas nécessairement à la psychothérapie telle que définie au Québec par le Code des professions.

Par conséquent, malgré l'orientation souhaitée pour les travaux, certaines des interventions psychosociales recensées peuvent relever de la psychothérapie telle que définie au Québec. Le départage des interventions relevant ou non de la psychothérapie étant en dehors du mandat de l'INESSS, il a été convenu de décrire avec le plus de détails possibles, les interventions qui se sont avérées efficaces, afin de permettre aux décideurs et autorités compétentes de déterminer, le cas échéant, les professionnels et intervenants habilités à les offrir. Ces interventions sont décrites dans les fiches descriptives présentées à l'[annexe 3](#) du rapport.

⁴ Soit les psychologues, médecins et professionnels titulaires d'un permis de psychothérapeute et ayant rempli les conditions requises.

L'ensemble des critères de sélection utilisés est présenté à l'annexe A, tableau A-1 (document *Annexes complémentaires*).

1.4 Synthèse des résultats

Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative basée sur les tailles d'effet (d de Cohen). Cette méthode est considérée acceptable lorsque les tailles d'effet sont disponibles ou peuvent être calculées, mais que leur variance n'est pas rapportée ou ne peut être calculée ou imputée [McKenzie et Brennan, 2019]. Par ailleurs, la conduite d'une méta-analyse n'était pas indispensable puisque les questions abordées dans la présente synthèse des connaissances ne visaient pas à estimer l'effet moyen des interventions ni à les ordonnancer en fonction de leur efficacité.

Les d de Cohen obtenus dans les études au post-traitement ont été utilisés ou calculés à partir des informations disponibles. Les tailles d'effet avec des seuils de signification inférieurs à $p < 0,05$ ont été jugées statistiquement significatives. Les intervalles de confiance ont été rapportés dans les études ou ont pu être calculés pour environ la moitié des comparaisons effectuées. Conséquemment, la précision des effets estimés n'a pas été considérée lors de l'interprétation des résultats. Lorsqu'ils étaient disponibles, les intervalles de confiance ont été rapportés dans les tableaux de résultats présentés à l'annexe B (document *Annexes complémentaires*).

Les résultats ont été analysés et synthétisés en tenant compte du groupe d'âge des personnes, de leur profil clinique, du type de soutien clinique offert et de l'approche théorique des interventions.

1.4.1 Classement des interventions comme étant efficaces ou peu efficaces

En premier lieu, les tailles d'effet ont été interprétées conformément aux barèmes établis pour les d de Cohen et g de Hedges [Cohen, 1988], comme suit :

- effet très faible : $d < 0,20$;
- effet faible : $d \geq 0,20$ et $< 0,50$;
- effet modéré : $d \geq 0,50$ et $< 0,80$;
- effet fort : $d \geq 0,80$.

Dans le but d'en faire l'analyse, une variable binaire a été créée de façon à classer les interventions comme efficaces ou peu efficaces. Ce classement, inspiré en partie des critères d'importance clinique établis par l'*International Society of Traumatic Stress Studies* [ISTSS, 2018], tient compte de la taille des effets obtenus, de leur importance clinique et du type de comparateur utilisé. Conséquemment, les tailles d'effet faibles ou très faibles ont été considérées comme cliniquement négligeables, et les interventions ont été classifiées comme suit.

Les interventions ont été jugées efficaces lorsque :

- l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention était modérément ou fortement supérieur à l'effet noté dans le groupe placé sur une liste d'attente, recevant un suivi usuel ou un comparateur actif (d de Cohen $\geq 0,50$).

Les interventions comparées entre elles ont été considérées d'efficacité similaire lorsque :

- la différence entre les effets observés dans les deux groupes d'interventions était très faible (d de Cohen $< 0,20$) ou légèrement en faveur de l'une ou de l'autre intervention (d de Cohen $\geq 0,20$ et $< 0,50$);

ET QUE

- les deux interventions entraînaient une diminution significative des symptômes, du pré-traitement au post-traitement.

Une intervention a été considérée comme plus efficace qu'une autre lorsque :

- l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention A était modérément ou fortement supérieur à l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention B (d de Cohen $\geq 0,50$).

Les interventions ne remplissant pas ces conditions ont été considérées comme peu efficaces. Ce classement a été validé par les membres du groupe d'experts et se justifie également d'un point de vue économique. En effet, il y aurait peu d'intérêt à investir dans une intervention qui n'entraînerait qu'une faible amélioration de la condition clinique des personnes, comparativement à une liste d'attente ou un suivi usuel.

Le classement des interventions (efficaces ou peu efficaces) est présenté pour l'ensemble des comparaisons effectuées dans les études primaires aux tableaux 8 et 9 de l'[annexe 1](#) du présent rapport.

1.4.2 Portrait global de l'efficacité des interventions

Afin de brosser un portrait global de l'efficacité des interventions, deux variables synthèses ont été créées : la première variable « symptômes de troubles mentaux courants » regroupe l'ensemble des résultats obtenus dans les études sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress; la seconde variable « bénéfices psychosociaux » regroupe l'ensemble des résultats obtenus sur la qualité de vie et le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles.

Il est à noter que la création de ces variables n'avait pas pour objectif de générer un score global où chaque groupe de symptômes contribue de façon unique et indépendante au construit ainsi créé. Les différents symptômes et bénéfices ont été regroupés en raison de leur relation logique d'un point de vue clinique. Ces variables ont été créées à des fins descriptives et dans le but d'avoir un aperçu général de l'efficacité des interventions sur les symptômes des troubles mentaux courants et les bénéfices psychosociaux, lorsque considérés dans leur ensemble.

Ainsi, et compte tenu du fait que le nombre de comparaisons⁵ effectuées sur chacun des symptômes et bénéfices diffère, la variable liée aux symptômes de troubles mentaux courants est composée à 52 % des résultats obtenus relativement aux symptômes de dépression (k = 61), à 36 % de ceux obtenus quant aux symptômes d'anxiété (k = 42) et à 12 % de ceux obtenus concernant les symptômes de stress (k = 14). De même, la variable liée aux 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).

Le portrait global porte sur l'efficacité des interventions en fonction du type de soutien clinique offert et de leur approche théorique. En contraste avec ce portrait global, les constats d'efficacité présentés par la suite tiennent compte également :

- du groupe d'âge des personnes (adolescents, adultes et personnes âgées);
- du niveau d'intervention (prévention sélective, prévention indiquée, traitement pour cas identifié dans la zone clinique, traitement standard pour trouble présumé);
- du type de symptômes ou de trouble mental courant présenté par les personnes (trouble anxieux, dépressif, etc.);
- des effets spécifiques des interventions sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress;
- des effets sur la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles;
- de la force de la preuve scientifique, conformément aux critères d'appréciation de la preuve utilisés par l'INESSS (voir annexe A du document *Annexes complémentaires*).

1.5 Validation des travaux

Les présents travaux ont été réalisés en collaboration avec un groupe d'experts, de façon à en garantir la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et l'acceptabilité quant aux résultats et constats dégagés. Les membres du groupe ont fourni de l'information, de l'expertise, des opinions et des perspectives essentielles à la réalisation de ce rapport. Quatre rencontres virtuelles ont eu lieu (5 octobre 2020; 25 mars, 15 juin et 29 novembre 2021), au cours desquelles la méthodologie, les résultats et les constats d'efficacité ont été discutés et validés par le groupe d'experts.

⁵ L'abréviation algébrique pour désigner une comparaison est le « k ».

Le plan de réalisation et les principaux résultats des travaux ont été présentés au Comité délibératif permanent, de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS, lors de rencontres virtuelles tenues le 19 juin 2020 et le 3 décembre 2021. Le comité a fourni de la rétroaction à l'équipe projet sur la pertinence et l'acceptabilité des résultats pour les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux.

Le plan de réalisation et les principaux résultats des travaux ont également été présentés au Panel des usagers et des proches, lors de rencontres virtuelles tenues le 4 juin 2020 et le 23 février 2022. Les membres du panel ont fourni de la rétroaction à l'équipe projet quant à la pertinence et à l'acceptabilité des résultats pour les personnes aux prises avec des symptômes ou des troubles mentaux courants.

2 DESCRIPTION DES ÉTUDES PRIMAIRES ET REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES

2.1 Description des études primaires retenues pour l'évaluation de l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales repose sur 49 études primaires publiées en 2019-2020, lesquelles sont décrites en détails à l'annexe B, tableau B-1 (document *Annexes complémentaires*). La qualité méthodologique a été jugée élevée pour 15 de ces études, modérée pour 30 études et faible pour 4 études. Les cotes attribuées aux études, à partir des divers critères de qualité de l'outil d'analyse critique de l'Agence de la santé publique du Canada, sont présentées à l'annexe A, tableau A-4 (document *Annexes complémentaires*).

Les études proviennent de pays occidentaux membres de l'OCDE⁶ : 24 en provenance de l'Europe, 17 des États-Unis et du Canada, 5 de l'Australie et 3 d'autres pays (Chili, Corée, Japon).

Les devis des études sont pour la grande majorité des essais contrôlés randomisés (n = 43). S'ajoutent quelques devis comparatifs avant-après (n = 5) et une étude de cohorte. La plupart des études (61 %, n = 30) ont effectué des analyses dites *intention to treat*, tenant compte des abandons, et 38 % (n = 19) des analyses dites *per protocol* basées sur les sujets ayant terminé l'étude ou un nombre prédéterminé de séances ou de modules.

Les échantillons sont composés en moyenne de 175 sujets, nombre variant de 45 à 837, à l'exception de deux études comptant respectivement 1 435 et 2 122 sujets et composées majoritairement de femmes (77 % en moyenne) :

- la majorité des études ciblent une population adulte (n = 38) âgée entre 19 et 53 ans (M = 35,1 ans, $\pm$ 9,12);
- 9 études portent sur une population adolescente âgée entre 12 et 17 ans (M = 15,7 ans, $\pm$ 1,7);
- 2 études portent sur des personnes âgées de 65 ans et plus, avec un âge moyen de 70 ans ($\pm$ 8,1) dans une étude et de 86 ans dans l'autre ($\pm$ 7,3).

Les interventions ont été offertes :

- en prévention sélective à des personnes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants, dans 7 études;
- en prévention indiquée à des personnes présentant des symptômes légers, dans 5 études;

⁶ Organisation de coopération et de développement économiques.

- à des personnes avec des symptômes modérés à sévères se situant au-dessus du seuil clinique, dans 13 études;
- à des personnes présentant un trouble mental courant présumé, dans 24 études.

Les personnes composant les échantillons présentaient des symptômes ou un trouble anxieux dans 18 études, des symptômes ou un trouble dépressif dans 16 études, des symptômes de stress ou un trouble lié à des facteurs de stress dans 3 études et plus d'un type de symptômes ou troubles dans 12 études. Peu d'études ont documenté la présence de troubles comorbides⁷ ou autres informations cliniques d'intérêt. Le cas échéant, celles-ci indiquent qu'en moyenne :

- 53 % des participants présentent des troubles mentaux comorbides (rapporté dans 15 études);
- 48 % ont reçu antérieurement des traitements psychologiques (rapporté dans 17 études);
- 23 % reçoivent d'autres traitements psychologiques simultanément (rapporté dans 7 études);
- 36 % étaient sous traitement pharmacologique au moment de l'intervention (rapporté dans 19 études).

Les interventions psychosociales évaluées dans les études ont une durée moyenne de 9 semaines ($\pm 5,7$), allant de quelques heures à 31 semaines. La majorité des interventions (72 %) ont toutefois eu cours sur une période de moins de 12 semaines. Le nombre moyen de séances ou de modules est de 7, variant entre 1 et 14, à l'exception de deux interventions en présence comptant 23 et 25 séances, respectivement, et de trois autosoins dénombant de 31 à 56 modules ou activités.

Le pourcentage d'abandon dans les études est de 15 % en moyenne, variant entre 0 et 59 %, à l'exclusion de deux études pour lesquelles celui-ci est respectivement de 69 % et 81 %. Il est à noter que tous les autosoins ont été offerts en format numérique (en ligne ou sur application mobile), à l'exception de deux études où ils ont été proposés sous forme de livre ou de disque compact. Les interventions en présence ont toutes été offertes en face à face, sauf dans le cas d'une étude où les interactions se sont déroulées au téléphone.

Enfin, 18 études (37 %, $n = 18$) ont rapporté des données de suivi post-traitement après une période d'un mois ($n = 1$), de 3 mois ($n = 5$), de 6 mois ($n = 7$) et de 12 mois ($n = 4$) et d'une durée inconnue pour une étude.

Il est à noter que l'unité d'analyse utilisée pour évaluer l'efficacité des interventions n'est pas l'étude mais les comparaisons effectuées entre une intervention et un comparateur ou une autre intervention dans une étude. Comme certaines études évaluent l'efficacité de deux ou trois interventions différentes, le nombre de comparaisons d'interventions est plus élevé que le nombre d'études. De même, plusieurs études évaluent l'efficacité d'une

⁷ La comorbidité est la présence simultanée de plus d'un trouble.

intervention sur plus d'un groupe de symptômes, sur les symptômes d'anxiété et de dépression par exemple, de sorte que le nombre de comparaisons s'en trouve également augmenté. Ainsi, les 49 études recensées totalisent 117 comparaisons, telles que présentées au [tableau 1](#). L'abréviation algébrique pour désigner une comparaison est le « k ».

Tableau 1 Distribution des 117 comparaisons effectuées dans les études primaires

Distribution des 117 comparaisons		K	%
Groupe d'âge	Adultes	102	87
	Adolescents	13	11
	Personnes âgées	2	1,7
Type de soutien clinique offert	Autosoins non guidés	46	39
	Autosoins guidés	27	23
	Interventions offertes en présence	44	38
Approche théorique des interventions	Intervention d'approche cognitivo-comportementale	68	58
	Intervention cognitivo-comportementale de 3 ^e vague	26	22
	Intervention combinant 2 approches théoriques différentes	13	11
	Intervention basée sur la thérapie interpersonnelle	5	4
	Intervention centrée sur la personne	2	2
	Intervention d'art-thérapie	2	2
Type de comparateur	Liste d'attente	48	41
	Suivi usuel	12	10
	Comparateur actif	6	5
	Autre intervention	50	43
Symptômes évalués	Dépression	61	52
	Anxiété	42	36
	Stress	14	12
Distribution des 53 comparaisons portant sur les bénéfices psychosociaux⁸			
Bénéfices psychosociaux évalués	Qualité de vie/bien-être psychologique	23	44
	Fonctionnement	13	25
	Compétences personnelles	17	32

Le tableau 1 permet de constater que l'efficacité des interventions a été évaluée majoritairement auprès des adultes, et que l'évaluation a porté principalement sur les autosoins non guidés et les interventions offertes en présence, ainsi que sur les interventions d'approche cognitivo-comportementale. L'efficacité de ces interventions a été évaluée de façon plus importante sur les symptômes de dépression, de même que sur la qualité de vie et le bien-être psychologique.

⁸ Pour plus d'informations sur ce que comprennent les bénéfices psychosociaux dans ce rapport, voir la section du [glossaire](#).

2.2 Description des revues systématiques retenues pour l'évaluation de l'efficacité

Au total, 17 revues systématiques et méta-analyses publiées en 2019-2020 ont été retenues. Celles-ci sont décrites en détails à l'annexe B, tableau B-8 (document *Annexes complémentaires*).

Les 17 revues totalisent 1 049 études primaires publiées entre 1966 et 2018. Les résultats obtenus dans 912 d'entre elles ont été extraits à partir des informations fournies dans les revues. Ces études sont des essais contrôlés randomisés dans 85 % des cas (n = 776) et comptent 71 339 sujets au total, nombre variant entre 240 et 16 370 selon la revue (N non disponible pour 2 revues). Le pays de provenance des études primaires a été rapporté dans neuf revues, et n'est connu que pour seulement 14 % des études (n = 128) : Europe (n = 53), États-Unis (n = 42), Australie (n = 17), Canada (n = 6) et autres pays (n = 10).

Douze revues couvrent une population adulte, pour un total de 874 études publiées entre 1966 et 2018 et de 68 337 adultes. Quatre revues traitent d'une population adolescente, pour un total de 31 études publiées entre 2010 et 2017 et de 3 701 adolescents. Enfin, trois revues couvrent une population de personnes âgées, pour un total de 21 études et de 679 personnes âgées.

Par ailleurs, six revues portent sur des personnes présentant des symptômes ou un trouble dépressif, deux revues sur des personnes ayant des symptômes ou un trouble anxieux, deux revues également sur des personnes présentant un trouble de stress post-traumatique et sept revues sur des personnes manifestant divers symptômes de troubles mentaux courants.

Le [tableau 2](#) fait état de la distribution des comparaisons effectuées dans les revues sur les variables d'intérêt. Cela permet de constater que l'évaluation de l'efficacité des interventions a porté majoritairement sur des adultes, sur les interventions offertes en présence d'approche cognitivo-comportementale et sur les symptômes de dépression.

Tableau 2 Distribution des 1 880 comparaisons effectuées dans les revues systématiques

Distribution des 1 880 comparaisons		N	%
Groupe d'âge	Adultes (incluant personnes âgées dans certaines revues)	1 820	97
	Adolescents	44	2,3
	Personnes âgées	16	0,9
Type de soutien clinique offert	Autosoins non guidés	288	15
	Autosoins guidés	246	13
	Autosoins guidés et autosoins non guidés combinés	378	20
	Interventions offertes en présence	968	52
Approche théorique des interventions	Intervention d'approche cognitivo-comportementale	879	47
	Intervention cognitivo-comportementale de 3 ^e vague	206	11
	Intervention combinant 2 approches théoriques différentes	29	1,6
	Thérapie psychodynamique brève	9	0,5
	Thérapie interpersonnelle	21	1,1
	Thérapie de soutien non directive	17	9
	Récit de vie	9	5
	Musicothérapie	374	20
	Yoga	7	0,4
	Différentes approches combinées ou approche non précisée	304	16
Type de comparateur	Liste d'attente	265	15
	Suivi usuel	500	27
	Comparateur actif	12	0,6
	Autre intervention	51	3
	Différents comparateurs combinés ou non précisés	1 056	56
Symptômes et bénéfices évalués	Dépression	958	54
	Anxiété	316	18
	Stress	286	16
	Symptômes combinés	8	0,5
	Qualité de vie/bien-être psychologique	208	12
	Fonctionnement	0	0
	Compétences personnelles	0	0

Les 17 revues systématiques retenues ont l'avantage de couvrir un grand volume d'études – plus de 1 000 dans ce cas-ci – et d'avoir été publiées sur plusieurs décennies, soit de 1966 à 2019. De plus, les revues systématiques et méta-analyses présentant un faible risque de biais occupent normalement le rang le plus élevé dans la hiérarchie des preuves scientifiques.

Les revues systématiques prises en compte aux fins des présents travaux présentent toutefois certaines limites au regard des questions d'évaluation abordées, à savoir : 1) leur qualité méthodologique, 2) l'inclusion d'études primaires ne répondant pas aux critères de sélection établis et 3) le manque d'informations sur les populations et interventions examinées.

2.2.1 Qualité méthodologique des revues systématiques

La qualité méthodologique a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR-2. Elle a été jugée comme étant modérée pour 2 revues [James-Palmer *et al.*, 2020; Lewis *et al.*, 2019], faible pour 5 revues [Krause *et al.*, 2019; Li et Bressington, 2019; O'Kearney *et al.*, 2019; Roberts *et al.*, 2019; Sitbon *et al.*, 2019] et critiquement faible pour 10 revues [Reins *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2020; De Witte *et al.*, 2020; Apolinario-Hagen, 2019; Cuijpers *et al.*, 2019; Gonzalez-Valero *et al.*, 2019; Grist *et al.*, 2019; Linardon *et al.*, 2019; Lopez-Lopez *et al.*, 2019; Wright *et al.*, 2019]. Les cotes obtenues sur les différents critères de la grille et leur interprétation sont présentées à l'annexe A (document *Annexes complémentaires*).

Il importe de préciser que la grille AMSTAR-2, en vigueur depuis 2017, est beaucoup plus exigeante que la version initiale. Cette dernière avait été construite pour les revues systématiques portant uniquement sur des essais contrôlés randomisés, et tous ses critères avaient un poids équivalent. La version actuelle a été adaptée afin de tenir compte de l'inclusion de plus en plus fréquente d'études observationnelles dans les revues systématiques. Cette version compte maintenant 16 items plutôt que 11, et 7 d'entre eux sont considérés comme des domaines critiques (items 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15). Ainsi, une revue pour laquelle un seul de ces critères n'est pas rempli est considérée faible. Elle est jugée critiquement faible si plus d'un des critères n'est pas satisfait.

Selon les auteurs de la grille [Shea *et al.*, 2017], une revue critiquement faible ne doit pas être utilisée pour fournir un résumé exact et complet des études disponibles. Les résultats présentés ici doivent donc être interprétés avec réserve.

2.2.2 Inclusion d'études primaires ne répondant pas aux critères de sélection

Les 17 revues retenues totalisent 1 049 études primaires. De ce nombre, 130 études primaires incluses dans 7 revues ne répondaient pas aux critères de sélection établis pour le présent état des connaissances (p. ex. : populations avec des conditions médicales particulières, vétérans ou autres populations spécifiques). Les résultats de ces études n'ont pas été extraits et ne sont pas rapportés [James-Palmer *et al.*, 2020; Gonzalez-Valero *et al.*, 2019; Grist *et al.*, 2019; Krause *et al.*, 2019; Lewis *et al.*, 2019; Li et Bressington, 2019; Roberts *et al.*, 2019].

Dans certaines méta-analyses, toutefois, seuls les résultats agrégés sont présentés, de sorte qu'il n'est pas possible d'exclure ceux provenant d'études non admissibles. C'est le cas notamment des deux revues systématiques de référence dans le domaine, réalisées par Cuijpers et ses collaborateurs [2020; 2019]. Ces deux revues totalisent 464 études, et 45 % (n = 207) d'entre elles ne répondent pas à nos critères d'inclusion pour les raisons suivantes :

- 95 ont été réalisées auprès de personnes ayant un trouble mental courant et une condition médicale particulière;
- 53 ont été effectuées auprès de femmes avec une dépression postpartum;
- 59 ont été réalisées auprès d'autres populations spécifiques (non précisé).

L'inclusion de ces études dans les méta-analyses rend l'interprétation des résultats obtenus difficile. En effet, il n'est pas possible d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci sont comparables aux résultats qui auraient été obtenus si ces études avaient été exclues et, par le fait même, de savoir dans quelle mesure ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans les 49 études primaires retenues aux fins des présents travaux.

2.2.3 Manque d'informations sur les populations et interventions évaluées

Comme il a été mentionné précédemment, les constats dégagés à partir des études primaires tiennent compte : 1) du groupe d'âge, 2) du type de symptômes ou de trouble mental courant présentés par les individus, 3) du type de soutien clinique offert, 4) de l'approche théorique de l'intervention et 5) du type de comparateur. Or, plusieurs de ces informations ne sont pas rapportées ou n'ont pas été prises en compte dans 12 des 17 revues retenues :

- groupe ou moyenne d'âge de l'échantillon non rapporté dans 8 revues [Cuijpers *et al.*, 2020; De Witte *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2019; Lewis *et al.*, 2019; Linardon *et al.*, 2019; Lopez-Lopez *et al.*, 2019; Roberts *et al.*, 2019; Sitbon *et al.*, 2019];
- autosoins non guidés et guidés combinés ou interventions d'approches théoriques différentes combinées dans 3 revues [Reins *et al.*, 2020; Linardon *et al.*, 2019; Wright *et al.*, 2019];
- différents comparateurs regroupés ou non précisés dans 5 revues [Reins *et al.*, 2020; Gonzalez-Valero *et al.*, 2019; Linardon *et al.*, 2019; Sitbon *et al.*, 2019; Wright *et al.*, 2019];
- tailles d'effet manquantes ou non rapportées dans 2 revues [James-Palmer *et al.*, 2020; Sitbon *et al.*, 2019].

En raison de ces limites, les résultats issus des revues systématiques ont été analysés séparément et n'ont pas été combinés, lors du processus de gradation de la preuve, à ceux provenant des études primaires.

2.3 Description des études primaires et revues systématiques retenues pour documenter l'expérience des usagers

Les résultats sur l'expérience des usagers en lien avec les interventions psychosociales reposent sur 20 études, dont 10 possèdent un devis qualitatif et 10 un devis mixte. Le tableau descriptif des études primaires est présenté à l'annexe C (tableau C-1, document *Annexes complémentaires*).

La qualité scientifique des études avec un devis qualitatif a été jugée élevée pour cinq d'entre elles, modérée pour quatre études et faible pour une étude. Les données qualitatives des études à devis mixte ont été évaluées de qualité élevée pour deux études, modérée pour cinq études et faible pour trois études. L'appréciation de la qualité

des études retenues pour le volet expérientiel est détaillée à l'annexe A, tableaux A-6 et A-7 (document *Annexes complémentaires*).

La provenance des études se décline comme suit : Europe (n = 10), Canada (n = 4), États-Unis (n = 3) et Australie (n = 3). L'ensemble des études totalisent 761 participants, nombre variant de 5 à 212 d'une étude à l'autre, et visent majoritairement une population adulte (n = 14). Trois études ciblent des adolescents et trois autres, des personnes âgées. Les niveaux de l'intervention ciblée dans les études sont les suivants :

- 3 études réalisées auprès de personnes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (prévention sélective);
- 5 études menées auprès de personnes présentant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété (prévention indiquée);
- 3 études effectuées auprès de personnes montrant des symptômes modérés à sévères se situant dans la zone clinique;
- 9 études réalisées auprès de personnes ayant un trouble mental courant présumé.

Deux revues systématiques portant sur des données expérientielles ont été retenues et sont décrites à l'annexe C, tableau C-2 (document *Annexes complémentaires*). La qualité de ces revues n'a pas été évaluée. Celles-ci totalisent 61 études primaires publiées entre 2009 et 2019 et 2 264 sujets. Les lieux de provenance des études primaires se répartissent comme suit : Europe (n = 46), Amérique (n = 11), Australie (n = 3), Canada (n = 6) et autres pays (n = 1).

Les deux revues couvrent une population adulte âgée en moyenne de 25 ans et 44 ans, respectivement. Une d'elle porte sur les autosoins guidés et autosoins non guidés et la seconde, sur des autosoins et des interventions offertes en présence. La majorité des interventions évaluées dans les revues sont d'approche cognitivo-comportementale.

3 INFORMATIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DES RÉSULTATS

Les éléments abordés dans cette section visent à expliquer au lecteur certaines définitions et concepts sous-tendant la nature des résultats présentés et constats dégagés.

3.1 Définition des autosoins

La définition retenue pour cette synthèse des connaissances provient du rapport « Les autosoins pour la santé mentale, partie 1 : définition du concept », réalisé par l'UETMISSS du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et se lit comme suit :

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

Dans la littérature internationale, les termes « autosoins », « autogestion » et « soutien à l'autogestion » sont souvent utilisés de façon interchangeable pour décrire ce qu'une personne fait pour améliorer sa santé, sa qualité de vie et son bien-être psychologique. Bien que la distinction entre l'autogestion et les autosoins ne soit pas clairement établie, plusieurs ont tendance à considérer l'autogestion comme une stratégie complémentaire à d'autres soins et services, alors que les autosoins sont davantage vus comme des interventions thérapeutiques structurées autoadministrées.

La définition des autosoins, tirée du rapport d'UETMISSS, ne fait pas nécessairement cette distinction mais a l'avantage d'être basée sur une méthodologie robuste, incluant notamment une revue de littérature et un consensus d'experts québécois établi avec une méthode Delphi. Ce comité était composé de 19 experts provenant de domaines variés, notamment : agent de planification, de programmation et de recherche, citoyen partenaire, chercheur, gestionnaire, professeur, psychologue, psychoéducateur, travailleur communautaire et travailleur social.

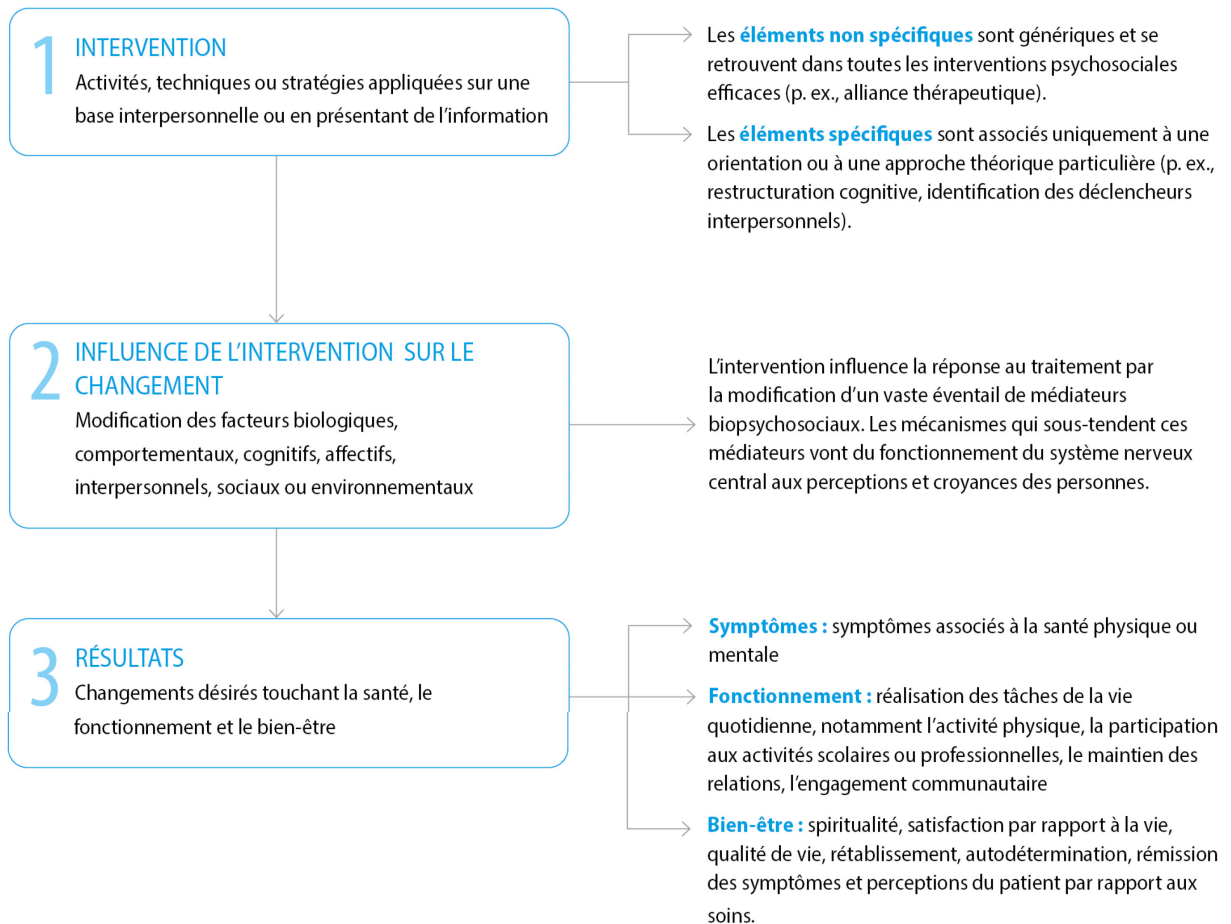
3.2 Définition de l'intervention psychosociale

La définition retenue est tirée du rapport « Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards », produit par le *Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders* [IOM, 2015].

Les différents éléments de cette définition sont présentés à la [figure 3](#) et peuvent être résumés comme suit :

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

Figure 3 Définition de l'intervention psychosociale⁹



Le comité chargé de déterminer les normes d'évaluation des interventions pour les troubles mentaux et les troubles liés à l'usage de substances était composé de 16 membres ayant une expertise dans des domaines variés, notamment : recherche et fonctionnement des systèmes de santé, développement et évaluation des interventions, soins primaires, psychologie clinique et psychiatrie et services de soutien par les pairs.

⁹ Tiré et traduit de : *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards* [IOM, 2015, p. 32].

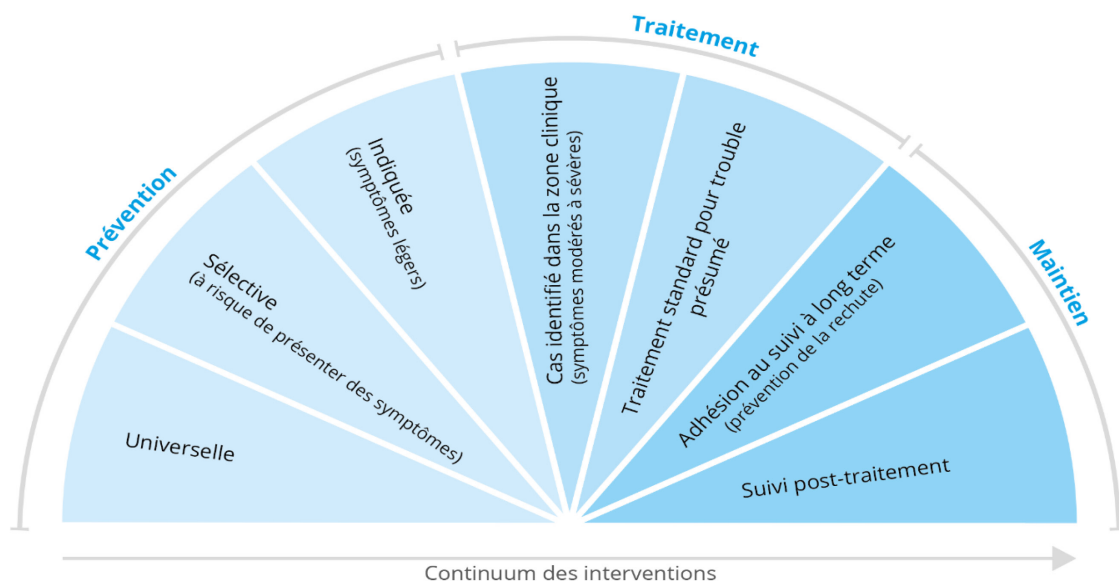
Leurs travaux sont basés sur des données provenant de diverses sources, dont des consultations et plus de 300 articles et rapports. La définition d'une intervention psychosociale produite par ce comité, bien que non spécifique au contexte québécois, a l'avantage :

- d'être basée sur une méthodologie robuste;
- de rallier les perspectives de l'ensemble des professionnels appelés à intervenir auprès des personnes souffrant de troubles mentaux et troubles liés à l'usage de substances;
- d'englober l'ensemble des interventions ciblées dans la présente synthèse des connaissances, soit les autosoins non guidés, les autosoins guidés et les interventions offertes en présence (face à face, visioconférence, par téléphone).

3.3 Niveaux d'intervention

Dans le souci de situer les différentes interventions sur le continuum des interventions en santé mentale, nos travaux se sont inspirés du spectre de Mrazek et Haggerty [1994]. Bien qu'il ait été élaboré il y a quelques décennies, ce modèle demeure une référence et a été utilisé dans plusieurs travaux au cours des dernières années [McDaid *et al.*, 2022; Clément *et al.*, 2018; Schwab, 2018; Clarke *et al.*, 2015; Perreault *et al.*, 2009].

Figure 4 Continuum des interventions en santé mentale¹⁰



¹⁰ Tiré et adapté de : *New directions in definitions*. Dans : *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research* [Mrazek et Haggerty, 1994].

Comme ils sont illustrés à la [figure 4](#), les niveaux d'intervention de ce modèle se déclinent comme suit¹¹ :

- personnes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants (prévention sélective);
- personnes présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants (prévention indiquée);
- personnes manifestant des symptômes modérés à sévères se situant au-dessus du seuil clinique (traitement pour cas identifié dans la zone clinique);
- personnes ayant un trouble mental courant présumé (traitement standard pour trouble mental).

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

3.4 Classification des interventions psychosociales

Afin d'en faire l'analyse, les interventions psychosociales répertoriées dans les études ont été classifiées en fonction du type de soutien clinique offert et de leur approche théorique. Cette classification, présentée au [tableau 3](#), est inspirée de différentes sources [Cuijpers *et al.*, 2020; MSSS, 2020b; OPQ *et al.*, 2018] et compte 3 grandes catégories de soutien clinique offert, 8 classes d'interventions en fonction de l'approche théorique et 31 sous-classes précisant la nature de l'intervention.

¹¹ Se référer au [glossaire](#) pour les définitions plus complètes sur les niveaux d'intervention.

Tableau 3 Classification des interventions psychosociales

Catégories d'intervention selon le type de soutien clinique offert	
Autosoin non guidé : ----- Autosoin guidé : par un étudiant, un intervenant ou un professionnel Autre intervention : offerte en présence (en face à face, par visioconférence ou par téléphone)	
Classes et sous-classes des interventions selon l'approche théorique	
Éducation psychologique	• Éducation sur les conditions de la personne (causes, symptômes, étiologie du problème, etc.) • Éducation sur les stratégies à développer • Éducation sur les conditions de la personne et les stratégies à développer
Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle	• Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle
Intervention centrée sur la personne	• Counseling • Intervention axée sur l'autodétermination • Intervention centrée sur la personne
Intervention cognitivo-comportementale	• Activation comportementale • Exposition / Prévention de la réponse • Intervention basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale • Intervention de retour au travail • Intervention transdiagnostique • Relaxation appliquée • Résolution de problèmes • Restructuration cognitive / modification des biais d'interprétation • Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) • TCC centrée sur le trauma
Intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague	• Intervention basée sur la pleine conscience • Intervention basée sur les principes de la Thérapie de l'acceptation et de l'engagement • Intervention basée sur la psychologie positive • Pleine conscience basée sur la réduction du stress (<i>Mindfulness-based Stress Reduction</i>) • Régulation émotionnelle • Thérapie de l'acceptation et de l'engagement • Yoga basé sur la pleine conscience
Intervention psychodynamique	• Thérapie psychodynamique brève
Intervention utilisant un médium comme les arts	• Activité musicale • Art-thérapie
Intervention combinée	• Intervention basée sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience • Intervention basée sur la pleine conscience combinée à de l'art-thérapie • Intervention basée sur les principes de la TCC combinés à de l'entretien motivationnel • Pleine conscience basée sur la thérapie cognitive (<i>Mindfulness-based Cognitive Therapy</i>)

3.5 Interventions considérées efficaces ou peu efficaces

Pour répondre aux questions abordées dans la présente synthèse des connaissances, il était nécessaire de distinguer les interventions pouvant être considérées efficaces de celles dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Comme il est expliqué à la [section 1.4.1](#), cette catégorisation a été effectuée en tenant compte de la taille des effets, de leur importance clinique et du type de comparateurs. Les différents comparateurs utilisés dans les études sont les suivants.

- La liste d'attente : Les personnes placées sur une liste d'attente ont répondu à une annonce ou à une invitation de la part d'un intervenant ou professionnel à participer à une étude. Elles ont consenti à soit être assignées au groupe qui recevrait l'intervention, soit être placées sur une liste d'attente et recevoir l'intervention une fois l'étude terminée. Leur participation se limite à remplir les questionnaires d'évaluation au début et à la fin de l'étude. Ces personnes peuvent bénéficier ou non d'un suivi usuel.
- Le suivi usuel : Les personnes identifiées dans ce groupe bénéficient d'un suivi offert par un médecin ou un autre professionnel de la santé et des services sociaux. La fréquence et la nature de ce suivi sont très variables et peu documentées dans les études¹². Le suivi usuel peut se limiter à une référence, à des informations sur les traitements disponibles, à des conseils sur les saines habitudes de vie, à un suivi pharmacologique ou à tout autre service normalement accessible aux personnes présentant la même condition dans les mêmes circonstances. La participation de ces personnes se limite également à remplir les questionnaires d'évaluation au début et à la fin de l'étude.
- Comparateur actif : Un comparateur actif est une activité d'une durée et d'une nature similaires à l'intervention évaluée dans l'étude, mais sans son contenu thérapeutique. Il peut s'agir, par exemple, d'un logiciel d'entraînement à la mémoire utilisé comme comparateur à un autosoin non guidé offert en ligne ou encore d'une classe d'éducation physique utilisée comme comparateur à une classe de yoga basée sur la pleine conscience.
- Intervention comparée à une autre intervention : Dans ce cas de figure, les deux interventions ont pour objectif de diminuer les symptômes du trouble mental. Elles sont toutefois d'approche théorique ou d'intensité différente, ou encore offertes dans des modalités différentes (p. ex. : intervention en présence ou autosoin guidé; intervention offerte sur 5 séances ou sur 12 séances, etc.).

Ainsi, les interventions ont été considérées efficaces lorsque l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention était modérément ou fortement supérieur à l'effet observé dans le groupe comparateur (liste d'attente, suivi usuel ou comparateur actif). Les interventions comparées entre elles ont été jugées d'efficacité similaire lorsque la

¹² 19 des 49 études ont documenté le pourcentage de personnes qui étaient sous traitement pharmacologique et 7 études, le pourcentage de celles qui recevaient un traitement psychologique pendant l'étude. Pour l'ensemble des groupes inclus dans les études, ces pourcentages sont respectivement de 36 % et 23 % en moyenne.

différence entre les effets observés dans les deux groupes était négligeable (effet très faible) ou légèrement en faveur (effet faible) de l'une ou l'autre des interventions et que celles-ci entraînaient une diminution significative des symptômes, du pré-traitement au post-traitement. Enfin, une intervention a été considérée plus efficace qu'une autre lorsque l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention A était modérément ou fortement supérieur à l'effet observé dans le groupe recevant l'intervention B. Les interventions ne remplissant pas ces conditions ont été considérées comme peu efficaces.

3.6 Présentation des résultats et constats d'efficacité

Les résultats d'efficacité obtenus dans les études primaires et revues systématiques recensées sont présentés sous trois volets complémentaires. Le premier brosse un portrait global de l'efficacité des interventions psychosociales, telle qu'observée dans les études primaires répertoriées. Le deuxième volet présente les constats d'efficacité qui ont été dégagés à la suite d'un processus de gradation de la preuve. Ces deux volets sont suivis d'un troisième faisant état des résultats d'efficacité obtenus dans les 17 revues systématiques.

Portrait global

Le portrait global vise à rendre compte de l'ensemble des données d'efficacité issues des études primaires recensées. Ce portrait est basé sur deux variables synthèses regroupant l'ensemble des résultats obtenus relativement aux symptômes des troubles mentaux courants et l'ensemble des bénéfices psychosociaux rapportés (voir la [section 1.4.2](#) pour plus de détails).

La description des études primaires est présentée à l'annexe B, tableau B-1 (document *Annexes complémentaires*). Les résultats obtenus quant aux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress sont exposés à l'annexe B, tableaux B-2, B-3, B-4 respectivement (document *Annexes complémentaires*) et ceux sur la qualité de vie et le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles, aux tableaux B-5, B-6, B-7 (document *Annexes complémentaires*).

Constats d'efficacité

Le processus de gradation de la preuve scientifique consiste à tirer une conclusion concernant l'efficacité d'une intervention donnée après avoir analysé la valeur scientifique des études qui soutiennent cette conclusion (voir la grille et les critères de gradation de la preuve à l'annexe A (document *Annexes complémentaires*)). Ce processus rigoureux conduit à la formulation de constats d'efficacité le plus précis possible en ce qui a trait au type d'intervention, au groupe d'âge et au profil clinique des personnes ciblées par l'intervention, ainsi qu'aux types de symptômes sur lesquels les effets sont observés et au niveau de certitude ou de confiance que l'on peut avoir par rapport à cette conclusion.

Le processus de gradation de la preuve scientifique fait toutefois en sorte que certaines études sont exclues. En effet, les interventions dont les effets ont été documentés dans une seule étude ont été écartées, puisqu'il est rarement possible de se prononcer sur leur efficacité.

La liste des constats d'efficacité est présentée à l'[annexe 2](#) du présent rapport.

Résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques

En raison des limites exposées à la [section 2.2](#), les résultats issus des revues systématiques ont été analysés séparément et n'ont pas été soumis au processus de gradation de la preuve.

Les 17 revues systématiques retenues ont néanmoins l'avantage de couvrir un grand volume d'études – plus de 1 000 dans ce cas-ci – et d'avoir été publiées sur plusieurs décennies, soit de 1966 à 2019. Elles permettent donc, d'une part, d'évaluer dans quelle mesure ces études primaires sont représentatives des études publiées dans le domaine et, d'autre part, de déterminer les zones de convergence entre ces deux sources de données dans les résultats obtenus.

Les revues systématiques sont décrites à l'annexe B, tableau B-8 (document *Annexes complémentaires*). Les résultats d'efficacité sont présentés à l'annexe B, tableaux B-9, B-10 et B-11 (document *Annexes complémentaires*).

4 RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES ADULTES

4.1 Portrait global de l'efficacité des interventions selon le type de soutien clinique offert et l'approche théorique

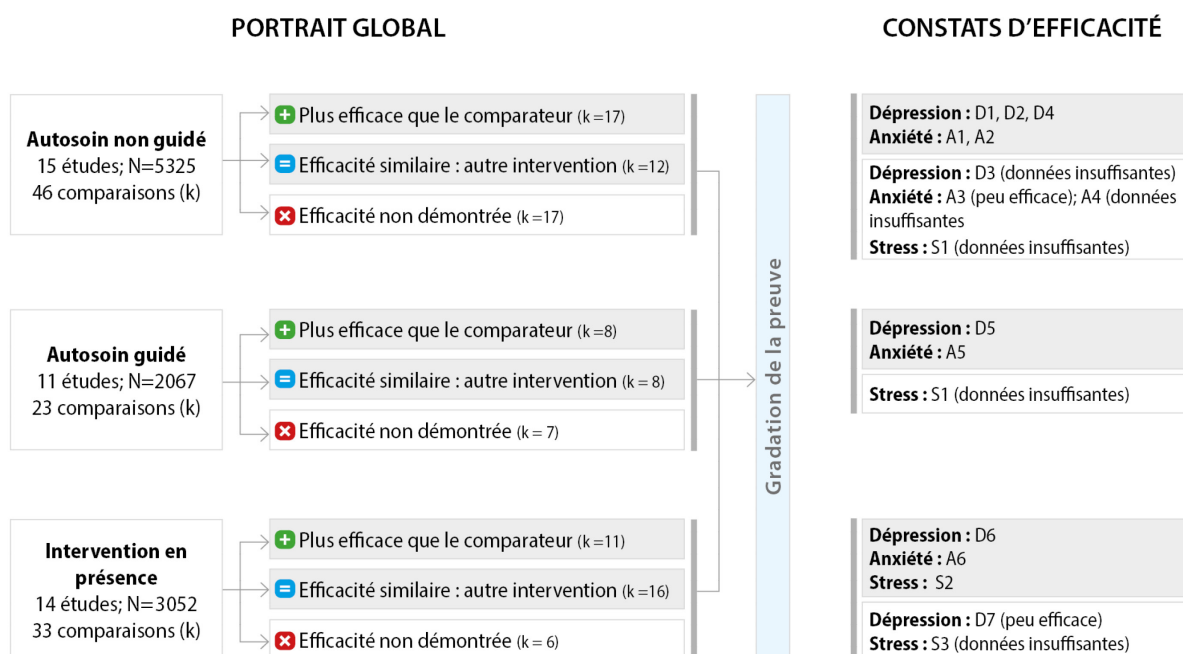
La partie de gauche des figures présentées dans cette section illustre les résultats d'efficacité rapportés dans les 38 études en fonction du type de soutien clinique offert et de l'approche théorique des interventions. La partie de droite présente les constats d'efficacité émanant du processus de gradation de la preuve scientifique. Ces constats sont numérotés en fonction du résultat d'intérêt : D1 à D7 pour ceux sur la dépression, A1 à A6 pour ceux sur l'anxiété, S1 à S3 pour ceux sur le stress, Q1 à Q4 et Q6 pour ceux sur la qualité de vie et le bien-être psychologique, F1 pour celui sur le fonctionnement et, finalement, C1 à C3 pour ceux sur les compétences personnelles. Les interventions considérées efficaces sont illustrées en gris. Celles peu efficaces et celles pour lesquelles les données sont insuffisantes, en blanc. Rappelons que l'abréviation algébrique pour désigner une comparaison est le « k ».

4.1.1 Type de soutien clinique offert – Symptômes de troubles mentaux courants

Comme il est illustré à la [figure 5](#), on constate que la majorité des autosoins non guidés et guidés ainsi que les interventions offertes en présence sont efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants, lorsque ceux-ci sont considérés dans leur ensemble. De fait :

- les autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 63 % des comparaisons (k = 29/46). Les tailles d'effet observées de ces autosoins varient de 0,50 à 1,58;
- les autosoins guidés se sont révélés plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 70 % des comparaisons (k = 16/23). Les tailles d'effet observées de ces autosoins varient de 0,55 à 1,97;
- les interventions offertes en présence se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 82 % des comparaisons (k = 27/33). Les tailles d'effet observées de ces interventions varient de 0,50 à 1,87.

Figure 5 Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adultes, selon le type de soutien clinique offert



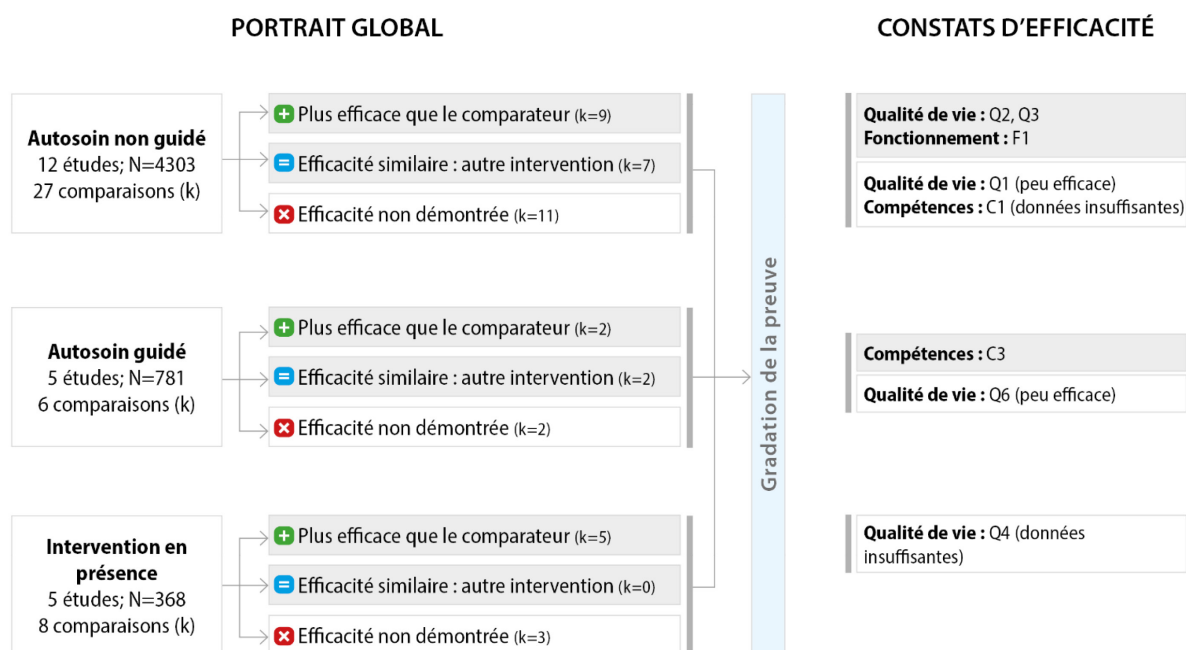
4.1.2 Type de soutien clinique offert – Bénéfices psychosociaux

Des 38 études présentées à la section précédente, 21 ont évalué l'effet des interventions sur les bénéfices psychosociaux, tels que la qualité de vie et le bien-être psychologique, le fonctionnement et les compétences personnelles des adultes.

La [figure 6](#) permet de constater que, dans la plupart des cas, les autosoins guidés et autosoins non guidés ainsi que les interventions offertes en présence sont efficaces pour engendrer des bénéfices psychosociaux lorsque ceux-ci sont considérés dans leur ensemble. Plus précisément :

- les autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 59 % des comparaisons (k = 16/27). Les tailles d'effet observées de ces autosoins varient de 0,53 à 1,10;
- les autosoins guidés se sont montrés plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire ou supérieure à une autre intervention dans 67 % des comparaisons (k = 4/6). Les tailles d'effet observées de ces autosoins varient de 0,56 à 1,13;
- les interventions en présence se sont avérées plus efficaces que le comparateur dans 63 % des comparaisons (k = 5/8). Les tailles d'effet observées de ces interventions varient de 0,60 à 1,73.

Figure 6 **Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adultes, selon le type de soutien clinique offert**



4.1.3 Approche théorique des interventions – Symptômes de troubles mentaux courants

La [figure 7](#) permet de constater, d'une part, que dans la très grande majorité des études recensées, les interventions évaluées sont d'approche cognitivo-comportementale plus classique (23 études) ou de 3^e vague (9 études) et, d'autre part, que dans la plupart des cas, celles-ci sont efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants. Il ressort que :

- les interventions d'approche cognitivo-comportementale plus classique se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire ou supérieure à une autre intervention dans 80 % des comparaisons (k = 43/54). Les tailles d'effet observées de ces interventions varient de 0,50 à 1,97;
- les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague se sont révélées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 62 % des comparaisons (k = 16/26). Les tailles d'effet observées de ces interventions varient de 0,50 à 1,24;
- les interventions qui combinent deux approches théoriques, telles que la pleine conscience et la thérapie cognitivo-comportementale, se sont avérées plus efficaces que le comparateur et qu'une intervention basée sur l'éducation psychologique, et d'efficacité similaire à ces mêmes interventions offertes séparément dans 62 % des comparaisons (k = 8/13). Les tailles d'effet observées varient de 0,50 à 1,49.

Figure 7 Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adultes, selon l'approche théorique



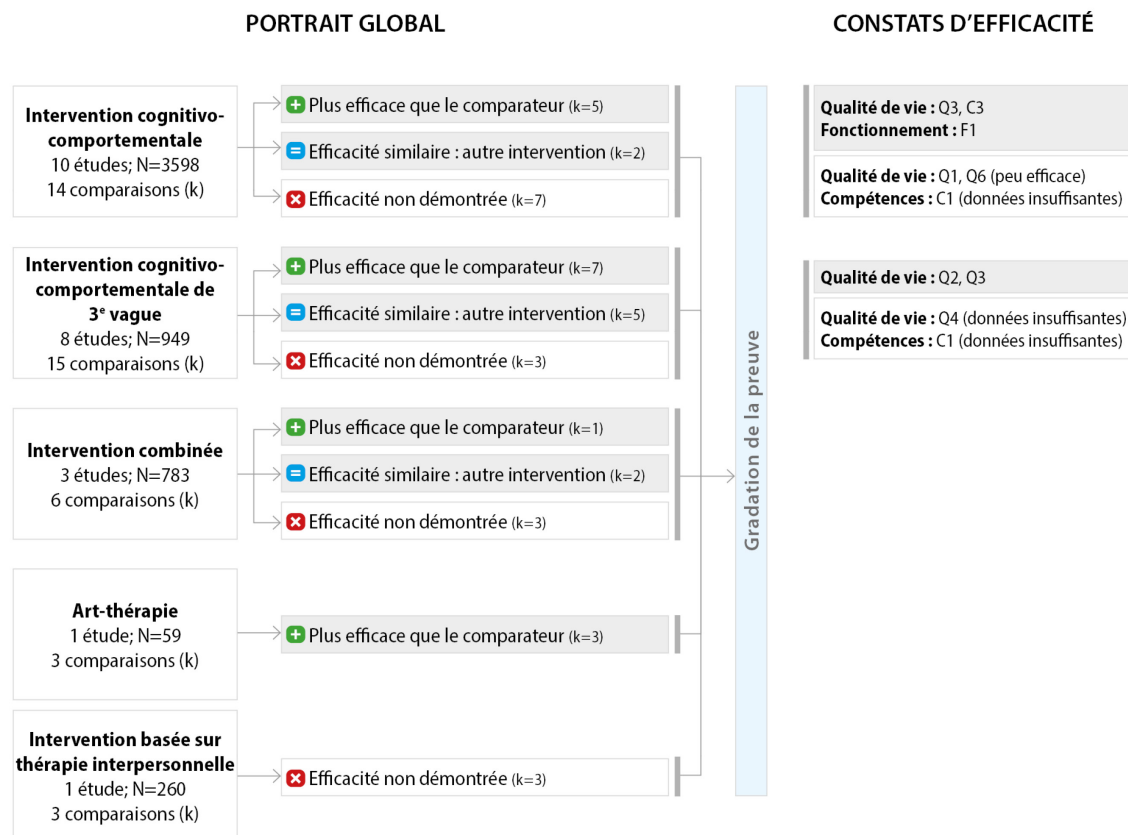
La figure 7 permet également de constater que très peu d'études, parmi celles recensées, ont documenté l'efficacité des interventions basées sur d'autres approches théoriques. C'est le cas, notamment, des interventions reposant sur la thérapie interpersonnelle, l'art-thérapie et l'éducation psychologique ainsi que de celles centrées sur la personne, qui sont sous-représentées dans les études répertoriées.

Mentionnons qu'aucune intervention d'approche cognitivo-comportementale plus classique n'a été offerte en prévention indiquée à des adultes présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants.

4.1.4 Approche théorique des interventions – Bénéfices psychosociaux

La [figure 8](#) permet de constater que les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague semblent particulièrement efficaces pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez des adultes.

Figure 8 **Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adultes, selon l'approche théorique**



Il ressort que :

- Les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans 80 % des comparaisons (k = 12/15). Les tailles d'effet observées varient de 0,53 à 1,73;
- les interventions d'approche cognitivo-comportementale plus classique (k = 7/14) se sont montrées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention d'approche théorique différente dans 50 % des comparaisons. Les tailles d'effet observées varient de 0,53 à 1,13;
- les interventions combinant deux approches (k = 3/6) se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à ces mêmes interventions offertes séparément dans 50 % des comparaisons. Les tailles d'effet observées varient de 0,63 à 1,10.

4.2 Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les adultes

Les tableaux détaillant le processus de gradation de la preuve et les constats d'efficacité des interventions sont présentés à l'annexe B (tableaux B-12 à B-39; document *Annexes complémentaires*). Une description détaillée des interventions psychosociales jugées efficaces est fournie dans les fiches descriptives incluses à l'[annexe 3](#) du présent rapport.

Au total, 22 constats d'efficacité ont été dégagés auprès d'adultes et 2 auprès d'adultes et d'adolescents (constats Q6 et C3). Ces constats tiennent compte du groupe d'âge, du profil clinique des personnes, du niveau d'intervention, du type de soutien clinique offert et de l'approche théorique des interventions.

Afin d'en faciliter la compréhension, une uniformisation de certains éléments a été faite lors de leur formulation.

- Les constats précisent le niveau d'intervention, à savoir s'il s'agit de personnes à risque de présenter, présentant des symptômes légers ou présentant un trouble mental courant. Afin d'alléger le texte, le terme « symptômes » est utilisé pour faire référence à des symptômes modérés à sévères se situant dans la zone clinique.
- Les constats précisent s'il s'agit de symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress, d'un trouble dépressif, d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'adaptation.
- L'expression « symptômes et troubles anxieux » ou « symptômes et troubles dépressifs » a été utilisée lorsque le constat couvrait des symptômes et des troubles appartenant à la même catégorie diagnostique.
- L'expression « symptômes ou troubles mentaux courants » a été retenue lorsque le constat couvrait à la fois des symptômes et des troubles appartenant à des catégories diagnostiques différentes.

Pour chacune des classes d'interventions, les constats d'efficacité sont d'abord présentés, suivis d'une description des interventions dont l'efficacité a été démontrée et des résultats en appui. Pour chacun des constats d'efficacité, le niveau de confiance global (faible, modéré, élevé, données insuffisantes) est illustré à l'aide d'un symbole situé à la gauche du constat. Des données sur la satisfaction des usagers quant aux interventions reçues ont été rapportées dans certaines études. Ces données sont présentées à l'annexe B, tableau B-40 (document *Annexes complémentaires*).

4.2.1 Interventions cognitivo-comportementales – Adultes

4.2.1.1 Autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale

Au total, 11 autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale ont été répertoriés dans les études recensées. L'analyse de la preuve scientifique a permis de

confirmer l'efficacité de 8 d'entre eux pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants et/ou engendrer des bénéfices psychosociaux, soit :

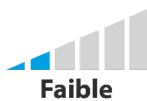
- la *Cognitive Restructuring Intervention* [Stevenson *et al.*, 2019];
- l'*Internet-delivered Cognitive Behavioural Program* [Kladnitski *et al.*, 2020];
- le *FearFighter Program* [Fenger *et al.*, 2020];
- la *OCD Course Self-Guided iCBT* [Wootton *et al.*, 2019];
- le *Overcoming Depression: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioural Techniques* [Hanson, 2019];
- la *Self-guided IntelliCare Platform* [Mohr *et al.*, 2019];
- le *StudiCare SAD* [Kählke *et al.*, 2019];
- *Thrive* [Schure *et al.*, 2019].

4.2.1.1.1 Symptômes de troubles mentaux courants

Des 8 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC dont l'efficacité a été démontrée, 5 se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente, soit ceux des études de Fenger, Kählke, Kladnitski, Schure et Wootton [Fenger *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020; Kählke *et al.*, 2019; Schure *et al.*, 2019; Wootton *et al.*, 2019] et 4 se sont révélés d'efficacité similaire à une autre intervention, soit ceux de Hanson, Kladnitski, Mohr et Stevenson [Kladnitski *et al.*, 2020; Hanson, 2019; Mohr *et al.*, 2019; Stevenson *et al.*, 2019].



Constat D1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété ou un trouble anxieux (basé sur 7 études).



Constat A1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes d'anxiété chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux (basé sur 8 études).

Description des autosoins non guidés plus efficaces que le comparateur

Les 5 autosoins non guidés qui se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 27 à 43 ans. Ces autosoins non guidés ont pour objectif de diminuer les symptômes d'anxiété ou de dépression, à l'exception de celui de l'étude de Fenger ayant aussi comme objectif d'améliorer le fonctionnement de la personne. Ces 5 autosoins sont composés notamment d'éducation psychologique, d'activation comportementale, d'identification des pensées négatives, de restructuration cognitive, de techniques de respiration et d'exposition et de prévention de

la rechute. L'autosoin non guidé de l'étude de Schure met également l'accent sur la communication et l'entraînement aux habiletés sociales.

Les activités individuelles proposées à travers les modules de ces autosoins peuvent prendre la forme d'histoires, d'exercices pratiques, de modules interactifs, de vidéos, de témoignages, de feuilles de réflexion ou d'un journal de bord. Les autosoins comptent, en général, entre 5 et 9 modules, alors que celui de Schure en comprend 31. Seules les durées des autosoins de Fenger et de Kählke sont rapportées; elles varient entre 5 et 9 heures.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus sur les symptômes de troubles mentaux courants sont les suivants.

- L'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique de l'étude de Kladnitski [2020] a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 1,07$) et de dépression ($d = 0,89$) chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D1 et A1).
 - De plus, 53 % et 41 % des participants, respectivement, ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression et d'anxiété, comparativement à 13 % de ceux sur la liste d'attente. Enfin, 90 % des participants ont dit être satisfaits de l'autosoin non guidé, et seulement 3 % ont déclaré en être insatisfait.
- L'autosoin non guidé de l'étude de Wootton [2019] a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 1,05$) et une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,58$) chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété dans la zone clinique (constats D1 et A1).
 - De plus, 27 % des participants du groupe d'autosoin non guidé ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété, comparativement à 1 % de ceux sur la liste d'attente. Par ailleurs, un peu plus de 80 % des participants du même groupe ont rapporté être très ou plutôt satisfaits du contenu offert.
- L'autosoin non guidé de l'étude de Fenger [2020] a également entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,98$) et une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,79$) chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D1 et A1).
- L'autosoin non guidé de l'étude de Kählke [2019] a entraîné une diminution modérée des symptômes d'anxiété ($d = 0,55$) et de dépression ($d = 0,50$) chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D1 et A1). Le niveau d'adhésion à l'intervention n'a été que de 58 %, avec une moyenne de 5,2 modules terminés sur un total de 9. Néanmoins, un peu plus de 80 % des participants ont rapporté être très ou plutôt satisfaits de cet autosoin.

- L'autosoin non guidé de l'étude de Schure [2019] a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,63$) chez des adultes présentant de tels symptômes dans la zone clinique (constat D1). Notons que les résultats ont été obtenus seulement auprès des participants qui ont achevé l'intervention, soit 28 % de l'échantillon, avec un nombre moyen de modules terminés de 8,7 sur un total de 31. L'autosoin de l'étude de Schure a eu pour effet une faible diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,47$).

Des 8 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC, 4 se sont avérés d'efficacité similaire à une autre intervention pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété, soit l'autosoin de Kladnitski décrit ci-dessus, ainsi que les autosoins de Hanson, Mohr et Stevenson.



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 ou un trouble dépressif ou un trouble anxieux (basé sur 4 études).



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 (basé sur 2 études).

Description des autosoins non guidés d'efficacité similaire à une autre intervention

Les autosoins non guidés des études de Hanson, de Mohr et de Stevenson ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 29 à 39 ans. Ils ont comme objectif d'intervention de diminuer les symptômes d'anxiété ou de dépression. Ils sont composés, notamment, d'éducation psychologique, de régulation des émotions, de relaxation, de restructuration cognitive, de résolution de problèmes et de bibliothérapie. L'autosoin non guidé de Hanson met également l'accent sur des notions de psychologie positive, comme la gratitude et la compassion envers soi, alors que celui de Mohr met l'accent sur des notions d'intervention centrée sur la personne, comme les valeurs personnelles et l'affirmation de soi positive.

Les activités individuelles proposées dans ces autosoins non guidés peuvent prendre la forme de lectures, d'exercices pratiques, de tenue d'un journal de bord ou de grilles d'analyse fonctionnelle à remplir. Les autosoins de Hanson et de Stevenson comptent respectivement 8 et 14 modules. Celui de Mohr comporte 13 applications mobiles sur la plateforme. Seule la durée de l'autosoin de Stevenson est rapportée, soit une durée totale variant entre 1 et 3,5 heures.

Résultats en appui aux constats

Les résultats obtenus pour ces 4 autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC sont les suivants.

- L'autosoin non guidé de nature transdiagnostique de Kladnitski [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire à un autosoin non guidé basé sur la pleine conscience chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D2 et A2). Du pré au post-traitement, cet autosoin a permis une forte réduction des symptômes de dépression ($d = 1,08$) et d'anxiété ($d = 1,07$).
- L'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de l'étude de Hanson [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive chez des adultes présentant de tels symptômes dans la zone clinique (constat D2). Du pré au post-traitement, cet autosoin a conduit à une forte réduction des symptômes de dépression ($d = 1,58$). Cependant, ce résultat n'a été obtenu qu'auprès de 37 % des participants qui ont achevé l'intervention.
- L'autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive de l'étude de Stevenson [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire à un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D2 et A2). Du pré au post-traitement, cet autosoin a mené à une diminution modérée des symptômes d'anxiété ($d = 0,52$), mais à une faible diminution des symptômes de dépression ($d = 0,35$).
 - Ce résultat a été obtenu auprès de 85 % des participants ayant terminé l'intervention. De plus, 19 % des participants du groupe d'autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété.
- L'autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de l'étude de Mohr [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire au même autosoin offert en format guidé chez des adultes présentant de tels symptômes dans la zone clinique (constats D2 et A2). Du pré au post-traitement, la version non guidée de cet autosoin a engendré une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,50$) et d'anxiété ($d = 0,76$).

4.2.1.1.2 Bénéfices psychosociaux

Dans l'ensemble, l'analyse de la preuve scientifique indique que les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC 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 (constat Q3), mais non chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux (constat Q1).

Des 4 études ayant évalué l'efficacité des autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC [Fenger *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020; Kählke *et al.*, 2019; Schure *et al.*, 2019], l'autosoin de l'étude de Hanson [2019] s'est avéré aussi efficace qu'un autosoin non guidé basé sur la psychologie positive et a entraîné une amélioration modérée ($d = 0,72$) de la qualité de vie et du bien-être psychologique (constat Q3) chez des adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique. Ce résultat n'a toutefois été obtenu qu'auprès de 37 % des participants ayant terminé l'intervention.

Par ailleurs, l'autosoin non guidé de Kladnitski a entraîné une forte amélioration du fonctionnement ($d = 0,95$), comparativement à la liste d'attente, alors que l'autosoin de l'étude de Fenger a entraîné une amélioration modérée du fonctionnement (0,53).

	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 <u>sont susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique</u> chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif (basé sur 2 études).
	Constat Q1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale <u>sont peu susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique</u> chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux (basé sur 3 études).
	Constat F1 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale <u>sont susceptibles d'entraîner une amélioration du fonctionnement</u> chez des adultes présentant un trouble anxieux (basé sur 4 études).

4.2.1.2 Autosoins guidés d'approche cognitivo-comportementale

Au total, 9 autosoins guidés basés sur les principes de la TCC ont été répertoriés. L'analyse de la preuve scientifique a permis de confirmer l'efficacité de 6 d'entre eux pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants et/ou engendrer des bénéfices psychosociaux, soit :

- la *Coached IntelliCare Platform* [Mohr *et al.*, 2019];
- le *GET.ON Mood Enhancer* [Reins *et al.*, 2019];
- le *Good Days Ahead Program-Computer assisted Models of CBT* [Thase *et al.*, 2020];
- le *Overcoming Perfectionism* [Kothari *et al.*, 2019];
- la *Blended CBT* [Leterme *et al.*, 2020];
- la *SilverCloud Health Space from Depression and Anxiety* [Richards *et al.*, 2020].

4.2.1.2.1 Symptômes de troubles mentaux courants

Des 6 autosoins guidés dont l'efficacité a été démontrée, 3 se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente et qu'un suivi usuel pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants, soit ceux des études de Kothari, de Leterme et de Richards [Leterme *et al.*, 2020; Richards *et al.*, 2020; Kothari *et al.*, 2019]. Quatre autosoins guidés se sont révélés d'efficacité similaire à une autre intervention, soit ceux des études de Leterme, de Mohr, de Reins et de Thase [Leterme *et al.*, 2020; Thase *et al.*, 2020; Mohr *et al.*, 2019; Reins *et al.*, 2019].



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 (basé sur 7 études).



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 (basé sur 7 études).

Description des autosoins guidés plus efficaces que le comparateur

Les 3 autosoins guidés basés sur les principes de la TCC des études de Kothari, de Leterme et de Richards ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 29 ans à 38 ans. Ils visent tous à diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété. Une amélioration de la qualité de vie, du bien-être psychologique et du fonctionnement de la personne est également visée dans le cas de l'autosoin de l'étude de Kothari. Les autosoins sont composés d'activités individuelles axées principalement sur l'éducation psychologique, l'entraînement à la relaxation, la restructuration des pensées automatiques et négatives, l'exposition et la prévention de la rechute. L'autosoin de l'étude de Leterme met aussi l'accent sur la pleine conscience, alors que celui de l'étude de Kothari est axé sur le perfectionnisme et intègre certains concepts de la psychologie positive.

Les activités proposées à travers les modules de ces 3 autosoins peuvent prendre la forme de vidéos, de témoignages, d'activités interactives, de *podcasts* et autres. De plus, le soutien clinique offert peut consister en des rétroactions ou contacts en personne. Dans les études, ce soutien clinique a été offert par des psychologues cliniciens, des infirmières ou des étudiants en psychologie. Le lieu d'intervention de tous les autosoins est déterminé à la convenance des participants, à l'exception de celui de l'étude de Leterme qui a lieu en établissement de santé et de services sociaux. Les autosoins comptent de 5 à 8 modules et sont d'une durée qui varie de 6 à 8,5 heures. La durée de l'autosoin de l'étude de Kothari n'est pas rapportée.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces 3 autosoins guidés sont les suivants.

- L'autosoin guidé de l'étude de Leterme [2020] a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 1,23$) et une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,62$) chez des adultes présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété (constats D5 et A5). Cet autosoin guidé a également entraîné une forte diminution des symptômes de stress ($d = 1,20$).
- L'autosoin guidé de l'étude de Kothari [2019] a engendré une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,91$) chez des adultes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (constat A5). De plus, 47 % des participants du groupe d'autosoin guidé ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété, comparativement à 28 % de ceux sur la liste d'attente. Cependant, le niveau d'adhésion à l'autosoin n'a été que de 31 %, avec un taux d'abandon de 48 %.
- L'autosoin guidé de l'étude de Richards [2020] a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,55$) ou d'anxiété ($d = 0,63$) chez des adultes présentant un trouble dépressif ou anxieux (constats D5 et A5). Par ailleurs, 63 % des participants ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression ou d'anxiété, comparativement à 34 % de ceux sur la liste d'attente. Le niveau d'adhésion rapporté pour cet autosoin est de 41 %.

Des 6 autosoins guidés basés sur les principes de la TCC, 4 se sont avérés d'efficacité similaire à une autre intervention pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété chez les adultes présentant un trouble mental courant, soit les autosoins des études de Leterme, de Mohr, de Reins et de Thase.

Description des autosoins guidés d'efficacité similaire à une autre intervention

Outre les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC de Leterme, décrits ci-haut, et de Mohr (version non guidée décrite précédemment, description des autosoins non guidés d'efficacité similaire à une autre intervention), les deux autosoins guidés de Reins et de Thase ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 42 à 45 ans. Ils ont comme objectif d'intervention de diminuer les symptômes de dépression. Ils sont composés, entre autres, d'activités d'éducation psychologique, d'activation comportementale, de relaxation, de restructuration cognitive, de résolution de problèmes et de prévention de la rechute.

Les activités individuelles proposées à travers les modules de ces autosoins peuvent prendre la forme d'exercices pratiques, d'activités interactives, de vidéos ou de clips audios. De plus, la guidance offerte peut consister en rétroactions écrites, en contacts par clavardage, par téléphone ou en personne. Dans les études, le soutien clinique a été offert par des psychologues expérimentés en TCC ou des psychothérapeutes en formation. Le lieu d'intervention des autosoins est déterminé à la convenance des

participants, à l'exception de celui de l'étude de Thase qui a eu lieu en établissement de santé et de services sociaux. Les autosoins de Reins et de Thase comptent de 6 à 9 modules d'une durée totale de 3 à 4,5 heures et de 10 à 14,5 heures, respectivement.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces 4 autosoins guidés sont les suivants.

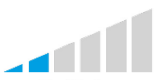
- L'autosoin guidé de Leterme [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire à une intervention de TCC offerte en présence chez des adultes présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété (constats D5 et A5). Du pré au post-traitement, l'autosoin guidé a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 1,97$) et une réduction modérée des symptômes de dépression ($d = 0,70$).
 - Notons qu'aucune différence significative n'a été rapportée quant à la satisfaction globale entre les participants du groupe d'autosoin guidé et ceux ayant reçu l'intervention basée sur la TCC offerte en présence.
- L'autosoin guidé de l'étude de Mohr [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à la même intervention offerte en format non guidé et une diminution légèrement supérieure des symptômes d'anxiété, chez des adultes présentant des symptômes de dépression et d'anxiété dans la zone clinique (constats D5 et A5). Du pré au post-traitement, l'autosoin guidé a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,91$) et une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,69$).
- L'autosoin guidé de l'étude de Reins [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire, bien que légèrement supérieure, à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique chez des adultes présentant un trouble dépressif (constats D5 et A5). Du pré au post-traitement, l'autosoin guidé a entraîné une forte diminution des symptômes de dépression ($d = 1,10$) et une diminution modérée des symptômes d'anxiété ($d = 0,68$).
 - Par ailleurs, 69 % des participants du groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression, comparativement à 50 % de ceux du groupe d'autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique. De plus, respectivement 35 % et 29 % des personnes de ce groupe se sont rétablies. Toutefois, 26 % des participants du groupe d'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ont rapporté des effets négatifs : 9 % ont souligné se sentir moins bien, alors que 5 % ont déclaré avoir l'impression d'être devenu plus dépendant de leur intervenant. Néanmoins, 83 % des participants se sont dits satisfaits de l'intervention dans son ensemble et 72 %, satisfaits de l'accompagnement reçu.

- L'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC de Thase [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à une TCC offerte en présence chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat D5). La taille des effets du pré au post-traitement n'est pas rapportée, mais les auteurs mentionnent que 42 % des participants à l'autosoin guidé et 43 % des participants à l'intervention de TCC offerte en présence ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression.

4.2.1.2.2 Bénéfices psychosociaux

L'analyse de la preuve scientifique indique que les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont susceptibles d'améliorer les compétences personnelles d'adultes présentant un trouble anxieux ou un trouble dépressif (constat C3).

Cependant, ces autosoins seraient peu efficaces pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif, ou encore un trouble anxieux (constat Q6). Il est à noter que pour les constats Q6 et C3, les études réalisées auprès d'adultes et d'adolescents ont été combinées dans l'analyse de la preuve, et ce, pour deux raisons. D'une part, ces études portaient toutes sur des autosoins guidés basés sur les principes de la TCC. D'autre part, aucun lien entre le type de symptômes ou de troubles présentés par les adolescents et adultes et les résultats obtenus n'a été observé.

 Faible	Constat C3 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale <u>sont susceptibles d'entraîner une amélioration des compétences personnelles</u> chez des adolescents ou des adultes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (basé sur 5 études).
 Modéré	Constat Q6 : Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale <u>entraînent peu d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique</u> chez des adolescents ou des adultes ayant des symptômes de dépression ou d'anxiété ou un trouble dépressif ou anxieux (basé sur 5 études).

Description des autosoins guidés efficaces

Les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC des études de Kothari et de Reins sont décrits à la [section 4.2.1.2.1](#).

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces deux autosoins guidés sont les suivants.

- L'autosoin guidé de l'étude de Kothari [2019] a entraîné une amélioration modérée ($d = 0,72$) des compétences personnelles chez des adultes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (constat C3).
- L'autosoin guidé de l'étude de Reins [2019] a engendré une amélioration des compétences personnelles similaire, bien que légèrement supérieure, à un

autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique chez des adultes ayant un trouble dépressif (constat C3). Du pré au post-traitement, l'autosoin guidé basé sur les principes de la TCC a mené à une amélioration modérée des compétences personnelles ($d = 0,61$).

4.2.1.3 Interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence

Au total, 14 interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence ont été répertoriées. L'analyse de la preuve a permis de confirmer l'efficacité de la quasi-totalité d'entre elles ($n = 12$), soit :

- la *Behavior Therapy*, la *Cognitive Therapy* et la *Cognitive-behavior Therapy* [Steketee *et al.*, 2019];
- la *Brief Cognitive Behavioral Group Intervention* [Schweden *et al.*, 2020];
- la *CBT* [Thase *et al.*, 2020];
- les interventions *Return to Work* et *TCC*, seules ou combinées [Salomonsson *et al.*, 2020];
- la *Group Cognitive-behavioral Therapy with Exposure* [Zaboski *et al.*, 2019];
- la *Seren@ctif CBT* [Leterme *et al.*, 2020];
- la *TCC*, seule ou jumelée à un programme de modification des interprétations [Fortin-Delisle *et al.*, 2020].

4.2.1.3.1 Symptômes de troubles mentaux courants

Des 12 interventions en présence dont l'efficacité a été démontrée, 3 se sont avérées plus efficaces qu'un suivi usuel, un comparateur actif ou une autre intervention pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants, soit les interventions des études de Leterme, Schweden et Zaboski [Leterme *et al.*, 2020; Schweden *et al.*, 2020; Zaboski *et al.*, 2019]. Neuf se sont révélées d'efficacité similaire à une autre intervention, soit celles des études de Fortin-Delisle, Salomonsson, Steketee et Thase [Fortin-Delisle *et al.*, 2020; Salomonsson *et al.*, 2020; Thase *et al.*, 2020; Steketee *et al.*, 2019].



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 (basé sur 6 études).



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 (basé sur 5 études).



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 (basé sur 2 études).

Description des interventions en présence plus efficaces que le comparateur

Les interventions ont été réalisées auprès d'adultes âgés en moyenne de 24 et 25 ans pour les études de Schweden et Zaboski et de 38 ans pour l'étude de Leterme. Selon l'intervention, les objectifs visent à diminuer les symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress. Les interventions sont composées notamment d'activités d'éducation psychologique, de restructuration cognitive, d'exposition et de prévention de la réponse. Comme il a été décrit précédemment à la [section 4.2.1.2.1](#), l'intervention d'approche cognitivo-comportementale de Leterme inclut également un volet de pleine conscience. Celle de Schweden comprend aussi des activités axées sur la concentration.

Selon l'intervention, les activités proposées comprennent l'élaboration d'une hiérarchie de ses symptômes, des exercices pratiques, des techniques de relaxation, des jeux de rôles ou des *podcasts*.

Les interventions de Schweden et de Zaboski se déroulent en établissement universitaire, en format de groupe, alors que celle de Leterme est réalisée en format individuel et a lieu en établissement de santé et de services sociaux. Dans les études, les interventions ont été offertes par des professionnels formés en TCC, des infirmières ou des étudiants au niveau doctoral en psychologie. L'intervention de l'étude de Schweden ne compte qu'une séance d'une durée totale de 4,5 heures. Les interventions des études de Leterme et de Zaboski comportent respectivement 5 et 6 séances d'une durée variant entre 4 et 12 heures.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces 3 interventions en présence sont les suivants.

- L'intervention basée sur les principes de la TCC de Leterme [2020] a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,94$) et de stress ($d = 0,83$) ainsi qu'une réduction modérée des symptômes de dépression ($d = 0,56$) chez des adultes présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété (constats D6, A6 et S2).
- L'intervention basée sur les principes de la TCC de Schweden [2020] a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 0,91$) chez des adultes présentant de tels symptômes dans la zone clinique (constat A6).
- L'intervention d'exposition et de prévention de la réponse de Zaboski [2019] a conduit à une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,55$) et d'anxiété ($d = 0,62$) chez des adultes ayant un trouble anxieux (constats D6 et A6). Précisions que ce résultat a été obtenu auprès des personnes qui ont terminé l'intervention, soit 31 % de l'échantillon. Mentionnons également que le niveau d'adhésion était d'environ 50 %.

Des 12 interventions offertes en présence d'approche cognitivo-comportementale, 9 se sont avérées d'efficacité similaire à une autre intervention, soit celles des études de Fortin-Delisle, Salomonsson, Steketee et Thase.

Description des interventions en présence d'efficacité similaire à une autre intervention

Ces interventions se sont déroulées auprès d'adultes âgés en moyenne de 36 à 46 ans. Les objectifs d'intervention visent une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress ou d'épuisement. Selon l'intervention, elles sont composées notamment d'activités d'éducation psychologique, d'activation comportementale, de restructuration cognitive, d'exposition et de prévention de la réponse, de résolution de problèmes ou de prévention de la rechute. Le Programme de modification des interprétations de l'étude de Fortin-Delisle vise également le développement de styles d'interprétation plus positifs par la présentation répétée de situations ambiguës. Quant à l'intervention de retour au travail de l'étude de Salomonsson, les principes de la TCC sont appliqués uniquement aux situations de travail et comprennent également le rôle de la récupération face au stress ainsi qu'un plan de retour au travail.

Les activités proposées dans ces interventions peuvent prendre la forme d'auto-observation des pensées, d'exercices pratiques, d'analogies et métaphores, ou de grilles d'analyse fonctionnelle à remplir. Les interventions se déroulent principalement en format individuel et en établissement de santé et de services sociaux. Dans les études, elles ont été offertes par des psychologues, des professionnels formés en TCC ou des étudiants au doctorat en psychologie. Les interventions des études de Fortin-Delisle et de Thase comptent respectivement 14 et 20 séances, d'une durée totale de 14 et 16 heures. Quant aux interventions de l'étude de Salomonsson, elles comportent entre 8 et 25 séances, et leur durée n'est pas rapportée. Il en va de même pour les interventions de l'étude de Steketee, pour lesquelles aucune information n'est rapportée quant à leur fréquence ou à leur durée.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces interventions offertes en présence sont les suivants.

- L'intervention de TCC combinée à un programme de modification des biais, de l'étude de Fortin-Delisle [2020], a entraîné une diminution similaire des symptômes d'anxiété à une TCC seule ainsi qu'une réduction des symptômes de dépression légèrement supérieure chez des adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée (constats D6 et A6). Ces deux interventions ont entraîné une forte diminution, du pré au post-traitement, des symptômes de dépression ($d = 0,94$ et $d = 0,88$) et d'anxiété ($d = 1,37$ et $d = 1,87$).
- L'intervention de retour au travail et la TCC de l'étude de Salomonsson [2020], seules ou combinées, ont entraîné une diminution similaire des symptômes de dépression et d'anxiété chez des adultes manifestant un trouble de l'adaptation. La TCC seule et la TCC combinée à l'intervention de retour au travail se sont avérées légèrement supérieures à l'intervention de retour au travail seule, pour diminuer les symptômes de stress (constats D6, A6 et S2). Les 3 interventions ont entraîné une forte diminution des symptômes, du pré au post-traitement

(d variant entre 0,98 et 1,67). Il est à noter que le niveau d'adhésion aux interventions a été de plus de 97 %.

- Dans l'étude de Steketee [2019], les interventions de TCC axée sur l'exposition et la prévention de la réponse ou centrée sur la restructuration cognitive se sont révélées d'efficacité similaire pour diminuer les symptômes de dépression chez des adultes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (constat D6). La combinaison de ces 2 interventions s'est avérée légèrement supérieure à la restructuration cognitive seule pour réduire les symptômes de dépression. Les 3 interventions ont entraîné une forte diminution des symptômes de dépression, du pré au post-traitement (d variant entre 0,81 et 1,18). Précisons que ce résultat a été obtenu auprès des participants ayant terminé au moins 12 séances sur une possibilité de 20 (pourcentage de participants non rapporté).
- La TCC de l'étude de Thase [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC (voir constat D5, [section 4.2.1.2.1](#)). De plus, respectivement 42 % et 43 % des participants ayant reçu ces interventions ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression (tailles d'effet intragroupes non rapportées).

4.2.1.3.2 Bénéfices psychosociaux

L'étude de Schweden [2020] est la seule à avoir évalué l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence sur les bénéfices psychosociaux, de sorte qu'il n'est pas possible de se prononcer sur l'efficacité de ce type d'intervention. Mentionnons toutefois que l'intervention de Schweden a entraîné une amélioration modérée des compétences personnelles chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété dans la zone clinique (d = 0,73).

À retenir

Les constats dégagés auprès des adultes sur l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale indiquent que :

- les autosoins guidés et autosoins non guidés de même que les interventions offertes en présence basées sur les principes de la TCC, la restructuration cognitive, l'exposition et la prévention de la réponse, et axées sur le retour au travail, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress;
- ces interventions sont plus efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété lorsqu'elles sont offertes à des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux plutôt qu'à des adultes manifestant d'autres types de symptômes ou troubles;
- ces interventions sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, peu importe le type de symptômes ou de troubles présentés par les adultes;
- selon les études, 27 % à 69 % des participants des groupes d'intervention ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression ou d'anxiété.

4.2.2 Interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague – Adultes

4.2.2.1 Autosoins non guidés

Au total, 7 autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague ont été répertoriés. L'analyse de la preuve a permis de confirmer l'efficacité de la totalité de ces autosoins, soit :

- la *Brief Intervention Based on Mindfulness* et la *Psychological Intervention for the Promotion of Positive Affect* [Gili et al., 2020];
- la *Brief Online Self Compassion* [Stevenson et al., 2019];
- la *Daily Guided Mindfulness Practice* [Barry et al., 2019];
- le *Internet-delivered Mindfulness Training Program* [Kladnitski et al., 2020];
- la *Partial Web-based Mindfulness Virtual Community intervention* [Ahmad et al., 2020];
- la *Positive Psychology Intervention* [Hanson, 2019].

4.2.2.1.1 Symptômes de troubles mentaux courants

Les 7 autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente et qu'un suivi usuel pour diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété dans 2 études [Gili *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020] et d'efficacité similaire à une autre intervention dans 5 études [Gili *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020; Hanson, 2019; Stevenson *et al.*, 2019].



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 ou un trouble dépressif ou un trouble anxieux (basé sur 4 études).



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 (basé sur 2 études).

Description des autosoins non guidés plus efficaces que le comparateur

Les deux autosoins non guidés basés sur la pleine conscience de Gili et de Kladnitski ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 39 ans à 45 ans. Leurs objectifs d'intervention visent à diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété. Ils sont composés principalement d'activités d'éducation psychologique, de respiration et méditations guidées, de résolution de problèmes face aux difficultés liées à la pleine conscience, d'exercices pratiques pour intégrer celle-ci dans la vie quotidienne.

Selon l'autosoin, les activités individuelles proposées à travers les modules peuvent prendre la forme d'histoires, d'outils d'auto-évaluation, de feuilles de réflexion et autres. Le lieu de réalisation des autosoins est déterminé à la convenance des participants, à l'exception d'une séance d'information de groupe (dans l'étude de Gili) qui a eu lieu en établissement de santé et de services sociaux. Les autosoins comptent 4 et 6 modules, respectivement. Seule la durée de l'autosoin non guidé de Gili est rapportée; elle varie entre 4 et 5,5 heures.

Résultats en appui aux constats

Les résultats obtenus pour ces 2 autosoins non guidés sont les suivants.

- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Kladnitski [2020] a entraîné une forte diminution des symptômes de dépression ($d = 1,18$) et d'anxiété ($d = 1,00$) chez des adultes présentant un trouble anxieux (constats D2 et A2). Par ailleurs, respectivement 40 % et 35 % des participants du groupe d'autosoin ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression et d'anxiété, comparativement à 13 % de ceux sur la liste d'attente.

- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Gili [2020] a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,50$) chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat D2). Notons que le niveau d'adhésion à cet autosoin a été de 52 % et le taux d'abandon, de 24 %.

Des 7 autosoins non guidés dont l'efficacité a été démontrée, 5 se sont avérés d'efficacité similaire à une autre intervention, soit ceux des études de Gili, de Kladnitski, de Hanson et de Stevenson [Gili *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020; Hanson, 2019; Stevenson *et al.*, 2019].

Description des autosoins non guidés d'efficacité similaire à une autre intervention

Les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience des études de Gili et de Kladnitski ont été décrits ci-haut. Les 3 autres autosoins non guidés basés sur la psychologie positive de Gili, de Hanson et de Stevenson ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 29 ans à 48 ans. Leurs objectifs d'intervention visent à diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété et à améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique (dans le cas de l'étude de Hanson). Ils sont composés, notamment, d'activités axées sur le capital psychologique positif et sur l'importance de cultiver des pensées et des émotions positives. À travers, par exemple, de l'éducation psychologique ou l'apprentissage de différentes stratégies, les exercices proposés visent le développement de la capacité à apprécier le moment présent, la centration et la promotion de l'optimisme, la gratitude, la compassion envers soi et la résilience.

Selon l'autosoin, ces exercices peuvent prendre la forme de lecture, d'écriture ou d'exercices pratiques. Les autosoins se déroulent en format individuel et le lieu d'intervention est déterminé à la convenance des participants, à l'exception de celui de l'étude de Gili où une séance d'information de groupe a lieu au préalable en établissement de santé et de services sociaux. Les autosoins non guidés comptent entre 4 et 14 modules et sont d'une durée totale qui varie de 1 à 5,5 heures. La durée de l'autosoin de Hanson n'est pas rapportée.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces 5 autosoins non guidés sont les suivants.

- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Hanson [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC chez des adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique (constat D2). Du pré au post-traitement, cet autosoin a entraîné une forte réduction des symptômes de dépression ($d = 1,24$). Notons que ce résultat a été obtenu auprès de 41 % des participants ayant terminé l'intervention.
- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Kladnitski [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique chez des adultes ayant un trouble anxieux (constats D2 et A2).

Du pré au post-traitement, cet autosoin a engendré une forte diminution des symptômes de dépression ($d = 1,18$) et d'anxiété ($d = 1,08$). De plus, 81 % des participants se sont dits satisfaits de l'autosoin basé sur la pleine conscience.

- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Stevenson [2019] a entraîné une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété similaire, bien que légèrement supérieure, à un autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive chez des adultes présentant un trouble d'anxiété sociale (constat D2 et A2). Du pré au post-traitement, l'autosoin basé sur la psychologie positive a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,74$) et d'anxiété ($d = 0,59$). Ce résultat a été obtenu auprès de 73 % des participants ayant terminé l'intervention.
 - De plus, 22 % des participants du groupe basé sur la psychologie positive ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété. Le taux d'abandon des participants de ce groupe est de 27 %, comparativement à 9 % seulement pour le groupe basé sur la restructuration cognitive.
- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Gili [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire, bien que légèrement supérieure, à des autosoins non guidés basés sur la pleine conscience ou l'éducation psychologique chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat D2). Les auteurs rapportent une réduction significative des symptômes de dépression, du pré au post-traitement, pour l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive (tailles d'effet intragroupes non rapportées). Le taux d'abandon des participants pour cet autosoin est de 45 % et le niveau d'adhésion à l'intervention, de 32 % seulement.
- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Gili [2020] a entraîné une diminution des symptômes de dépression similaire à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat D2). Les auteurs rapportent une diminution significative des symptômes de dépression, du pré au post-traitement, pour l'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience (taille d'effet intragroupe non rapportée). Le niveau d'adhésion à l'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience n'a été que de 52 %.

Enfin, bien que l'efficacité des 7 autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague ait été démontrée chez des adultes présentant des symptômes ou des troubles mentaux courants, l'analyse de la preuve indique que ceux-ci seraient peu efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété lorsqu'offerts en prévention sélective à des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (constat A3). Les données disponibles sont toutefois insuffisantes pour statuer sur l'efficacité de ces interventions pour prévenir les symptômes de dépression ou de stress chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (constats D3, S1). De fait, l'autosoin non guidé de l'étude de Ahmad [2020] est

le seul à avoir entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,53$) et de stress ($d = 0,60$) chez des étudiants universitaires âgés en moyenne de 25 ans, et ce, malgré un taux d'adhésion de seulement 38 %. Les participants ont également rapporté une amélioration de leur performance scolaire et une baisse de leur taux d'absentéisme en classe.

 Modéré	Constat A3 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague <u>sont peu susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes d'anxiété</u> chez des adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression (basé sur 2 études).
 Insuffisant	Constat D3 : Les études recensées <u>ne permettent pas de statuer sur l'efficacité</u> 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 (basé sur 2 études).
 Insuffisant	Constat S1 : Les études recensées <u>ne permettent pas de statuer sur l'efficacité</u> 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 (basé sur 2 études).

4.2.2.1.2 Bénéfices psychosociaux

L'analyse de la preuve a permis de confirmer l'efficacité de 5 des 7 autosoins non guidés basés sur la pleine conscience ou la psychologie positive pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique, soit ceux des études de Ahmad, de Barry, de Gili et de Hanson [Ahmad *et al.*, 2020; Gili *et al.*, 2020; Barry *et al.*, 2019; Hanson, 2019].

De ces 5 autosoins non guidés, 3 se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente et qu'un suivi usuel pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique, soit ceux des études de Ahmad, de Barry et de Gili, et 3 se sont révélés d'efficacité similaire à une autre intervention, soit ceux des études de Gili et de Hanson.

 Modéré	Constat Q2 : Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience <u>sont susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique</u> chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété (basé sur 2 études).
 Modéré	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 <u>sont susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique</u> chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif (basé sur 2 études).

Description des autosoins non guidés plus efficaces que le comparateur

Outre l'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Gili ([section 4.2.2.1.1](#)), les deux autosoins non guidés basés sur la pleine conscience de Ahmad et de Barry ont été réalisés auprès d'adultes âgés en moyenne de 25 à 38 ans. Les objectifs d'intervention visés sont de diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress ainsi que d'améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique chez les adultes. Ces autosoins sont principalement composés d'activités d'éducation psychologique, de saines habitudes de vie, d'habiletés sociales, de techniques de respiration, de relaxation guidée et de pleine conscience.

Les activités individuelles proposées à travers les modules peuvent prendre la forme de vidéos, de disques compacts et d'exercices pratiques. Les autosoins comptent 12 à 56 modules et sont d'une durée totale qui varie de 3 à 28 heures. Mentionnons qu'une version guidée est également offerte dans l'étude de Ahmad. Aux 12 modules de l'autosoin non guidé s'ajoutent 8 vidéoconférences de groupe sur les thèmes des modules et données par un modérateur, ainsi que 3 forums de discussion avec des pairs pour des conseils relatifs à la santé mentale et à la pratique de la pleine conscience. Ces deux dernières activités se font de façon anonyme.

Résultats en appui aux constats

Pour ces 3 autosoins non guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague, les résultats d'efficacité obtenus sont les suivants.

- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Ahmad [2020] a entraîné une amélioration modérée de la qualité de vie et du bien-être psychologique ($d = 0,54$) chez des adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression (constat Q2).
- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Barry [2019] a entraîné une amélioration modérée de la qualité de vie et du bien-être psychologique ($d = 0,69$) chez des adultes à risque de montrer des symptômes d'anxiété ou de dépression (constat Q2).
- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Gili [2020] a entraîné une amélioration modérée de la qualité de vie et du bien-être psychologique ($d = 0,67$) chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat Q3).

Description des autosoins non guidés d'efficacité similaire à une autre intervention

Pour plus d'informations sur l'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Gili, voir la [section 4.2.2.1.1](#). Pour plus d'informations sur les autosoins non guidés basés sur la psychologie positive des études de Hanson et de Gili, voir la [section 4.2.2.1.1](#).

Résultats en appui aux constats

Les résultats obtenus pour ces 3 autosoins non guidés sont les suivants.

- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de Hanson [2019] a entraîné une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique similaire, bien que légèrement supérieure, à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC chez des adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique (constat Q3). Du pré au post-traitement, cet autosoin a engendré une amélioration modérée ($d = 0,74$) de la qualité de vie et du bien-être psychologique. Ce résultat a été obtenu auprès de 41 % des participants ayant terminé l'intervention.
- L'autosoin non guidé basé sur la psychologie positive de l'étude de Gili [2020] a entraîné une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique similaire à des autosoins non guidés basés sur la pleine conscience et sur l'éducation psychologique chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat Q3). Du pré au post-traitement, ces autosoins ont entraîné une amélioration significative de la qualité de vie et du bien-être psychologique (tailles d'effet intragroupes non rapportées).
- L'autosoin non guidé basé sur la pleine conscience de l'étude de Gili [2020] a entraîné une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique similaire, bien que légèrement supérieure, à un autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique chez des adultes présentant un trouble dépressif (constat Q3).

Les données disponibles ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des autosoins non guidés basés sur la psychologie positive pour améliorer les compétences personnelles (constat C1). Cette conclusion s'appuie sur les résultats des études de Hanson et de Stevenson [Hanson, 2019; Stevenson *et al.*, 2019].

L'étude de Stevenson a été réalisée auprès d'adultes présentant un trouble anxieux, alors que celle de Hanson a été menée auprès d'adultes avec des symptômes de dépression dans la zone clinique. Comparativement à un autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive, celui de Stevenson basé sur la psychologie positive a entraîné une forte amélioration des compétences personnelles ($d = 0,85$), tandis que les autosoins non guidés de Hanson basés sur la psychologie positive et sur les principes de la TCC se sont avérés d'efficacité similaire et n'ont entraîné qu'une faible amélioration des compétences personnelles, du pré au post-traitement ($d = 0,39$ et $0,38$, respectivement).



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 (basé sur 2 études).

Mentionnons que l'étude de Kladnitski [2020] est la seule à avoir documenté l'efficacité d'un autosoin non guidé basé sur la pleine conscience pour améliorer le fonctionnement, de sorte qu'il n'a pas été possible de statuer sur l'efficacité de ce type d'autosoin. Notons néanmoins que celui-ci a entraîné une forte amélioration du fonctionnement ($d = 0,92$) chez des adultes présentant un trouble anxieux, en comparaison d'une liste d'attente, et qu'il s'est avéré d'efficacité similaire à un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC. L'autosoin basé sur la pleine conscience a conduit à une amélioration modérée du fonctionnement ($d = 0,53$), du pré au post-traitement.

4.2.2.2 Autosoins guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague

L'étude de Ahmad [2020] est la seule à avoir documenté l'efficacité d'un autosoin guidé basé sur la pleine conscience. Il n'est donc pas possible de statuer sur l'efficacité des autosoins guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague pour entraîner des bénéfices psychosociaux. Mentionnons toutefois que, comparativement à une liste d'attente, l'autosoin guidé de Ahmad basé sur la pleine conscience a entraîné une amélioration modérée de la qualité de vie et du bien-être psychologique ($d = 0,56$) chez des adultes à risque de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété.

4.2.2.3 Interventions en présence d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague

Au total, trois interventions basées sur la pleine conscience offertes en présence ont été répertoriées [Akeman *et al.*, 2020; Hilcove *et al.*, 2020; Sass *et al.*, 2019]. L'analyse de la preuve scientifique indique qu'elles sont peu susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes de dépression chez des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression (constat D7).

Les données disponibles sont toutefois insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de ces interventions pour diminuer le stress (constat S3) ou améliorer la qualité de vie ou le bien-être psychologique (constat Q4) chez des adultes à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants.



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 (basé sur 2 études).



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 (basé sur 2 études).



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 (basé sur 2 études).

À retenir

Les constats dégagés auprès des adultes sur l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague indiquent que :

- les autosoins non guidés basés sur la pleine conscience ou sur la psychologie positive sont susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble mental courant;
- ces autosoins non guidés 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 d'anxiété ou de dépression ou présentant des symptômes ou un trouble dépressif;
- selon les études, 19 % à 40 % des participants des groupes d'intervention ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression ou d'anxiété.

4.2.3 Interventions combinant deux approches théoriques – Adultes

4.2.3.1 Autosoins non guidés

Deux autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience ont été répertoriés. L'analyse de la preuve scientifique a permis d'en confirmer l'efficacité, soit :

- le *Mindfulness-Enhanced iCBT Program* [Kladnitski et al., 2020];
- l'application mobile *Pacifica* [Moberg et al., 2019].

Ces deux autosoins non guidés se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente pour diminuer les symptômes de dépression.



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 (basé sur 2 études).

Description des autosoins non guidés efficaces

Ces deux autosoins ont été offerts à des adultes âgés en moyenne de 30 à 39 ans. Les objectifs d'intervention sont de diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété. Celui de Moberg vise également à améliorer les compétences personnelles. L'autosoin non guidé de Kladnitski combine les activités d'un autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique (voir [section 4.2.1.1.1](#)) aux activités d'un autosoin non guidé basé sur la pleine conscience (voir [section 4.2.2.1.1](#)).

De même, l'autosoin non guidé de Moberg combine des activités axées sur l'éducation psychologique, l'identification des pensées et émotions, les stratégies pour surmonter les moments de détresse avec des activités de pleine conscience, de respiration et de méditation, en plus de favoriser les saines habitudes de vie. Cette application mobile compte neuf options d'activités qui peuvent prendre la forme de simulation de séance, de matériel audio, d'échelle de mesure pour son niveau d'humeur ou d'objectif personnel à atteindre. Les participants ont également l'option de clavarder avec des pairs de façon anonyme.

Résultats en appui aux constats

Les résultats d'efficacité obtenus pour ces deux autosoins non guidés sont les suivants.

- L'autosoin non guidé de l'étude de Kladnitski [2020] basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience a entraîné une forte diminution des symptômes de dépression ($d = 1,16$) et d'anxiété ($d = 1,23$) chez des adultes présentant un trouble anxieux. De plus, des taux d'amélioration cliniquement significative de 43 % et 30 % ont été observés, respectivement, pour les symptômes de dépression et d'anxiété, comparativement à une amélioration de 13 % de ces symptômes pour les participants sur la liste d'attente.
- L'autosoin non guidé de Kladnitski basé sur les principes de la TCC combinée à la pleine conscience s'est également avéré d'efficacité similaire à l'un ou l'autre de ces autosoins administrés seuls pour diminuer les symptômes d'anxiété, bien que légèrement supérieur pour diminuer les symptômes de dépression. Du pré au post-traitement, la version combinée de l'autosoin non guidé de Kladnitski a entraîné une forte diminution des symptômes de dépression ($d = 1,49$) et d'anxiété ($d = 1,04$), et tous les participants (100 %) se sont dits satisfaits de l'autosoin.
- L'autosoin non guidé de l'étude de Moberg [2019] a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,54$) chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété et de dépression dans la zone clinique. De plus, 42 % des participants ont présenté une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression, comparativement à 17 % de ceux sur la liste d'attente.

Enfin, les données disponibles se sont avérées insuffisantes pour statuer sur l'efficacité des autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC combinée à de la pleine conscience pour diminuer les symptômes d'anxiété chez 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 (basé sur 2 études).

À retenir

Les constats dégagés auprès des adultes sur l'efficacité des interventions basées sur les principes de la TCC combinés à la pleine conscience indiquent que :

- les autosoins non guidés combinant ces deux approches théoriques sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression, ou un trouble anxieux;
- selon les deux études, 30 % à 43 % des participants des groupes d'intervention ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes de dépression ou d'anxiété.

5 RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES ADOLESCENTS

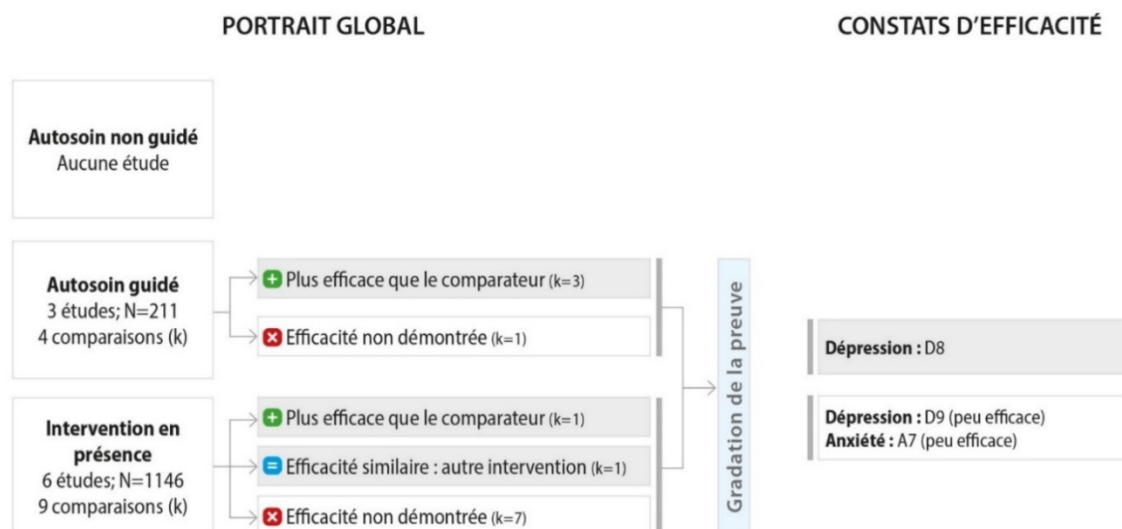
5.1 Portrait global de l'efficacité des interventions selon le type de soutien clinique offert et l'approche théorique

Rappelons que les figures présentées dans cette section portent sur l'efficacité des interventions sur les symptômes de troubles mentaux courants et les bénéfices psychosociaux considérés dans leur ensemble (variables combinées). Les constats sont numérotés en fonction du résultat d'intérêt : D8 et D9 pour les constats sur la dépression; A7 pour le constat sur l'anxiété; Q5 et Q6 pour les constats sur la qualité de vie et le bien-être psychologique; F2 pour le constat sur le fonctionnement; C2 et C3 pour les constats sur les compétences personnelles. Les interventions qui se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention sont représentées en gris. Elles sont représentées en blanc lorsque leur efficacité n'a pas été démontrée. L'abréviation algébrique pour désigner une comparaison est le « k ».

5.1.1 Type de soutien clinique offert – Symptômes de troubles mentaux courants

Les résultats d'efficacité des interventions sur les symptômes de troubles mentaux courants en fonction du type de soutien clinique offert sont représentés à la [figure 9](#).

Figure 9 Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adolescents, selon le type de soutien clinique offert



Celle-ci permet de constater que :

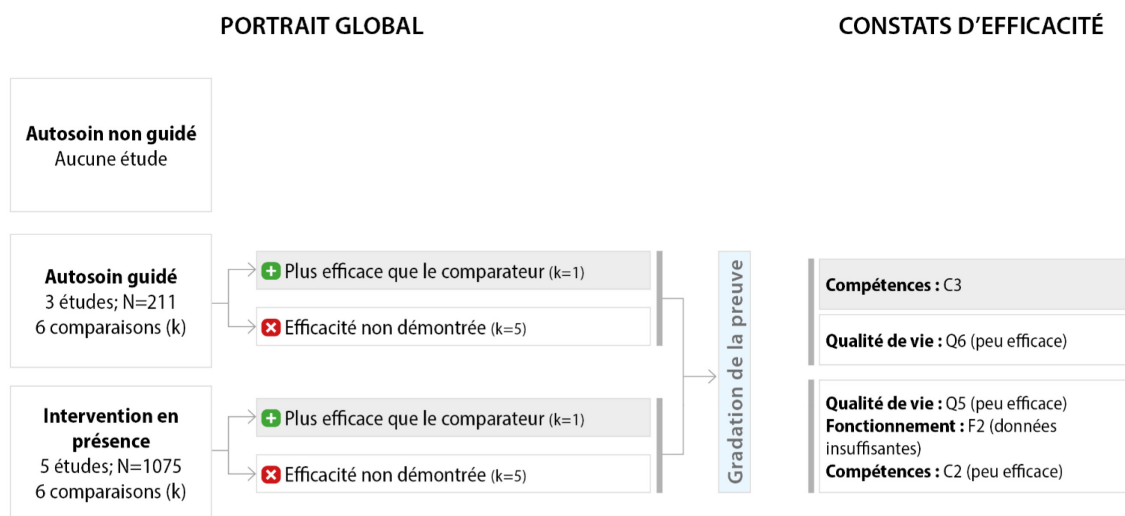
- aucune étude ne porte sur l'efficacité des autosoins non guidés;
- les autosoins guidés se sont avérés plus efficaces qu'une liste d'attente et qu'une autre intervention dans trois comparaisons sur quatre. Les tailles d'effet observées varient de 0,68 à 1,83;
- les interventions en présence se sont révélées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention dans deux comparaisons sur neuf. Les tailles d'effet observées sont de 0,57 et 0,70.

Il est à noter que tous les autosoins guidés ($k = 4$) ont été offerts à des adolescents présentant un trouble mental courant. Au contraire, et à l'exception de deux études, les interventions en présence ont été offertes en prévention indiquée à des adolescents ayant des symptômes légers ($k = 9$). Aucune intervention n'a été offerte en prévention sélective à des adolescents à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants.

5.1.2 Type de soutien clinique offert – Bénéfices psychosociaux

La [figure 10](#) permet de constater que les autosoins guidés et les interventions offertes en présence entraînent peu de bénéfices psychosociaux chez les adolescents présentant des symptômes légers ou un trouble mental courant. En effet, les autosoins guidés se sont avérés plus efficaces qu'une autre intervention pour engendrer des bénéfices psychosociaux dans seulement une des six comparaisons. De même les interventions en présence se sont révélées plus efficaces qu'une liste d'attente dans seulement une des six comparaisons. Les tailles d'effet observées sont respectivement de 1,25 et 0,56.

Figure 10 Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adolescents, selon le type de soutien clinique offert



5.1.3 Approche théorique des interventions – Symptômes de troubles mentaux courants

Comme illustrées à la [figure 11](#), toutes les interventions réalisées auprès des adolescents sont d'approche cognitivo-comportementale. Celles-ci se sont avérées plus efficaces que le comparateur ou d'efficacité similaire à une autre intervention pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez des adolescents dans plus du tiers des cas (38 %, k = 5/13). Les tailles d'effet observées varient de 0,57 à 0,86.

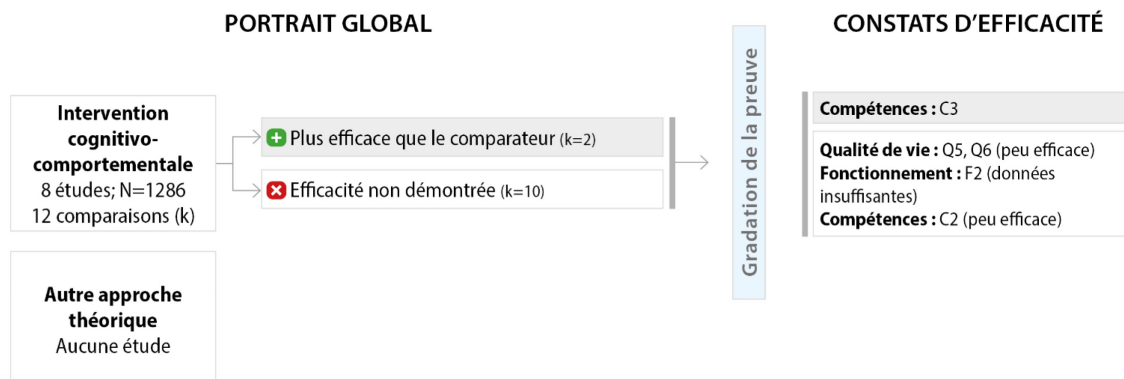
Figure 11 Portrait global de l'efficacité des interventions pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez les adolescents, selon l'approche théorique



5.1.4 Approche théorique des interventions – Bénéfices psychosociaux

La [figure 12](#) indique pour sa part que, dans la plupart des cas (83 %, k = 10/12), les interventions d'approche cognitivo-comportementale entraînent peu de bénéfices psychosociaux chez des adolescents présentant des symptômes légers ou un trouble mental courant. Les tailles d'effet observées sont de 1,25 et 0,56.

Figure 12 Portrait global de l'efficacité des interventions pour engendrer des bénéfices psychosociaux chez les adolescents, selon l'approche théorique



5.2 Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les adolescents

Le processus de gradation de la preuve ayant conduit à la formulation des constats est présenté en détails à l'annexe B (document *Annexes complémentaires*). Les interventions psychosociales efficaces sont décrites dans les fiches descriptives incluses à l'[annexe 3](#) du rapport.

5.2.1 Interventions cognitivo-comportementales – Adolescents

5.2.1.1 Autosoins guidés

Au total, trois autosoins guidés basés sur les principes de la TCC ont été répertoriés. Deux d'entre eux se sont avérés efficaces, soit :

- l'*Internet-based Cognitive Behavioural Therapy* [Berg et al., 2019];
- l'*Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended With Synchronous Chat Sessions* [Topococo et al., 2019].

5.2.1.1.1 Symptômes de troubles mentaux courants

Les deux autosoins guidés basés sur les principes de la TCC se sont révélés plus efficaces qu'une liste d'attente et plus efficaces qu'un auto-soin non guidé basé sur l'éducation psychologique, pour diminuer les symptômes de dépression chez des adolescents.



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 (basé sur 3 études).

Description des autosoins guidés efficaces

Les deux autosoins guidés basés sur les principes de la TCC ont été offerts à des adolescents âgés de 17 à 18 ans, et ils ont pour objectif de diminuer les symptômes de dépression. Celui de l'étude de Berg vise également une amélioration des connaissances sur la dépression et sur les stratégies de la TCC, tout en favorisant le développement des compétences personnelles.

Les deux autosoins guidés sont composés principalement d'activités d'éducation psychologique, d'activation comportementale, de restructuration cognitive, de régulation des émotions et de prévention de la rechute. Les activités individuelles proposées peuvent prendre la forme d'un journal de bord, d'exercices pratiques, de vidéos, de scénarios fictifs et de devoirs. Entre les modules et à la réception des devoirs terminés, l'intervenant fournit une rétroaction écrite à l'adolescent. De plus, des contacts par clavardage avec l'intervenant sont offerts pour discuter des exercices et des thèmes des modules. Dans les deux études, la guidance a été assurée par des étudiants au doctorat

en psychologie, supervisés hebdomadairement par un psychologue clinicien formé en TCC et ayant une expertise dans le traitement des troubles mentaux chez les adolescents. Les deux autosoins guidés comptent 8 modules. Les contacts par clavardage sont d'une durée de 4,5 heures dans l'étude de Berg et de 6 heures dans celle de Topooco.

Résultats en appui aux constats

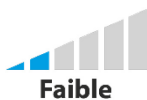
Les résultats d'efficacité obtenus pour ces deux autosoins guidés sont les suivants.

- L'autosoin guidé de l'étude de Berg [2019] a entraîné une diminution modérée des symptômes de dépression ($d = 0,71$) chez des adolescents présentant un trouble dépressif.
- L'autosoin guidé de l'étude de Topooco [2019] a engendré une forte réduction des symptômes de dépression ($d = 0,86$) chez les adolescents présentant un trouble dépressif. De plus, 46 % des adolescents ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes et 56 % se sont rétablis, comparativement à 11 % et 27 % de ceux sur la liste d'attente.

L'étude de Stjerneklar [2019] étant la seule à avoir documenté l'efficacité d'un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC sur les symptômes d'anxiété, elle n'a pas été incluse dans le processus de gradation de la preuve. Mentionnons toutefois que cet autosoin a entraîné une diminution modérée des symptômes d'anxiété ($d = 0,68$) chez les adolescents âgés en moyenne de 15 ans et présentant un trouble anxieux. De plus, 69 % des participants du groupe d'autosoin ont montré une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété, comparativement à 22 % de ceux sur la liste d'attente.

5.2.1.1.2 Bénéfices psychosociaux

L'analyse de la preuve indique que les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont susceptibles d'entraîner une amélioration des compétences personnelles des adolescents présentant un trouble dépressif (C3), mais qu'ils sont peu efficaces pour améliorer leur qualité de vie et leur bien-être psychologique (Q6).



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 (basé sur 5 études).



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 dépressif ou anxieux (basé sur 5 études).

5.2.1.2 Interventions cognitivo-comportementales offertes en présence

Au total, sept interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence ont été répertoriées [Haugland *et al.*, 2020; Lorentzen *et al.*, 2020; Brown *et al.*, 2019; Idsoe *et al.*, 2019; Martinez *et al.*, 2019; McGuire *et al.*, 2019].

5.2.1.2.1 Symptômes de troubles mentaux courants

L'analyse de la preuve indique que ces interventions sont peu efficaces pour diminuer les symptômes de dépression (constat D9) ou d'anxiété (constat A7) chez des adolescents présentant majoritairement des symptômes légers de dépression ou d'anxiété.



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 (basé sur 6 études).



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 (basé sur 3 études).

Il est à noter que des sept interventions en présence d'approche cognitivo-comportementale, l'*Exposure-Based Cognitive Behavior Therapy* de l'étude de McGuire [2019] est la seule à ne pas avoir été dispensée en prévention indiquée et la seule à avoir entraîné une diminution modérée de la détresse psychologique ($d = 0,71$). Dans cette étude, l'intervention a été offerte à des adolescents âgés en moyenne de 12 ans et présentant un trouble obsessionnel-compulsif. Elle ciblait spécifiquement les symptômes obsessionnels et compulsifs ainsi que la détresse engendrée par ceux-ci. Cette intervention se distingue aussi des autres par un volet s'adressant aux parents. Des 12 séances que compte l'intervention, 10 sont axées sur la pratique d'exposition et de prévention de la réponse pour l'adolescent et sur de l'éducation psychologique, de la sensibilisation et de l'observance du traitement pour les parents. Les séances individuelles sont d'une durée de 60 minutes avec l'adolescent et de 30 minutes avec les parents, pour une durée totale de 18 heures. Dans l'étude, l'intervention a été offerte par des cliniciens, mais aucune information supplémentaire sur leurs qualifications n'est rapportée.

5.2.1.2.2 Bénéfices psychosociaux

L'analyse de la preuve indique que les interventions en présence d'approche cognitivo-comportementale sont peu efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique ou les compétences personnelles des adolescents présentant des symptômes ou un trouble dépressif [Brown *et al.*, 2019; Idsoe *et al.*, 2019; Martinez *et al.*, 2019] (constats Q5 et C2).



Modéré

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 (basé sur 2 études).



Modéré

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 (basé sur 3 études).



Insuffisant

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 (basé sur 2 études).

Enfin, les données disponibles sont insuffisantes pour statuer sur l'efficacité de ces interventions pour améliorer le fonctionnement d'adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression (constat F2). De fait, des deux études [Haugland *et al.*, 2020; Lorentzen *et al.*, 2020] ayant évalué l'effet des interventions en présence sur le fonctionnement, l'intervention de Lorentzen basée sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique est la seule à avoir entraîné une amélioration modérée du fonctionnement des adolescents, comparativement à ceux sur une liste d'attente ($d = 0,56$). Celle-ci comporte notamment de l'activation comportementale, de la restructuration cognitive et de l'exposition. Elle compte 6 séances, pour une durée totale de 6 heures.

À retenir

Les constats dégagés auprès des adolescents sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales indiquent que :

- les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont susceptibles d'entraîner une diminution des symptômes de dépression chez des adolescents présentant un trouble dépressif;
- les interventions offertes en présence de TCC ou basées sur les principes de la TCC semblent peu efficaces pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété lorsqu'elles sont offertes en prévention à des adolescents ayant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété;
- les interventions d'approche cognitivo-comportementale sont peu susceptibles d'entraîner des bénéfices psychosociaux chez les adolescents.

6 RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Seulement deux études réalisées auprès des personnes âgées ont été recensées [Davison *et al.*, 2020; Tanaka *et al.*, 2019]. Elles portent sur des interventions offertes en présence; une est d'approche cognitivo-comportementale et l'autre, centrée sur la personne.

Bien que les résultats se soient révélés négatifs dans les deux études, les interventions évaluées sont les suivantes.

- L'intervention de l'étude de Davison [2020] est axée sur l'autodétermination *PEARL (The Program to Enhance Adjustment to Residential Living)*. Elle a été offerte à des personnes âgées en moyenne de 86 ans présentant des symptômes légers de dépression. L'intervention compte 5 séances individuelles et est d'une durée totale variant de 2 à 5 heures. Dans l'étude, les séances ont été dirigées par des cliniciens en santé mentale. L'intervention est axée notamment sur les relations sociales, l'augmentation de l'autonomie des personnes âgées, la planification d'une routine centrée sur leurs intérêts et activités plaisantes, la résolution de problèmes et l'amélioration des compétences.
- L'intervention de l'étude de Tanaka [2019] basée sur les principes de la TCC a été offerte à des personnes âgées en moyenne de 70 ans présentant des symptômes légers de dépression combinés à des symptômes d'insomnie. Cette intervention ne comptait qu'une séance individuelle et une séance de groupe, d'une durée totale d'environ 2 heures. Dans l'étude, la séance de groupe a été animée par une infirmière praticienne de santé publique. Les composantes principales de l'intervention sont axées, notamment, sur l'éducation psychologique liées à l'hygiène du sommeil, la relaxation, la modification des pensées et attitudes erronées liées au sommeil.

7 RÉSULTATS D'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS : ÉTUDES ORPHELINES

Huit études, parmi les 49 recensées, n'ont pu être considérées dans l'analyse de la preuve du fait de leur caractère unique quant à la nature de l'intervention ou de la population étudiée [Beerse *et al.*, 2020; Davison *et al.*, 2020; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Rodriguez *et al.*, 2020; Abbing *et al.*, 2019a; Church et Clond, 2019; Külz *et al.*, 2019; Tanaka *et al.*, 2019]. Six d'entre elles portent sur une population adulte et deux sur les personnes âgées. Ces dernières ont été décrites à la section précédente.

Une courte description des interventions ayant obtenu des résultats positifs est présentée ci-dessous à titre informatif.

7.1 Intervention basée sur les principes de la thérapie interpersonnelle

L'intervention de groupe offerte en présence, *Tapping Deep Intimacy* [Church et Clond, 2019], s'est avérée plus efficace que la même intervention offerte en format d'autosoin non guidé, pour diminuer les symptômes d'anxiété ($d = 1,41$) chez des adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Ces deux interventions se sont révélées d'efficacité similaire pour diminuer les symptômes de dépression. Celle offerte en présence compte 6 jours d'ateliers, d'une durée totale de 42 heures, alors que l'autosoin comporte 12 modules répartis sur 12 semaines. Les deux interventions sont composées notamment d'éducation psychologique, d'activités liées à la pleine conscience, aux techniques de communication, aux habiletés relationnelles et de gestion du stress.

7.2 Art-thérapie

Une seule étude portant sur l'art-thérapie a été recensée [Abbing *et al.*, 2019a; Abbing *et al.*, 2019b]. L'intervention *Anthroposophic Art Therapy (AAT)* a entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété ($d = 1,00$) et une diminution modérée des symptômes de stress ($d = 0,72$) chez les adultes du groupe d'intervention, comparativement à ceux de la liste d'attente.

Cette intervention a aussi entraîné une forte amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique ($d = 1,26$) ainsi qu'une amélioration modérée des compétences personnelles ($d = 0,60$). Il est à noter que l'échantillon des participants était composé uniquement de femmes. L'intervention individuelle offerte en pratique privée par des professionnels qualifiés et membres de la *Dutch Anthroposophic Art Therapists*, visait une diminution des symptômes d'anxiété et une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. Elle compte 10 à 12 séances, d'une durée totale de 7,5 à 12 heures.

7.3 Interventions combinées offertes en présence

L'intervention de groupe offerte en présence de l'étude de Külz [2019], soit la pleine conscience basée sur la thérapie cognitive (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*, MBCT), a entraîné une diminution modérée des symptômes d'anxiété ($d = 0,50$) chez des adultes âgés en moyenne de 39 ans présentant un trouble obsessionnel-compulsif, comparativement aux participants du groupe d'éducation psychologique. L'intervention de MBCT ne s'est toutefois pas avérée plus efficace que celle d'éducation psychologique pour diminuer les symptômes de dépression et pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique ou les compétences personnelles des participants.

Le niveau d'adhésion à la MBCT est de 81 %, comparativement à 66 % pour le groupe d'éducation psychologique. La MBCT, reposant sur l'utilisation d'un manuel, combine notamment de l'éducation psychologique et des exercices et stratégies de pleine conscience basés sur les principes de la TCC. Elle compte 8 séances, d'une durée totale de 16 heures, et se déroule en consultation externe. Notons que près de 80 % des participants des deux groupes d'intervention ont rapporté être satisfaits ou largement satisfaits de l'intervention reçue.

8 RÉSULTATS OBTENUS DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES

8.1 Résultats d'efficacité obtenus auprès des adultes

Des 17 revues systématiques répertoriées, 12 portent sur une population adulte. Elles totalisent 874 études, dont 835 (96 %) sont des essais contrôlés randomisés, et 68 337 participants. Les résultats obtenus auprès des adultes sont présentés à l'annexe B, tableau B-9 (document *Annexes complémentaires*) [Reins *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2020; De Witte *et al.*, 2020; Apolinario-Hagen, 2019; Cuijpers *et al.*, 2019; Gonzalez-Valero *et al.*, 2019; Lewis *et al.*, 2019; Linardon *et al.*, 2019; Lopez-Lopez *et al.*, 2019; O'Kearney *et al.*, 2019; Roberts *et al.*, 2019; Wright *et al.*, 2019].

8.1.1 Efficacité des autosoins non guidés

L'efficacité des autosoins non guidés a été évaluée majoritairement sur les symptômes de dépression ($k = 125$) et beaucoup plus rarement sur les symptômes d'anxiété ($k = 4$), de stress ($k = 2$) ou sur le bien-être psychologique ($k = 30$). Ces autosoins sont d'approche cognitivo-comportementale plus classique pour la plupart ($k = 120$), et plus rarement de 3^e vague ($k = 26$).

Symptômes de dépression

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que les autosoins non guidés basés sur la TCC, la pleine conscience ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (toutes approches théoriques confondues) entraînent une diminution des symptômes de dépression ($k = 37$, $d = 0,23$) similaire au comparateur (non précisé) chez des adultes présentant des symptômes de troubles mentaux courants.

En tenant compte de l'approche théorique, toutefois, les résultats révèlent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC engendrent une réduction modérée des symptômes de dépression ($k = 76$, $d = 0,59$) chez des adultes ayant des symptômes ou un trouble dépressif, comparativement à une liste attente ou un suivi usuel [Lopez-Lopez *et al.*, 2019]. D'autres études incluses dans cette revue ont toutefois obtenu des tailles d'effet faibles ($k = 11$, $d = 0,48$) et très faibles ($k = 9$, $d = 0,14$) pour le même type d'autosoins, lorsque comparés à une liste d'attente [Cuijpers *et al.*, 2019].

Des tailles d'effet faibles ont également été obtenues pour les autosoins non guidés basés sur la psychologie positive offerts en prévention sélective ou indiquée à des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété ($k = 49$, $d = 0,31$; comparateur non précisé) [Sitbon *et al.*, 2019].

Symptômes d'anxiété

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que les autosoins non guidés (toutes approches théoriques confondues) entraînent une diminution des symptômes d'anxiété similaire au comparateur (non précisé) chez des adultes présentant des symptômes de troubles mentaux courants ($k = 27$, $d = 0,21$).

Bien que cela soit documenté dans peu d'études, les résultats laissent supposer que, comparativement à une liste d'attente ou un suivi usuel, les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC entraînent une réduction modérée des symptômes d'anxiété chez des adultes manifestant un trouble panique ($k = 4$, $d = 0,52$) [Apolinario-Hagen, 2019]. Un taux de rémission de 38 %, en comparaison de 10 % pour le suivi usuel, a également été rapporté dans une des études incluses dans cette revue.

Symptômes de stress

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que les autosoins non guidés (toutes approches théoriques confondues) entraînent une diminution des symptômes de stress similaire au comparateur (non précisé) chez les adultes présentant des symptômes de troubles mentaux courants ($k = 17$, $d = 0,24$).

Le peu de données disponibles donnent également à penser que, comparativement à une liste d'attente, les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC sont peu efficaces pour diminuer les symptômes de stress ($k = 2$, $d = 0,10$) chez des adultes ayant des symptômes ou un trouble de stress post-traumatique [Lewis *et al.*, 2019].

Qualité de vie et bien-être psychologique

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que les autosoins non guidés (toutes approches théoriques confondues) entraînent une amélioration du bien-être psychologique similaire au comparateur (non précisé) chez des adultes présentant des symptômes de troubles mentaux courants ($k = 30$, $d = 0,29$).

Les autosoins non guidés basés sur la psychologie positive entraîneraient une faible amélioration du bien-être psychologique lorsqu'offerts en prévention sélective ou indiquée à des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de dépression ou d'anxiété ($k = 18$, $d = 0,39$; comparateur non précisé) [Sitbon *et al.*, 2019]. En contraste, et comparativement au suivi usuel, une détérioration de la qualité de vie a été rapportée avec les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ($k = 15$, $d = -0,58$). Aucune information susceptible d'expliquer ce résultat n'a été fournie par les auteurs [Lopez-Lopez *et al.*, 2019].

8.1.2 Efficacité des autosoins guidés

Comme pour les autosoins non guidés, la grande majorité des études ayant évalué l'efficacité des autosoins guidés portent sur les symptômes de dépression ($k = 158$) et dans une minorité des cas, sur les symptômes d'anxiété ($k = 4$) ou de stress ($k = 3$), ou sur la qualité de vie ($k = 15$). Tous les autosoins guidés répertoriés dans les revues sont

basés sur les principes de la TCC à l'exception de la revue de Linardon [2019] où les résultats d'autosoins de différentes approches théoriques ont été combinés.

Symptômes de dépression

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que, considérés globalement, les autosoins guidés (toutes approches théoriques confondues) entraînent une diminution des symptômes de dépression légèrement supérieure ($k = 15$, $d = 0,48$) au comparateur (non précisé).

Les résultats obtenus dans plusieurs revues révèlent cependant que, comparativement à une liste d'attente ou un suivi usuel, les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC engendrent une réduction modérée à forte des symptômes de dépression chez des adultes présentant de tels symptômes ou une dépression majeure ($k = 158$, d variant de 0,56 à 1,06) [Cuijpers *et al.*, 2019; Lopez-Lopez *et al.*, 2019; Wright *et al.*, 2019]. Ces autosoins guidés seraient également plus efficaces que leur version non guidée ($k = 5$, $d = 0,37$) et d'efficacité similaire à une intervention cognitivo-comportementale offerte en groupe ($k = 5$, $d = 0,20$) ou en format individuel ($k = 4$, $d = 0,12$) [Cuijpers *et al.*, 2019].

Symptômes d'anxiété

Les résultats obtenus dans la revue de Linardon [2019] indiquent que les autosoins guidés (toutes approches théoriques confondues) entraînent une diminution des symptômes d'anxiété modérément supérieure au comparateur (non précisé) chez des adultes présentant des symptômes de troubles mentaux courants ($k = 12$, $d = 0,53$).

Une taille d'effet modérée est également rapportée pour les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC, de nature transdiagnostique ou ciblant plus particulièrement le trouble panique, chez les adultes présentant un trouble panique, lorsque comparés à une liste d'attente ($k = 8$, d moyen = 0,70) [Apolinario-Hagen, 2019]. Ces autosoins guidés ont entraîné une forte diminution des symptômes d'anxiété, du pré au post-traitement ($k = 4$, d moyen = 1,00). Des taux d'amélioration cliniquement significative de 69 % et 75 %, respectivement, comparativement à 27 % et 21 % pour la liste d'attente, ont aussi été évoqués dans une des études primaires incluses dans cette revue.

Symptômes de stress

Bien que cela soit peu documenté, les résultats donnent à penser que les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC et axés sur le trauma entraînent une forte diminution des symptômes de stress chez les adultes présentant des symptômes ou un trouble de stress post-traumatique ($k = 3$, d moyen = 0,99) [Lewis *et al.*, 2019].

Qualité de vie

Une amélioration modérée de la qualité de vie a été rapportée en faveur des autosoins guidés basés sur les principes de la TCC comparativement au suivi usuel chez des adultes présentant un trouble dépressif ($k = 15$, $d = 0,50$) [Lopez-Lopez *et al.*, 2019].

8.1.3 Efficacité des interventions offertes en présence

Les interventions offertes en présence sont celles dont l'efficacité a été le plus largement documentée dans les revues systématiques, avec un total de 475 comparaisons. Celles-ci portent principalement sur les symptômes de dépression ($k = 326$) et les interventions d'approche cognitivo-comportementale classique ou de 3^e vague ($k = 217$). Dans une moindre mesure, elles abordent aussi la thérapie interpersonnelle ($k = 21$) et le counseling ($k = 17$). L'efficacité de la musicothérapie a été documentée dans une revue comptant 104 essais contrôlés randomisés et 130 comparaisons.

Symptômes de dépression

Les études recensées dans les revues indiquent que les interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence, en format de groupe ou individuel, entraînent une diminution modérée à forte des symptômes de dépression chez des adultes présentant de tels symptômes ou une dépression majeure ($k = 339$, d moyen variant de 0,65 à 1,12), comparativement à une liste d'attente ou un suivi usuel [Cuijpers *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2019; Lopez-Lopez *et al.*, 2019]. Des tailles d'effet fortes ont également été rapportées pour les interventions cognitivo-comportementales : de 3^e vague ($k = 17$, d moyen = 0,90); basées sur l'activation comportementale ($k = 18$, d moyen = 1,14); basées sur la résolution de problèmes offertes en groupe ($k = 24$, d moyen = 0,90) [Cuijpers *et al.*, 2020].

Comparativement à une liste d'attente ou un suivi usuel, la thérapie interpersonnelle engendre aussi une diminution modérée des symptômes de dépression ($k = 21$, d moyen = 0,76), de même que le counseling ($k = 17$, d moyen = 0,77) et la thérapie psychodynamique brève ($k = 9$, $d = 0,71$) chez des adultes manifestant des symptômes ou une dépression majeure [Cuijpers *et al.*, 2020]. Il est à noter qu'aucune différence significative n'a été observée entre les interventions de différentes approches théoriques une fois le type de comparateur, le risque de biais et le pays pris en compte [Cuijpers *et al.*, 2020].

Enfin, la revue de Gonzalez-Valero [2019] indique que les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague sont peu efficaces pour réduire les symptômes de dépression, lorsqu'offertes en prévention sélective ($k = 7$, d moyen = 0,28) à des adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de stress. La seule exception est la thérapie de pleine conscience basée sur la réduction du stress, qui entraînerait une diminution des symptômes de dépression modérément supérieure au comparateur (non précisé; $k = 6$, d moyen = 0,54).

Symptômes d'anxiété

La revue de O'Kearney [2019] est la seule à avoir évalué l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales sur les symptômes d'anxiété auprès d'adultes présentant de tels symptômes ou un trouble anxieux. Les résultats basés sur 14 essais contrôlés randomisés indiquent que celles-ci sont d'efficacité similaire ou légèrement supérieure à des autosoins guidés et autosoins non guidés basés sur la TCC (d moyen variant de -0,01 à 0,36).

Les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague offertes en présence entraîneraient toutefois une diminution légèrement à modérément supérieure au comparateur (non précisé) lorsqu'offertes en prévention sélective à des adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de stress (k = 13, d moyen variant de 0,35 à 0,60) [Gonzalez-Valero *et al.*, 2019]. Une diminution modérée des symptômes d'anxiété (d = 0,51), basée sur 130 comparaisons, a aussi été observée pour des interventions de musicothérapie offertes en prévention sélective à des adultes également à risque de présenter les mêmes symptômes (comparateur non précisé) [De Witte *et al.*, 2020]. Il est à noter que les auteurs de cette revue n'ont rapporté aucune différence significative entre les interventions musicales offertes par des intervenants et celles offertes par des professionnels formés en musicothérapie.

Symptômes de stress

La revue de Roberts [2019] est la seule à avoir documenté l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales auprès d'adultes présentant un trouble de stress post-traumatique. Les résultats indiquent que celles axées sur le trauma entraînent une forte diminution des symptômes de stress, comparativement à une liste d'attente (k = 6, d = 0,89), et une diminution modérée comparativement à du counseling de soutien (k = 6, d = 0,5). Une taille d'effet modérée aurait également été observée pour la TCC régulière, comparée à une liste d'attente (k = 2, d = 0,68).

Les interventions cognitivo-comportementales axées sur le trauma se sont aussi avérées modérément plus efficaces que la liste d'attente (k = 9, d = 0,63), que du counseling de soutien (k = 8, d = 0,61) et qu'un autosoin non guidé (k = 2, d = 0,57), lorsqu'offertes en prévention indiquée, dans les trois mois suivant le trauma, à des adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique [Roberts *et al.*, 2019]. Une taille d'effet modérée est également rapportée pour la TCC régulière, comparée à une liste d'attente (k = 2, d = 0,68).

Qualité de vie et bien-être psychologique

Enfin, la revue de Lopez-Lopez [2019] indique que, comparativement au suivi usuel, les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence entraînent une faible amélioration de la qualité de vie chez des adultes souffrant d'une dépression majeure (k = 15, d = 0,35).

À retenir

Dans l'ensemble, les revues portant sur une population adulte indiquent que :

- les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété, lorsqu'offerts à des adultes présentant de tels symptômes ou des troubles de dépression ou d'anxiété, mais peu efficaces pour améliorer la qualité de vie;
- les autosoins non guidés basés sur la psychologie positive entraînent une faible amélioration du bien-être psychologique, lorsqu'offerts en prévention sélective ou indiquée à des adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants;
- les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété chez les adultes présentant de tels symptômes ou des troubles de dépression ou d'anxiété;
- les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC et axés sur le trauma sont efficaces pour diminuer les symptômes de stress chez des adultes ayant des symptômes ou un trouble de stress post-traumatique;
- les interventions cognitivo-comportementales classiques, de 3^e vague, basées sur l'activation comportementale ou la résolution de problèmes, de même que les interventions basées sur la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique brève ou le counseling, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble dépressif;
- les interventions cognitivo-comportementales, de pleine conscience basée sur la réduction du stress ainsi que les interventions de musicothérapie, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété chez les adultes à risque de présenter ou présentant des symptômes légers d'anxiété ou de stress;
- les interventions cognitivo-comportementales axées sur le trauma sont efficaces pour diminuer les symptômes de stress chez des adultes à risque de présenter, présentant des symptômes légers ou présentant un trouble de stress post-traumatique.

8.2 Résultats d'efficacité obtenus auprès des adolescents

Les résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales ont été documentés dans 4 revues systématiques totalisant 31 études publiées entre 2010 et 2017 [James-Palmer *et al.*, 2020; Gonzalez-Valero *et al.*, 2019; Grist *et al.*, 2019; Sitbon *et al.*, 2019]. Les résultats obtenus auprès des adolescents sont présentés en détails à l'annexe B, tableau B-10 (document *Annexes complémentaires*).

8.2.1 Efficacité des autosoins non guidés

Les résultats obtenus dans la revue de Grist [2019] indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC sont d'efficacité similaire à une liste d'attente ($k = 12$, $d = 0,22$) pour diminuer les symptômes de dépression chez des adolescents présentant des symptômes ou un trouble anxieux ou dépressif.

De même, les autosoins non guidés basés sur la psychologie positive se sont avérés d'efficacité similaire à un comparateur actif pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress ($k = 3$, d moyen = $0,21$) et améliorer le bien-être psychologique ($k = 1$, $d = 0,25$), lorsqu'offerts en prévention sélective à des adolescents à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants [Sitbon *et al.*, 2019].

Ces résultats apportent un éclairage complémentaire à ceux présentés dans les 9 études primaires réalisées auprès des adolescents puisqu'aucune d'entre elles n'avaient documenté l'efficacité des autosoins non guidés.

8.2.2 Efficacité des autosoins guidés

L'efficacité des autosoins guidés basés sur les principes de la TCC a été documentée dans une seule revue [Grist *et al.*, 2019]. Celle-ci indique que, comparativement à une liste d'attente, ces autosoins entraînent une forte diminution des symptômes d'anxiété chez des adolescents présentant des symptômes ou troubles anxieux ou dépressifs ($k = 3$, $d = 0,97$).

Il est intéressant de noter que les études primaires retenues ont permis de documenter l'efficacité des autosoins guidés pour réduire les symptômes de dépression seulement. Les résultats des revues laissent entendre que les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont également efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété chez les adolescents.

8.2.3 Efficacité des interventions en présence

Les deux revues ayant évalué l'efficacité des interventions offertes en présence ont été réalisées auprès d'adolescents à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de stress. Celle de Gonzalez-Valero [2019] compte 8 essais contrôlés randomisés et porte principalement sur des interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague. La revue de James-Palmer [2020] porte quant à elle sur des classes de yoga, combinées ou non à des activités de pleine conscience, et inclut 5 essais contrôlés randomisés et 2 études de cohortes.

Les résultats obtenus indiquent que les interventions d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague entraînent une diminution des symptômes de dépression légèrement à modérément supérieure ($k = 6$, d variant de $0,26$ à $0,57$) au comparateur, lorsqu'offertes en prévention sélective [Gonzalez-Valero *et al.*, 2019]. Les tailles d'effet rapportées pour l'anxiété sont généralement faibles ($k = 5$, d variant de $0,11$ à $0,35$), à l'exception de la TCC régulière pour laquelle une taille d'effet modérée est rapportée ($k = 2$, $d = 0,59$). Les tailles d'effet rapportées pour les symptômes de stress sont

légèrement à modérément supérieures au comparateur (non précisé; $k = 5$, d variant entre 0,40 et 0,53).

La revue de James-Palmer [2020] rapporte pour sa part que, comparativement à ceux qui étaient dans une classe d'éducation physique régulière, les adolescents ayant participé à une classe de yoga, combinée ou non à des activités de pleine conscience, présentent une diminution significative de leurs symptômes de dépression et d'anxiété ($k = 7$, tailles d'effet non rapportées).

Ces résultats contrastent avec ceux obtenus dans les études primaires. En effet, la majorité des interventions cognitivo-comportementales offertes en présence évaluées l'ont été en prévention indiquée à des adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression, et celles-ci se sont avérées peu efficaces. Les résultats obtenus dans les revues systématiques indiquent que ces interventions sont efficaces pour prévenir les symptômes de troubles mentaux courants lorsqu'elles sont offertes en prévention sélective à des adolescents. La divergence dans les résultats obtenus peut être due au niveau d'intervention (prévention sélective versus indiquée), ou encore au type d'intervention (cognitivo-comportementale classique versus de 3^e vague).

À retenir

Dans l'ensemble, les revues réalisées auprès d'une population adolescente indiquent que :

- les autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC ou la psychologie positive sont peu efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants chez des adolescents à risque de présenter ou présentant de tels symptômes ou des troubles mentaux courants;
- les autosoins guidés basés sur les principes de la TCC sont efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété chez des adolescents ayant des symptômes ou un trouble anxieux ou dépressif;
- les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague, de même que la participation à une classe de yoga avec ou sans composantes de pleine conscience, sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété chez des adolescents à risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de stress;
- les interventions cognitivo-comportementales classiques sont susceptibles de réduire les symptômes d'anxiété et de stress chez les adolescents à risque de présenter de tels symptômes.

8.3 Résultats d'efficacité obtenus auprès des personnes âgées

L'efficacité des interventions psychosociales chez les personnes âgées a été documentée dans trois revues, pour un total de 16 études/comparaisons et plus de 679 personnes âgées (N inconnu pour une revue) [Cuijpers *et al.*, 2020; Krause *et al.*, 2019; Li et Bressington, 2019]. Comme dans les deux études primaires retenues, toutes les interventions effectuées auprès des personnes âgées ont été offertes en présence et leurs effets, mesurés principalement sur les symptômes de dépression. Les résultats obtenus auprès des personnes âgées sont présentés en détails à l'annexe B, tableau B-11 (document *Annexes complémentaires*).

Ces résultats font état d'une diminution modérée à forte des symptômes de dépression pour les interventions basées sur le récit de vie, comparativement à une liste d'attente ($k = 4$, $d = 0,61$) et au suivi usuel ($k = 5$, $d = 0,83$), lorsqu'offertes en présence à des personnes âgées avec des symptômes ou une dépression majeure [Cuijpers *et al.*, 2020].

Une taille d'effet modérée à forte a aussi été observée pour une intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague dispensée à des personnes âgées à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants, comparativement à une liste d'attente ou un comparateur actif ($k = 4$, d moyen = 0,60) [Li et Bressington, 2019], et pour une intervention basée sur la pleine conscience par rapport à des activités de loisirs ($k = 1$, $d = 1,69$) [Krause *et al.*, 2019].

Enfin, une diminution modérée des symptômes de dépression a été observée chez des personnes âgées participant à un programme d'entraînement de la mémoire ($k = 1$, $d = 0,53$), comparativement au suivi usuel [Krause *et al.*, 2019]. Toutefois, aucune différence significative n'a été notée entre l'effet d'une intervention cognitivo-comportementale et celui d'un comparateur actif sur les symptômes de dépression, la qualité de vie ou le fonctionnement ($k = 1$, taille d'effet non rapportée) [Krause *et al.*, 2019].

À retenir

Dans l'ensemble, les revues réalisées auprès de personnes âgées indiquent que :

- les interventions basées sur le récit de vie sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez des personnes âgées présentant des symptômes ou une dépression majeure;
- les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez des personnes âgées à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants.

9 CARACTÉRISTIQUES ET COMPOSANTES DES INTERVENTIONS EFFICACES

Les résultats exposés dans la présente section s'appuient sur la description des interventions fournies dans les études recensées et en sont, conséquemment, tributaires et limités par le degré de détail fourni par les auteurs. Il est donc possible qu'une caractéristique ou une composante ait été présente dans une intervention sans qu'elle ait été mentionnée par les auteurs. Par exemple, la fréquence et la durée des séances ou modules ne sont pas toujours indiquées et, dans certains cas, seuls des thèmes sont relevés pour décrire les composantes de l'intervention sans préciser la nature des activités réalisées. Comme l'identification des caractéristiques et composantes communes aux interventions efficaces est basée sur leur fréquence relative, les résultats pourraient être biaisés dans le cas où la même caractéristique ou composante aurait été omise par plusieurs auteurs. Cela semble toutefois peu probable.

En plus d'être basées sur la fréquence relative de chaque caractéristique et chaque composante, les analyses descriptives effectuées s'appuient sur le rang que les interventions occupent parmi les interventions efficaces, comparativement à celles qui le sont peu. La prise en compte de la distribution de ces contenus traduit leur importance et, ce faisant, le sens à leur accorder. Ces analyses ont été faites sur l'ensemble des interventions dont l'efficacité a été documentée dans les 49 études primaires présentées précédemment. Enfin, les analyses des caractéristiques et des composantes des interventions efficaces reposent sur les symptômes des troubles mentaux courants et bénéfiques psychosociaux considérés dans leur ensemble (variables combinées), sans égard au groupe d'âge, au profil clinique des personnes ou à l'approche théorique des interventions.

L'ensemble des caractéristiques et composantes des interventions considérées dans l'analyse de contenu sont présentées au tableau B-41 de l'annexe B (document *Annexes complémentaires*).

9.1 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux

Les caractéristiques des interventions efficaces présentées au [tableau 4](#) font référence aux activités qui les composent, à leur format, au nombre de séances ou de modules qu'elles comptent, à leur durée totale ainsi qu'aux ressources qu'elles requièrent.

Tout d'abord, les résultats des études recensées indiquent que peu d'éléments, sauf quelques exceptions, distinguent nettement les interventions efficaces de celles qui le sont peu. De fait, la plupart des caractéristiques et des composantes répertoriées se retrouvent dans des proportions variables tant parmi les interventions efficaces que parmi celles qui sont peu efficaces. Il se dégage néanmoins un profil commun aux interventions

efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants et entraîner des bénéfices psychosociaux. Celles-ci :

- sont plutôt brèves, comptent de 5 à 9 séances ou modules et durent au total moins de 7 heures;
- incluent plus souvent une certaine forme d'accompagnement ou de soutien clinique, que ce soit au moyen de relances et de rappels par courriel ou par texto, ou encore de contacts ou de suivis téléphoniques;
- sont souvent offertes en format numérique;
- possèdent souvent une structure séquentielle voulant qu'un module doive obligatoirement avoir été terminé avant de passer au suivant.

Tableau 4 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux

Caractéristiques des interventions	Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants	Interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux
Composantes	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Exposition et prévention de la réponse*; 2^e Activation comportementale*; 3^e Auto-observation*; 4^e Éducation psychologique; 5^e Relaxation et résolution de problèmes. • Comprennent plus souvent des activités de maintien des acquis que de consolidation des acquis.	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Visualisation et pleine conscience; 2^e Régulation des émotions; 3^e Consolidation et maintien des acquis; 4^e Démonstration et témoignage; 5^e Activités axées sur le capital psychologique positif. • Comprennent tout autant des activités de consolidation que de maintien des acquis.
Structure	• Possèdent souvent une structure séquentielle selon laquelle une séance, un module ou une activité doit obligatoirement avoir été terminé avant de passer au suivant.	
Format	• Sont en très grande majorité offertes en format individuel et très rarement en groupe.	• Sont en très grande majorité offertes en format individuel ou en y jumelant un volet de groupe.
	• Sont autant offertes en format numérique qu'en présence.	• Sont surtout offertes en mode numérique et parfois en présence
Nombre de séances, de modules ou d'activités	• Comptent le plus souvent de 5 à 9 séances, modules ou activités.	
Durée totale	• Durent majoritairement moins de 7 heures au total.	
Ressources	• Disposent d'une diversité de ressources matérielles et techniques, dont majoritairement des rappels par courriel ou par texto (humains ou automatisés) et, de façon moins importante, des contacts téléphoniques, des textes et manuels, des feuillets d'information, des vidéos et des journaux de bord.	

* Rang statistiquement différent entre celui occupé parmi les interventions efficaces et celui occupé parmi les interventions peu efficaces

9.1.1 Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants

Plus spécifiquement, les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants se composent principalement, par ordre décroissant d'importance : d'exposition et de prévention de la réponse, d'activation comportementale, d'auto-observation, d'éducation psychologique et, ex aequo, de relaxation et de résolution de problèmes. Les trois premières composantes, identifiées par un astérisque dans le [tableau 4](#), différencient statistiquement les interventions efficaces de celles qui le sont peu.

Sur la base des informations fournies dans les études recensées, les principales composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants peuvent être brièvement décrites comme suit.

- L'exposition amène la personne à faire face, de façon graduelle, à des pensées, à des objets ou à des situations anxiogènes pour lesquels elle a développé des stratégies d'évitement. Elle peut être imaginée, in vivo ou intéroceptive (en provoquant les sensations physiologiques anxiogènes). L'exposition est généralement combinée à la prévention de la réponse, qui consiste à amener la personne à s'abstenir d'utiliser ses stratégies d'évitement habituelles pour arriver à tolérer l'inconfort et les difficultés vécues lors des situations.
- L'activation comportementale consiste pour sa part à augmenter l'engagement de la personne dans des activités qui lui procurent de la gratification et de l'accomplissement, par exemple en planifiant des activités plaisantes.
- L'auto-observation renvoie à toute analyse qui permet à une personne de passer du ressenti général à une évaluation approfondie de ce qu'elle vit en mettant en lien le contexte de déclenchement de sa situation-problème, ses pensées, ses émotions et ses sensations corporelles, ses comportements et les conséquences qu'ils entraînent. Elle peut être factuelle ou consister en un monitoring, c'est-à-dire un processus continu d'observation.
- L'éducation psychologique inclut toute activité d'information, de sensibilisation, d'instruction ou d'explication relativement à la condition de santé mentale de la personne ou à l'intervention dans laquelle elle est engagée. L'éducation psychologique relative à l'intervention traite notamment de ses fondements et de sa nature ainsi que des stratégies à développer, c'est-à-dire des solutions à mettre en place pour améliorer la condition de santé mentale, comme transmettre des connaissances sur l'importance de développer de saines habitudes de vie et de pratiquer la pleine conscience. Il s'agit de séances d'information et non d'exercices pratiques.
- La relaxation fait référence à des techniques corporelles telles que la relaxation musculaire par les gymnastiques douces, comme le yoga et le Qi Gong, et les exercices respiratoires.

- La résolution de problèmes permet à une personne de développer les habiletés et les stratégies nécessaires pour gérer les difficultés rencontrées, afin de mieux s'adapter à celles-ci. La première étape consiste à bien cerner le problème, pour déterminer ensuite toutes les pistes de solution possibles. Ainsi, la personne peut subséquemment effectuer un choix rationnel et déterminer la meilleure solution possible à son problème, afin d'être active dans le changement. Cela se fait par l'évaluation de toutes les conséquences possibles et des bienfaits potentiels à court et long terme.

9.1.2 Interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux

Les informations présentées au [tableau 4](#) permettent par ailleurs de constater que les interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux se composent, aux premiers rangs, de : la visualisation et la pleine conscience, la régulation des émotions, la démonstration et le témoignage ainsi que les activités axées sur le capital psychologique positif. À ces stratégies s'ajoutent au troisième rang les activités qui consolident et maintiennent les acquis.

Sur la base des informations fournies dans les études recensées, ces principales composantes peuvent être brièvement décrites comme suit.

- La visualisation est la capacité mentale de se représenter un objet, une situation, une émotion ou une sensation, entre autres. Dans la visualisation, la personne impose des images précises à son cerveau. Cette technique peut être utilisée pour agir sur des comportements ou des processus physiologiques. La pleine conscience est, quant à elle, une compétence qui consiste pour la personne à diriger son attention sur ses pensées, ses émotions, ses sensations corporelles et les stimuli externes qui l'entourent, tout en demeurant dans un état d'acceptation et de non-jugement.
- La régulation des émotions vise à modifier le ressenti et l'expression émotionnelle de la personne. Les exercices proposés sont axés sur la prise de conscience et la reconnaissance de ses émotions. Également, il peut s'agir d'amener la personne à apprendre à accepter et tolérer ses émotions ainsi qu'à développer des stratégies pour mieux les gérer, et ce, afin d'améliorer son bien-être.
- Les activités de consolidation des acquis visent à renforcer les apprentissages réalisés par la personne durant l'intervention, dans un objectif de généralisation de ses acquis dans la vie quotidienne. Ces activités d'auto-observation peuvent prendre la forme de questionnaires, révisions et résumés. Les activités de maintien des acquis préviennent pour leur part la rechute, en reconnaissant entre autres les signes avant-coureurs d'une rechute, et en généralisant les apprentissages hors du cadre de l'intervention. Ces activités se déroulent vers la fin de l'intervention.

- La démonstration et le témoignage apportent un éclairage particulier sur un objet, un sujet ou une situation, soit en l'exposant ou en partageant son expérience en guise d'exemple.
- Les activités centrées sur le capital psychologique positif¹³ visent à développer les ressources psychologiques de la personne en faveur de l'auto-efficacité, l'autocompassion, l'espoir, l'optimisme et la résilience.

Ces composantes sont des stratégies pouvant s'articuler autour de la notion de flexibilité psychologique, qui se définit comme la capacité d'une personne à devenir observatrice de ses sensations, de ses pensées et de ses émotions, sans que cela l'empêche de poursuivre ses actions dans la concrétisation de ses objectifs et de ses valeurs.

À retenir

Dans les études recensées, les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants ou entraîner des bénéfices psychosociaux :

- sont généralement brèves (moins de 7 heures);
- sont souvent offertes en format numérique et ont une structure séquentielle;
- font fréquemment appel à un accompagnement ou du soutien clinique.

Les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants sont généralement composées :

- d'exposition et de prévention de la réponse;
- d'activation comportementale;
- d'auto-observation;
- d'éducation psychologique;
- de relaxation et de stratégies de résolution de problèmes.

Les interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux sont généralement composées :

- d'activités de visualisation et de pleine conscience;
- de régulation des émotions;
- d'activités de consolidation et maintien des acquis;
- de démonstration et témoignage;
- d'activités centrées sur le capital psychologique positif.

¹³ Pour plus d'informations, voir la définition complète dans la section du [glossaire](#).

9.2 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress

Le [tableau 5](#) présente les attributs des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress. Dans l'ensemble, les études recensées révèlent que les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété ont plusieurs caractéristiques en commun. Tout d'abord, elles sont nombreuses à cibler initialement l'autre groupe de symptômes en plus de celui pour lequel elles sont efficaces.

Ainsi, les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression visaient souvent au départ non seulement cette diminution, mais également celle des symptômes d'anxiété ou des deux. Dans le même sens, les interventions efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété ciblaient à l'origine très souvent cette diminution en plus de celle des symptômes de dépression. L'exposition et la prévention de la réponse de même que les activités de consolidation et de maintien des acquis sont également des composantes majeures communes aux interventions efficaces pour réduire les symptômes de dépression ou d'anxiété.

L'éducation psychologique traitant des fondements et de la nature de l'intervention participe, pour sa part, plus activement à la diminution des symptômes de dépression qu'à celle des symptômes d'anxiété, alors que les activités d'auto-observation sont davantage associées à la réduction des symptômes d'anxiété qu'à celle des symptômes de dépression.

Par ailleurs, les interventions efficaces pour diminuer l'anxiété sont composées plus particulièrement d'activités de résolution de problèmes, composante qui les distingue des interventions peu efficaces pour réduire ces symptômes. En comparaison avec les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, celles qui sont efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété peuvent durer au total jusqu'à deux fois plus longtemps, même si elles comptent sensiblement le même nombre de séances ou de modules.

Les attributs des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de stress se profilent différemment. En effet, non seulement ces interventions ont comme cible initiale les symptômes de stress, mais elles sont aussi nombreuses à cibler des bénéfices psychosociaux. Dans les études recensées, les symptômes de stress sont surtout en lien avec le trouble de l'adaptation ou de l'épuisement dans des contextes scolaires et de travail.

Tableau 5 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress

Caractéristiques des interventions	Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de...		
	Dépression	Anxiété	Stress
Cibles	• Ciblent autant les symptômes de dépression, d'anxiété ou les deux.	• Ciblent principalement les symptômes d'anxiété ou avec ceux de dépression.	• Ciblent majoritairement les symptômes de stress.
	• Ciblent, dans une moindre mesure, des bénéfices psychosociaux et, le cas échéant, visent surtout la qualité de vie et le bien-être psychologique.	• Ciblent, dans une moindre mesure, des bénéfices psychosociaux et, le cas échéant, visent surtout le fonctionnement.	• Ciblent très souvent des bénéfices psychosociaux et, plus particulièrement, la qualité de vie, le bien-être psychologique ainsi que le fonctionnement.
Composantes	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Exposition et prévention de la réponse*; 2^e Éducation psychologique*; 3^e Auto-observation; 4^e Consolidation et maintien des acquis; 5^e Activation comportementale.	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Exposition et prévention de la réponse*; 2^e Auto-observation*; 3^e Résolution de problèmes*; 4^e Consolidation et maintien des acquis; 5^e Éducation psychologique.	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Exposition et prévention de la réponse et activation comportementale; 2^e Résolution de problèmes; 3^e Entraînement aux habiletés sociales et restructuration cognitive; 4^e Activités créatives; 5^e Accompagnement-guidance-rétroaction.
	* Rang statistiquement différent entre celui occupé parmi les interventions efficaces et celui occupé parmi les interventions peu efficaces.		
	• Comprennent de l'éducation psychologique qui traite surtout : – des fondements, du déroulement et des modalités de l'intervention.	• Comprennent de l'éducation psychologique qui traite autant : – des fondements, du déroulement et des modalités de l'intervention; – des saines habitudes de vie à adopter; – que des relations entre les pensées, les émotions et les comportements.	• Comprennent de l'éducation psychologique qui traite surtout : – des saines habitudes de vie à adopter.
	• Comprennent plus souvent des activités de maintien que de consolidation des acquis.		• Comprennent plus souvent des activités de consolidation que de maintien des acquis.
Structure	Aucun profil décelé		
Format	• Sont en très grande majorité offertes en format individuel ou en y jumelant un volet de groupe.	• Sont en très grande majorité offertes en format individuel, très rarement en groupe et aucune ne l'est en format jumelé.	
	• Sont majoritairement offertes en format numérique ou en y joignant un volet en présence.	• Sont autant offertes en format numérique qu'en présence.	• Sont majoritairement offertes en présence.
Nombre de séances, de modules ou d'activités	• Comptent majoritairement de 5 à 9 séances, modules ou activités.		• Comptent un nombre variable de séances, de modules ou d'activités, s'étalant de 5 à 25.
Durée totale	• Durent majoritairement moins de 7 heures au total.	• Durent entre 3,5 et 14 heures au total.	• Durent majoritairement moins de 7 heures au total.
Ressources	• Font appel à une diversité de ressources matérielles et techniques, dont majoritairement des rappels par courriel ou par texto et souvent de la documentation.	• Font appel à une diversité de ressources, dont majoritairement des rappels par courriel ou par texto et souvent des contacts téléphoniques.	• Font surtout appel à des ressources vidéos et audios et aucunement à des contacts téléphoniques.

Sur la base des informations fournies dans les études recensées, ces principales composantes peuvent être brièvement décrites comme suit.

- L'entraînement aux habiletés sociales est l'enseignement et la pratique des comportements permettant d'interagir de façon appropriée avec autrui.
- La restructuration cognitive vise à repérer les distorsions cognitives, les pensées automatiques inappropriées et les croyances erronées, pour les modifier et favoriser l'adoption de pensées de remplacement permettant une modification et une amélioration des émotions et des comportements.
- Les activités créatives sont des exercices artistiques manuels, tels que la sculpture à l'argile, le dessin ou la peinture.
- L'accompagnement réside en des conseils et des rétroactions prodigués par des professionnels, des intervenants ou des étudiants supervisés.

Les interventions réduisant efficacement le stress sont de surcroît plus souvent formées d'activités de consolidation des acquis en cours d'intervention que de maintien des acquis en fin de traitement. Elles sont surtout offertes en présence et comptent un nombre de séances ou de modules variant de 5 à 25.

9.3 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles

Dans l'ensemble, les résultats présentés au [tableau 6](#) montrent que les interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles possèdent des caractéristiques et composantes spécifiques.

Les interventions efficaces pour bonifier la qualité de vie et le bien-être psychologique ciblent souvent ces deux dimensions, en plus de miser sur la diminution des symptômes de dépression. De toutes les activités répertoriées dans les études recensées, ce sont celles centrées sur le capital psychologique positif, la régulation des émotions et la méditation en pleine conscience qui occupent les premiers rangs des composantes des interventions efficaces. Celles-ci sont de plus caractérisées par la tenue d'activités de création artistique. Les activités d'éducation psychologique qui les composent traitent effectivement le plus souvent du bien-être psychologique, et également des saines habitudes de vie à adopter. Elles sont pour la plupart offertes selon une modalité numérique en individuel, auquel se joint un volet en présence de groupe. Elles ne requièrent généralement que quatre séances ou modules.

Les interventions efficaces pour améliorer le fonctionnement de la personne visent le plus souvent la diminution simultanée des symptômes de dépression ou d'anxiété, rarement le fonctionnement lui-même. Elles se composent particulièrement d'activités de relaxation, de visualisation et de pleine conscience ainsi que de démonstration et de témoignage. En outre, les activités d'éducation psychologique qu'elles intègrent ont

surtout pour sujet la pleine conscience de même que les relations entre les pensées, les émotions et les comportements dans l'explication du fonctionnement humain. Elles sont toutes offertes en format individuel et, le plus souvent, en mode numérique.

Dans les études recensées, les interventions efficaces pour le développement des compétences personnelles visaient rarement cette dimension de façon spécifique, mais ciblaient plutôt les symptômes d'anxiété. Les activités qui les caractérisent sont : la consolidation et le maintien des acquis; les activités centrées sur l'auto-efficacité, l'autocompassion, l'espoir, l'optimisme et la résilience (capital psychologique positif), l'accompagnement par la guidance et la rétroaction, l'exposition et la prévention de la réponse, ainsi que l'engagement dans des activités plaisantes (activation comportementale). Aussi, ces interventions comprennent de l'éducation psychologique axée plus souvent sur la condition de santé mentale que sur les stratégies à adopter, bien que la pratique de ces stratégies entre les séances ou les modules soit prévue dans la majorité des cas. Enfin, les interventions efficaces pour améliorer les compétences personnelles nécessitent entre 8 et 14 séances ou modules. Lorsqu'un accompagnement est requis, elles sont surtout offertes ou guidées par des étudiants supervisés.

Tableau 6 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles

Caractéristiques des interventions	Interventions efficaces pour améliorer...		
	Qualité de vie et bien-être psychologique	Fonctionnement de la personne	Compétences personnelles
Cibles	• Ciblent surtout les symptômes de dépression.	• Ciblent à la fois les symptômes de dépression et d'anxiété.	• Ciblent surtout les symptômes d'anxiété.
	• Ciblent, dans une moindre mesure, des bénéfices psychosociaux et, le cas échéant, visent surtout la qualité de vie et le bien-être psychologique	• Ciblent rarement des bénéfices psychosociaux.	• Ciblent, dans une moindre mesure, des bénéfices psychosociaux et, le cas échéant, visent surtout la qualité de vie et le bien-être psychologique.
Composantes	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Activités axées sur le capital psychologique positif; 2^e Régulation des émotions; 3^e Visualisation et pleine conscience; 4^e Activités créatives; 5^e Éducation psychologique.	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Relaxation; 2^e Visualisation et pleine conscience; 3^e Démonstration et témoignage; 4^e Régulation des émotions; 5^e Éducation psychologique.	• Se composent principalement, par ordre décroissant de rang, de : 1^{er} Consolidation et maintien des acquis; 2^e Activités axées sur le capital psychologique positif; 3^e Accompagnement, guidance et rétroaction; 4^e Exposition et prévention de la réponse; 5^e Activation comportementale.
	• Comprennent plus souvent de l'éducation psychologique relative aux stratégies à adopter qu'à la condition de santé mentale. Ces stratégies traitent surtout : – du bien-être psychologique; – des saines habitudes de vie.	• Comprennent autant de l'éducation psychologique relative aux stratégies à adopter qu'à la condition de santé mentale. Ces stratégies traitent surtout : – de pleine conscience – des relations entre les pensées, les émotions et les comportements.	• Comprennent toutes de l'éducation psychologique relative à la condition de santé mentale et plus rarement aux stratégies à adopter.
Exercices pratiques, interséances, intermodules ou interactivités	• Prévoient rarement la pratique d'exercices entre les séances, les modules ou les activités.	• Prévoient parfois la pratique d'exercices entre les séances, les modules ou les activités.	• Prévoient majoritairement la pratique d'exercices entre les séances, les modules ou les activités.
Structure	Aucun profil décelé ou données insuffisantes		
Format	• Sont surtout offertes en format individuel ou en y jumelant un volet de groupe.	• Sont presque toutes offertes en format individuel.	
	• Sont surtout offertes en format numérique ou en y joignant un volet en présence.	• Sont surtout offertes en format numérique et rarement en présence.	
Nombre de séances, de modules ou d'activités	• Comptent, le plus souvent, 4 séances, modules ou activités.	• Comptent, le plus souvent, de 5 à 9 séances, modules ou activités.	• Comptent, le plus souvent, de 8 à 14 séances, modules ou activités.
Durée totale	• Durent en grande majorité moins de 7 heures au total.		
Ressources	• Disposent surtout de rappels par courriel ou par texto et de documentation	• Disposent surtout de contacts téléphoniques, de rappels par courriel ou par texto, de feuillets d'information et de cahiers d'exercices	• Disposent surtout de vidéos, de rappels par courriel ou par texto ainsi que de matériel artistique, tels que l'argile, le fusain et l'aquarelle

9.4 Synthèse des composantes principales des interventions efficaces pour chacun des résultats d'intérêt

Le [tableau 7](#) fait la synthèse des principales composantes des interventions répertoriées qui sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress, ou encore pour améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles.

Tableau 7 Composantes des interventions efficaces par résultats d'intérêt

Composantes des interventions	Interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants			Interventions efficaces pour entraîner des bénéfices psychosociaux		
	Dépression	Anxiété	Stress	Qualité de vie et bien-être	Fonctionnement	Compétences
Éducation psychologique	☀*	✓		✓	✓	
Exposition/Prévention de la réponse	☀*	☀*	☀			✓
Activation comportementale	✓		☀			✓
Consolidation et maintien des acquis	✓	✓				☀
Auto-observation	☀	☀*				
Résolution de problèmes		☀*	☀			
Activité créative			✓	✓		
Accompagnement/ Guidance/Rétroaction			✓			✓
Visualisation et pleine conscience				☀	☀	
Régulation des émotions				☀	✓	
Activité axée sur le capital psychologique positif				☀		☀
Entraînement aux habiletés sociales			☀			
Restructuration cognitive			☀			
Démonstration/ Témoignage					☀	
Relaxation					☀	
Anticipation et planification						

☀ : Composante occupant l'un des trois premiers rangs;

✓ : Composante occupant le 4^e ou le 5^e rang;

* : Rang statistiquement différent entre celui occupé parmi les interventions efficaces et celui occupé parmi les interventions peu efficaces.

À retenir

Dans les études recensées, bon nombre de composantes se retrouvent autant parmi les interventions efficaces que parmi les peu efficaces, mais à des degrés variés selon la dimension de la santé mentale ciblée.

Seules quatre composantes discriminent les interventions efficaces de celles qui le sont peu.

- L'éducation psychologique est généralement présente parmi les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression.
- L'exposition et la prévention de la réponse sont principalement présentes au sein des interventions efficaces pour diminuer les symptômes de dépression ou d'anxiété.
- L'auto-observation et la résolution de problèmes sont fréquemment présentes dans les interventions efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété.

Certaines composantes sont spécifiques à une dimension de la santé mentale.

- L'entraînement aux habiletés sociales et la restructuration cognitive sont des composantes propres aux interventions efficaces pour diminuer les symptômes de stress.
- Les activités de démonstration et de témoignage de même que la relaxation sont des composantes propres aux interventions efficaces pour améliorer le fonctionnement de la personne.

10 RÉSULTATS SUR L'EXPÉRIENCE DES USAGERS

Les constats sur l'expérience des usagers sont basés sur 20 études qualitatives et mixtes. Le tableau descriptif de ces études est présenté à l'annexe C (tableau C-1; document *Annexes complémentaires*). Les constats dégagés résultent d'un processus de gradation de la preuve effectué à l'aide de la grille CERQual [Lewin *et al.*, 2018]. Les tableaux détaillant le processus de gradation pour chacun des constats sont présentés à l'annexe C (tableaux C-3 à C-22; document *Annexes complémentaires*). Afin d'alléger le texte, certaines informations ont été retirées des extraits (p. ex. : études de provenance; prénoms des participants), mais ceux-ci sont fournis dans leur intégralité à l'annexe C, tableau C-23 (document *Annexes complémentaires*). Il est à noter que les extraits en appui aux constats peuvent être des propos exprimés par des participants (verbatim) ou encore des thèmes dégagés par les auteurs de l'étude, à la suite de leur analyse qualitative. Ces extraits sont présentés textuellement en anglais afin de rester fidèle au sens des propos des participants.

La liste des constats est fournie à l'[annexe 2](#) du présent rapport. Ces derniers sont présentés par thèmes et illustrés par quelques extraits. La catégorie d'intervention concernée par le constat est précisée (autosoin guidé, autosoin non guidé ou intervention en présence), et la mention « non spécifique à un type d'intervention en particulier » est utilisée lorsque le constat s'applique à l'une ou l'autre de ces catégories.

La formulation des constats vise à représenter la diversité des perspectives exprimées par les participants, de sorte que la plupart d'entre eux incluent plus d'une perspective : parfois complémentaires et parfois divergentes. Il est à noter que l'analyse des données n'a pas permis d'identifier les caractéristiques des participants ou des interventions susceptibles d'expliquer les perspectives divergentes, à l'exception des constats 9 et 14.

Soulignons également que les constats sont basés sur l'ensemble des données extraites et ne sont donc pas spécifiques à un groupe d'âge en particulier. Comme la majorité des études sont basées sur une population adulte, des compléments d'information tirés des trois études portant sur les adolescents et les personnes âgées ont été ajoutés, afin de tenir compte des perspectives propres à ces deux populations. De l'information complémentaire a également été extraite de deux revues systématiques qualitatives recensées dans le cadre de nos travaux. Il importe de noter que les données émanant des études réalisées auprès des adolescents et des personnes âgées, de même que celles provenant des revues systématiques, n'ont pas été soumises au processus de gradation de la preuve et n'ont donc pas la même robustesse que les constats.

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager 19 constats, regroupés sous les cinq thèmes suivants :

- composantes des interventions (constats 1 à 5);
- relation avec l'intervenant¹⁴ (constats 6 à 8);
- modalités des interventions (constats 9 à 12);
- perceptions des effets des interventions (constats 13 à 16);
- améliorations proposées aux interventions (constats 17 à 19).

Pour chacun des constats expérientiels, le niveau de confiance global (faible, modéré, élevé) est illustré à l'aide d'un symbole situé à la gauche du constat.

10.1 Constats relatifs aux composantes des interventions

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager cinq constats en lien avec les composantes des interventions jugées utiles par les participants.

Constat 1	Composantes d'éducation psychologique et exercices pratiques (non spécifique à un type d'intervention en particulier)
	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. D'autres participants précisent qu'ils trouvent exigeants les exercices pratiques. Cela demande une réflexion profonde pour comprendre leurs peurs, ainsi que du courage et des stratégies appropriées pour les affronter.

Le constat 1 s'appuie sur 10 études et 13 extraits témoignant des perceptions de 25 des participants [Chen *et al.*, 2020; Gaudiano *et al.*, 2020; Hadjistavropoulos *et al.*, 2020; Hall *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019]. Les extraits qui suivent illustrent la perspective de ces participants sur l'utilité des contenus éducatifs et exercices pratiques des interventions :

Clients gained an ability to see problems differently and not « over-think » or get « angry » unnecessarily. (...) « 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 ».

« 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. »

¹⁴ En raison du manque de précision dans les études recensées, le terme « intervenant » utilisé dans cette section fait référence autant à des professionnels qu'à des intervenants tels que définis dans le [glossaire](#).

Certains participants ont toutefois exprimé des difficultés à actualiser leurs apprentissages :

« Facing my fears and organizing my thoughts was a challenge because sometimes I would have to dig deep to find answers ».

« Finding the courage to do exposure activities. Also remembering and putting effort into coping strategies while in an anxious situation ».

Perspectives des personnes âgées

Comme d'autres participants, les personnes âgées ont trouvé les exercices d'exposition exigeants et ne les ont pas particulièrement appréciés [Hall *et al.*, 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 ».

Constat 2



Activités d'auto-observation (intervention en présence et autosoins guidés)

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.

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.

Le constat 2 s'appuie sur 7 études et 17 extraits témoignant des perceptions d'environ 25 participants quant à l'utilité des activités d'auto-observation, comme l'illustre l'extrait suivant [Ebenfeld *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Asplund *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019] :

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. »

Des participants ont toutefois mentionné des difficultés à tenir un journal de bord en raison d'incompréhensions ou incertitudes quant à la manière de s'autoévaluer ou de rapporter leurs inquiétudes sur l'échelle de mesure proposée. Un effet de désengagement peut survenir. Dans d'autres cas, la tenue du journal de bord a été oubliée, jugée trop exigeante et répétitive, ou encore perçue comme une source de stress en soi :

« For me there wasn't enough instructions for it and I was confused.» [user 2449]; Uncertainty in completing: "It was difficult coming up with all the steps,

I didn't have a creative mind with creative ideas." "I felt my worries were too complex to fit into it. ».

« 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 ».

Constat 3



Compassion manifestée par l'intervenant et autocompassion (intervention en présence et autosoins non guidés)

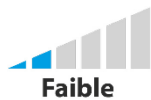
Selon des participants, la compassion manifestée par l'intervenant de même que les composantes éducatives et les exercices pratiques ayant trait à l'autocompassion sont utiles pour se considérer avec respect et bienveillance.

Le constat 3 est appuyé par 2 études et 5 extraits témoignant des perceptions de 15 participants. Il concerne l'importance de la compassion manifestée par l'intervenant et l'utilité de développer leur propre capacité d'autocompassion [Gaudio et al., 2020; Button et al., 2019] :

« 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 ».

(...) participants commented on developing self-compassion being an important message in Life Stories. 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 ».

Constat 4



Outils de rappel et de suivi (autosoins guidés et autosoins non guidés)

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.

D'autres participants évoquent que des rappels par courriel ne sont pas utiles.

Le constat 4 est appuyé par 3 études et 6 extraits témoignant des perceptions de 28 participants quant à l'utilité des rappels par courriel et rétroactions quotidiennes pour les motiver à effectuer les exercices recommandés [Ebenfeld et al., 2020; Radomski et al., 2020; Garrido et al., 2019]. Pour certains, des rappels favorisent la motivation et l'engagement, tandis que pour d'autres, il ne s'agit pas du bon mode de communication :

Six of the eight participants would have preferred a reminder for the exercises and daily summary.

« I was self motivated so the emails just filled my inbox (...) ».

« Emails didn't motivate me, made me want to ignore it even more ».

Perspectives des adolescents

Comme d'autres participants, certains adolescents jugent que les notifications de rappel sont utiles, alors que d'autres y sont indifférents, les trouvent démotivants et même anxiogènes [Radomski *et al.*, 2020; Garrido *et al.*, 2019]. Ils proposent d'ailleurs comme amélioration de rendre ces notifications optionnelles, selon la préférence des utilisateurs.

« 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 »?

Notifications were also viewed as something that could also be motivating or demotivating and that should therefore be personalizable.

Constat 5

Composantes utiles pour gérer les symptômes d'anxiété et de dépression (non spécifique à un type d'intervention en particulier)

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 :



- la gestion des émotions ou du stress;
- la relaxation et la respiration;
- la méditation et la pleine conscience.

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.

Le constat 5 s'appuie sur 5 études et 12 extraits témoignant des perceptions d'une cinquantaine de participants [Gaudio *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Asplund *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019]. Les participants ont jugé les composantes mentionnées ci-haut fort utiles, mais ont souligné la nécessité d'avoir accès à un environnement propice à leur application (non bruyant et isolé) ainsi que de l'autodiscipline. Afin que cela puisse devenir une habitude ancrée et d'être disciplinés, certains auraient besoin de soutien :

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.

Participants commented on the theme of mindfulness, meditation, and breathing practices as ways to cope with depression. They were largely interested in trying more meditation and breathing exercises.

Relaxation 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 ».

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 » and self-discipline.

10.2 Constats relatifs à la relation avec l'intervenant

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager trois constats sur les aspects de la relation avec l'intervenant contribuant à une expérience positive de l'intervention.

Constat 6

Responsabilité partagée (intervention en présence)



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.

Le constat 6 s'appuie sur 4 études et 12 extraits témoignant des perceptions d'une vingtaine de participants [De Smet *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019]. Pour certains d'entre eux, la notion de responsabilité partagée signifie un travail d'équipe entre l'intervenant et le participant où chacun fournit des efforts. Pour d'autres participants, cette notion fait référence à un processus collaboratif où les décisions sont prises conjointement et contribuent à développer leur capacité d'agir :

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 ».

« 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 (...) she's not just doing a job you know, she's actually being there for me ».

Les propos des participants rappellent toutefois l'importance, pour la personne aidée, d'être plus ou moins encadrée par l'intervenant, selon son état ou ses besoins:

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 ».

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 ».

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.

Constat 7**Processus thérapeutique** (intervention en présence ou par téléphone)

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.

D'autres participants précisent l'importance d'avoir confiance en l'expertise de l'intervenant.

Le constat 7 est appuyé par 5 études et 16 extraits témoignant des perceptions d'une cinquantaine de participants [De Smet *et al.*, 2020; Rushton *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Button *et al.*, 2019]. Ces derniers sont d'avis que le fait de connaître à l'avance les tâches à effectuer durant ou entre les séances, ainsi que ce qui est attendu d'eux de leur part comme participant, soit d'être ouvert, réflexif, honnête, actif et engagé, contribue à avoir confiance dans le processus et à vivre une expérience positive, tout comme le fait d'avoir confiance dans l'expertise de l'intervenant :

« For CBT, I had to read before each session...I knew that there had to be tasks done, homework ».

« 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 ».

« I felt as though she had this bank of experience and knowledge and techniques that she could draw upon to assist me ».

Constat 8**Nature de la relation avec l'intervenant** (intervention en présence et autosoins guidés)

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.

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.

Le constat 8 s'appuie sur 9 études et 27 extraits témoignant des perceptions d'une cinquantaine de participants quant aux éléments de la relation avec l'intervenant jugés essentiels pour que celle-ci soit positive [De Smet *et al.*, 2020; Hall *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Asplund *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019; Lawn *et al.*, 2019]. Ces éléments impliquent qu'une relation de confiance s'établisse avec des intervenants démontrant de la bienveillance, dans un encadrement respectueux et sans jugement :

Therapists were described as «friendly» and «a nice person» who would « just give you time to think about things ».

Selon certains participants, toutefois, le soutien d'un intervenant n'est pas essentiel à leur cheminement, bien qu'ils apprécient le fait de pouvoir y avoir recours au besoin :

« 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 ». However, all respondents emphasized the importance of having access to therapist support.

Perspectives des adolescents

Les propos des adolescents soulignent qu'ils souhaitent que la relation avec l'intervenant soit amicale et professionnelle à la fois [Wilmots *et al.*, 2020] :

« Felt like I was having a conversation with a friend that cared and I think that was what I needed ».

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] », telling you how to « cope or deal with it ».

10.3 Constats relatifs aux modalités des interventions

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager quatre constats ayant trait aux modalités des interventions appréciées des participants.

Constat 9



Temps alloué (non spécifique à un type d'intervention en particulier)

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.

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.

Le constat 9 s'appuie sur 9 études et 28 extraits témoignant des perceptions d'environ 70 participants [Chen *et al.*, 2020; Hadjistavropoulos *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Asplund *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019; Wan Mohd Yunus *et al.*, 2019]. Selon ceux-ci, le temps alloué pour réaliser l'intervention doit être flexible, cela afin de ne pas ressentir de pression et vivre un petit succès à la fois :

For all participants, it was important that they had not been « rushed ». 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 ».

« 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 ».

Quant aux participants qui souhaitaient que l'intervention soit plus courte, il s'agissait en général de personnes ayant moins de symptômes :

Some participants felt they were not as « severe » as others 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.

Perspectives des personnes âgées

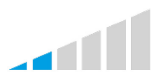
Les personnes âgées ont aussi exprimé le besoin de pouvoir aller à leur rythme. Elles ont trouvé que le rythme proposé dans le cadre d'autosoins guidés était beaucoup trop rapide, et que les contenus étaient trop condensés [Chen *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020] :

A reported criticism of the treatment programs was the volume of therapeutic content that was compacted into 8 weekly sessions.

« I think it could have been a bit longer because there were a few different concepts I couldn't quite grasp straight away ».

« 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 ».

Constat 10



Faible

Interventions de groupe (intervention en groupe offerte en présence ou sous forme virtuelle)

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.

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.

Le constat 10 est appuyé par 4 études et 8 extraits [Hall *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Wan Mohd Yunus *et al.*, 2019] témoignant des perceptions d'un minimum de 10 participants. Ces derniers ont rapporté se sentir normalisés en échangeant des solutions. Ils voient la pertinence de briser l'isolement pour se comprendre davantage et voir la lumière au bout du tunnel, en s'inspirant des autres :

Several participants mentioned positives related to the intervention being delivered in the context of a group. (...) « Shared understanding and experiences ».

Des participants parlent de l'importance de s'exprimer ou non en groupe selon leurs besoins, ainsi que de la possibilité de recevoir un soutien individuel :

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.

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.

Perspectives des personnes âgées

Les personnes âgées disent apprécier l'expérience de socialisation que leur procurent les interventions offertes en groupe [Hall *et al.*, 2020]. Elles rapportent s'y sentir comprises et appréciées de leurs pairs [Sadler *et al.*, 2020] :

Many of the participants 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 ».

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 ».

Il importe cependant de prendre en compte les difficultés à se déplacer que certaines personnes peuvent éprouver en raison de leur état de santé mentale ou de limitations physiques [Sadler *et al.*, 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 ».

Constat 11



Faible

Applications mobiles et interventions en ligne (autosoins guidés et autosoins non guidés)

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.

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.

Le constat 11 s'appuie sur 6 études et 11 extraits témoignant des perceptions d'environ 25 participants quant aux avantages des interventions d'autosoins en ligne ou sur application mobile [Chen *et al.*, 2020; Ebenfeld *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Garrido *et al.*, 2019; Lawn *et al.*, 2019; Wan Mohd Yunus *et al.*, 2019] :

« Being able to do it online and not have to talk with anyone face to face ».

All of them stated that they would not have done the exercises that often without the app.

« I found it easier over the phone in my own time, in my own environment. It was a bit more relaxing that way ».

Les participants ont néanmoins souligné l'importance que les forums de discussion soient supervisés par un modérateur, afin d'éviter que des informations inexactes soient transmises en guise de conseils ou que certaines personnes contaminent l'énergie du groupe.

Other suggestions were that social forums would need to be highly moderated.

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 ».

« 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 ».

Perspectives des adolescents

Les adolescents sont aussi d'avis que les applications mobiles ou les interventions en ligne ont l'avantage d'être plus facilement accessibles, notamment lorsque la présence de symptômes de dépression ou de panique rend les déplacements difficiles [Garrido *et al.*, 2019] :

« A lot of times people who are really depressed just don't want to leave the house. They can't be bothered filling up their Opal card [a public transport ticket used in Australia], or catching a bus is too much effort, or they panic. So, there should be a way to access those things within your home».

Notons que pour les adolescents, il importe également que le temps dévoué à une intervention en ligne n'interfère pas avec leur horaire et obligations scolaires [Radomski *et al.*, 2020] :

« Trying to complete the tasks on time with my schedule ».

« Hard to make time and to remember to go back to things everyday ».

La question de la sécurité et de la confidentialité des interventions numériques serait une préoccupation plus spécifique aux adolescents. En effet, les propos exprimés par certains soulignent l'importance de préserver leur anonymat lors des forums de discussion, par peur d'être identifiés, retracés et intimidés par des pairs [Garrido *et al.*, 2019] :

« I went to one of these apps when I was 13 or 14 and talking to someone, and after I finished talking to them it made me afraid that they were going to find me. I just quit the app and I was never looking at this again ».

Perspectives des personnes âgées

Les personnes âgées disent apprécier les forums de discussion. Elles les perçoivent comme des occasions et des expériences de socialisation qui leur permettent de se soutenir entre eux, de se témoigner de l'empathie et parfois même de se complimenter mutuellement [Chen *et al.*, 2020] :

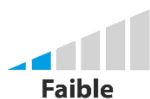
Participants expressed empathy and provided encouragement to one another for the difficulties they experienced in life: « This is just a temporary setback (having to keep off your feet for most of the week). You can do it (lost weight) – don't give up trying. Mind over matter! »

« Dear, 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 ».

Constat 12

Suivis par l'intervenant (autosoins guidés ou non guidés)

Selon des participants, recevoir de la part d'un intervenant des suivis par téléphone ou par courriel est contraignant et peu motivant :



- des suivis téléphoniques suscitent du stress ou procurent de l'inconfort pour s'exprimer;
- des suivis par courriel peuvent nuire à la spontanéité des échanges avec l'intervenant.

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.

Le constat 12 s'appuie sur 3 études et 5 extraits, pour environ 14 participants [Radomski *et al.*, 2020; Asplund *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019]. Les extraits suivants témoignent des contraintes et inconforts suscités chez les participants par les échanges par téléphone ou par courriel avec l'intervenant :

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 ».

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.

Perspectives des adolescents

Certains adolescents ont rapporté de l'inconfort à échanger avec un intervenant au téléphone.

Adolescents described nervousness or discomfort around completing (or thinking about completing) the telephone coaching.

10.4 Perceptions liées aux effets des interventions

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager quatre constats ayant trait aux bénéfices des interventions perçus par les participants.

Constat 13 	Se sentir moins seul (non spécifique à un type d'intervention en particulier) 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 : • 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. 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.
--	---

Le constat 13 s'appuie sur 6 études et 24 extraits témoignant des perceptions d'environ 65 participants [Chen *et al.*, 2020; Gaudiano *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019]. Grâce aux vignettes de cas, les échanges avec des pairs ou leur intervenant, les participants ont rapporté se sentir reliés aux autres et comprendre que leur condition de santé mentale est aussi vécue par d'autres :

« I liked reading and relating to the personal stories ».

“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 ».

« She (the therapist) made me feel as though I wasn't on my own like, I wasn't... 'you know, there are a lot more people that are in my situation sort of thing ... ».

Toutefois, des participants ont dit ne pas se reconnaître dans les vignettes de cas, cela ayant eu pour effet de les faire sentir davantage isolés. Notons aussi que pour certains participants, l'idée d'échanger avec des inconnus qui partagent la même condition de santé mentale ne semble pas profitable :

« 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 ».

« 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 ».

Constat 14

Meilleure connaissance de soi (non spécifique à un type d'intervention en particulier)

Selon des participants, l'intervention permet de développer une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Cela peut se faire par :



- 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.

D'autres participants précisent que les prises de conscience sur eux-mêmes peuvent être parfois éprouvantes et difficiles à accepter.

Le constat 14 repose sur 11 études et 26 extraits témoignant des perceptions d'environ 70 participants [De Smet *et al.*, 2020; Ebenfeld *et al.*, 2020; Gaudiano *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Asplund *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019; Houle *et al.*, 2019].

Une vision de soi plus claire est un des bénéfices découlant d'une intervention. À titre d'exemples, les participants ont mentionné être davantage en mesure de détecter leurs symptômes de stress ou d'épuisement professionnel et de découvrir à nouveau la personne qu'ils étaient avant leur dépression :

« 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 ».

« The tool helped me (...) to gain awareness of my person, to redefine my priorities and to take action ».

« I felt liberated, I felt like myself again ».

Certaines prises de conscience peuvent toutefois s'avérer difficiles pour des participants, particulièrement ceux ayant connu une amélioration ou une rémission. Bien que ces réalisations sur eux-mêmes aient été douloureuses, elles leur ont permis d'améliorer leur condition de santé mentale :

« 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 ».

Constat 15

Se sentir en contrôle ou outillé (non spécifique à un type d'intervention en particulier)



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.

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.

Le constat 15 s'appuie sur 11 études et 38 extraits témoignant des perceptions d'environ 80 participants [Chen *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Asplund *et al.*, 2019; Burke *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019; Houle *et al.*, 2019; Lawn *et al.*, 2019]. Les extraits suivants illustrent bien les changements positifs et progressifs que peut amener l'intervention :

*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:
« I think this is a work in progress... because you want to feel good (...) ».*

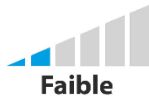
« It put me in action. For example, I already enrolled in a yoga class, but I had not necessarily thought about doing that [before using the tool] ».

En revanche, les extraits qui suivent illustrent les effets indésirables associés à l'intervention, tels que l'absence de progrès attribuable à des tâches trop exigeantes, une aggravation de leurs symptômes, du stress généré par une interface complexe ou des difficultés techniques, de même qu'un certain désengagement provoqué par l'impossibilité de mettre en pratique les multiples conseils prodigués :

Here, clients attributed the lack of progress to the tasks, aspects, or demands of therapy. (...) «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 ».

« I think the software challenges on site make several of us feel like dummies and that is no help to alleviate depression ».

« I found much of the advice impossible to achieve with a student lifestyle, hours at college and a house full of students ».

Constat 16**Avoir la possibilité de parler à quelqu'un (intervention en présence)**

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.

D'autres participants précisent que le simple fait de parler à une personne, intervenant ou non, leur apporte les mêmes bénéfices.

Le constat 16 s'appuie sur 4 études et 14 extraits témoignant des perceptions d'environ 20 participants quant aux effets bénéfiques liés au fait de pouvoir parler librement à l'intervenant [De Smet *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019] :

*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 ...*

For Judith, talking gave her temporary release from problems that burdened her. (...) Like John, sharing problems and being listened to was enough to derive a benefit.

Pour certains participants, toutefois, il est aidant d'échanger avec quiconque, intervenant ou pas, qui leur accorde une présence attentionnée et objective :

« 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 ».

Perspectives des adolescents

Cette possibilité de parler à un intervenant semble prendre un sens particulier pour certains adolescents qui n'ont pas la chance de pouvoir se confier à leurs parents ou à d'autres personnes significatives de leur entourage [Wilmots *et al.*, 2020] :

« sweet' that 'somebody would be there to remember me. . . when everyone else was just like crap».

Experiencing a therapist who « really cared about like how I felt » and « was actually listening » was significant; especially for these adolescents who described not experiencing this with other people in their lives.

10.5 Améliorations proposées aux interventions

L'analyse des données expérientielles a permis de dégager trois constats sur les améliorations à apporter aux interventions, selon les participants.

Constat 17



Alléger et clarifier les contenus (non spécifique à un type d'intervention en particulier)

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.

Le constat 17 s'appuie sur 9 études et 28 extraits témoignant des perceptions d'environ 39 participants [Chen *et al.*, 2020; De Smet *et al.*, 2020; Ebenfeld *et al.*, 2020; Hadjistavropoulos *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Asplund *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019; Morthland *et al.*, 2019]. Comme il a été constaté dans les extraits qui suivent, certains participants auraient souhaité avoir le moins de contenu possible afin d'éviter de vivre un certain épuisement ou de l'anxiété, ce qui est le cas lorsqu'on les submerge d'informations, alors que d'autres auraient plutôt désiré accéder à de plus amples informations sur certains sujets :

« 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 ».

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 ».

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.

Il a également été exprimé par des participants que les contenus éducatifs nécessitent d'être crédibles et pertinents :

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 ».

Perspectives des adolescents

Les adolescents seraient particulièrement sensibles au langage utilisé par l'intervenant ou dans les contenus d'interventions offertes en ligne, qu'ils perçoivent parfois comme infantilisant ou culpabilisant [Garrido *et al.*, 2019] :

Others disliked that the language used in some apps could be: « A bit dumbed down, like they're for kids ».

« You don't want it to be shameful. You don't want to be talked down to. You want to be spoken to in an encouraging way where you actually want to motivate yourself to get better ».

Perspectives des personnes âgées

Des personnes âgées ont mentionné avoir de la difficulté à terminer des modules en ligne, en raison de problèmes de mémoire ou d'autres limites cognitives. Certaines ont même rapporté en avoir davantage pris conscience, ce qui a eu pour effet de les démoraliser [Chen *et al.*, 2020] :

« I can't get my thoughts together; I'm getting worse ».

« The program confuses me and adds to my litany of reasons I think I am a dunce! »

Divers problèmes physiques vécus par des personnes âgées peuvent également nuire à la réalisation d'un programme en ligne [Chen *et al.*, 2020] :

Participants in the MoodTech intervention expressed many challenges, including health-related problems such as chronic pain, sleep, weight, physical ability, and potentially negative results from medical tests. (...) «The pain levels are extremely challenging ».

Constat 18



Diversifier les modalités d'intervention ou les stratégies d'apprentissage (non spécifique à un type d'intervention en particulier)

Selon des participants, l'intervention serait améliorée 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).

Le constat 18 s'appuie sur 6 études et 8 extraits témoignant des perceptions d'environ 8 participants quant à l'importance de recourir à un éventail de moyens, tels que des fichiers audios, des vidéos ou du mentorat, afin d'améliorer la pédagogie et de rejoindre différents styles d'apprenants [Ebenfeld *et al.*, 2020; Gaudiano *et al.*, 2020; Sadler *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Asplund *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019] :

Multi-dimensional learning. It was also suggested that CBT-I programs could be improved by utilising a variety of learning methods: « 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 ».

Dans le même ordre d'idées, des participants ont apprécié que l'intervention soit donnée dans des modalités hybrides (p. ex. : en offrant un accompagnement individualisé par téléphone dans le cadre d'une intervention de groupe, ou en proposant un soutien en groupe en lien avec un programme individuel en ligne) :

Offering a range of therapeutic modalities (e.g., individualised, internet-based, telephone) could potentially enhance the personalised experience of treatment.

« I really valued the one-on-one time I got early on when I was upset...that helped me come to the group ».

« I think it would be beneficial to have some phone review sessions...if that could be organised, that would be good ».

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.

Perspectives des adolescents

Afin de diversifier les stratégies utilisées lors d'une intervention, certains adolescents ont manifesté leur intérêt de recourir à l'art ou à la musique comme moyen d'exprimer et de gérer leurs émotions [Wilmots *et al.*, 2020; Garrido *et al.*, 2019] :

Further, Sarah shared her thoughts on how therapy could have been executed differently. For instance, (...) she suggested she could « draw » her emotions as she sometimes found talking difficult.

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 ».

Constat 19  Modéré	Offrir une intervention flexible et personnalisée (intervention en présence ou autosoins guidés) Selon des participants, l'intervention serait améliorée par une flexibilité de l'intervenant, et ce, en la personnalisant selon leurs préférences ou besoins spécifiques. 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 (p. ex. en choisissant les couleurs d'une application ou les thèmes qui apparaissent).
---	--

Le constat 19 s'appuie sur 10 études et 14 extraits témoignant des perceptions d'environ 20 participants [De Smet *et al.*, 2020; Howells *et al.*, 2020; Radomski *et al.*, 2020; Rushton *et al.*, 2020; Wilmots *et al.*, 2020; Amos *et al.*, 2019; Asplund *et al.*, 2019; Button *et al.*, 2019; Garrido *et al.*, 2019; Morthland *et al.*, 2019]. Les améliorations proposées par les participants découlent dans certains cas d'une expérience négative attribuable à un manque de flexibilité ou de personnalisation de l'intervention, les laissant avec le

sentiment que leurs besoins n'étaient pas compris ou satisfaits adéquatement. D'autres améliorations ont été suggérées afin de rejoindre des populations ayant des besoins particuliers, comme des adolescents, des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou des personnes âgées :

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 ».

The one negative comment about the ACBT program was that « scenes could be more applicable to older adults ».

Perspectives des adolescents

En ce qui a trait à la flexibilité de l'intervenant, les adolescents souhaitent que celui-ci s'adapte à leur façon de s'exprimer plutôt que l'inverse [Wilmots *et al.*, 2020] :

« 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 ».

Par ailleurs, les adolescents ont proposé plusieurs améliorations visant à personnaliser l'apparence visuelle ou les contenus des interventions numériques. Outre de pouvoir choisir les couleurs ou les thèmes pertinents en lien avec des situations qui les rejoignent davantage, ils souhaitent que les interventions numériques soient simples tant sur le plan de leur apparence visuelle que de leur utilisation [Radomski *et al.*, 2020] :

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. «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 ».

10.6 Données expérientielles tirées des revues systématiques

Deux revues d'études qualitatives ont été recensées. La première revue totalise 24 études, publiées entre 2009 et 2019, réalisées auprès de personnes âgées de 16 ans et plus présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression sévères [CADTH, 2019]. Celle-ci visait à documenter leur expérience en lien avec des autosoins d'approche cognitivo-comportementale offerts en ligne. La seconde revue, totalisant 37 études, également publiées entre 2009 et 2019, a été menée auprès d'adultes souffrant d'une dépression [McPherson *et al.*, 2020]. Elle visait à documenter leur expérience au regard de diverses interventions utilisées pour le traitement de la dépression.

Les résultats obtenus dans ces revues concordent avec plusieurs constats dégagés dans le cadre de nos travaux, tout en y apportant les nuances suivantes.

- Constat 1 – Composantes éducatives et exercices pratiques : La mise en pratique des techniques enseignées est favorisée lorsque celles-ci peuvent être intégrées ou exécutées dans le cadre des activités de la vie courante (p. ex. : en cuisinant).
- Constat 4 – Outils de rappel et de suivi : Pour certains participants, le temps d'attente entre l'envoi d'un courriel à un intervenant et l'obtention d'une réponse de la part de ce dernier est une source d'irritation pouvant même les conduire à l'abandon. D'autres trouvent au contraire que les réponses asynchrones avec l'intervenant, ainsi que l'exercice d'écriture pour communiquer avec lui, leur permettent d'approfondir leurs réflexions.
- Constat 8 – Nature de la relation avec l'intervenant : Le soutien de l'intervenant est un élément important pour favoriser l'adhésion des participants et diminuer les abandons dans le cadre d'interventions numériques.
- Constat 9 – Temps alloué : Certains participants auraient souhaité avoir du temps ou un suivi supplémentaire à la fin de l'intervention, afin de les motiver à poursuivre et à consolider leurs apprentissages.
- Constat 10 – Interventions de groupe : Les participants préfèrent des groupes plus petits favorisant les discussions entre les membres. Cela serait d'autant plus important pour les personnes rencontrant des difficultés à s'exprimer en groupe.
- Constat 11 – Applications mobiles et interventions en ligne : Bien qu'elles soient perçues généralement comme avantageuses, les interventions en ligne ne sont pas accessibles aux participants n'ayant pas de connexion internet ou ayant une faible littéracie numérique.
- Constats 15 – Se sentir en contrôle et outillé : Selon les participants, les interventions reçues leur ont permis de développer leurs habiletés sociales et d'être davantage en mesure de régler leurs problèmes personnels (économiques, sociaux et familiaux). Certains participants auraient souhaité que ces aspects soient davantage abordés dans le cadre de l'intervention.
- Constat 19 – Offrir une intervention flexible et personnalisée : Il serait souhaitable que les interventions soient culturellement adaptées.

À retenir

Les composantes des interventions jugées les plus utiles par les participants sont :

- les apprentissages pour réorganiser leurs pensées négatives et affronter leurs peurs;
- les activités d'auto-observation;
- la compassion manifestée par l'intervenant et les contenus/exercices visant à développer de l'autocompassion.

Les aspects de la relation avec l'intervenant contribuant à une expérience positive sont :

- une responsabilité partagée de l'intervention entre le participant et l'intervenant;
- une compréhension du processus thérapeutique et de leur rôle;
- la capacité de l'intervenant à créer une relation de soutien dans un environnement positif et sécurisant.

Il est important que la durée de l'intervention soit flexible et respecte le rythme des participants.

Selon les participants, les bénéfices découlant des interventions sont :

- se sentir moins seul en découvrant des cas similaires au sien;
- se connaître mieux en lien avec sa condition de santé mentale et son identité;
- être davantage en contrôle et outillé pour gérer ses symptômes et entreprendre des changements positifs.

Les améliorations proposées aux interventions sont :

- alléger et clarifier les contenus;
- diversifier les stratégies d'apprentissage et offrir des interventions en mode hybride;
- personnaliser les interventions selon les préférences et les besoins des participants.

Perspectives des adolescents et des personnes âgées

Il est important pour les adolescents que :

- l'intervenant se présente à eux d'une manière à la fois amicale et professionnelle;
- le langage utilisé ne soit pas infantilisant ni culpabilisant et qu'ils puissent s'exprimer dans leurs propres mots;
- l'art et la musique soient des moyens utilisés pour diversifier les modalités d'intervention et les stratégies d'apprentissage;
- les interventions numériques soient attrayantes, épurées et personnalisables;
- l'anonymat soit préservé sur les forums de discussion, afin qu'ils ne puissent pas être identifiés et intimidés par leurs pairs;
- les interventions soient facilement conciliables avec les horaires et obligations scolaires.

Il est important pour les personnes âgées :

- d'avoir des occasions de socialiser entre pairs par l'entremise de forums de discussion et d'interventions de groupe;
- de pouvoir aller à leur rythme dans le cadre d'interventions numériques qui peuvent les confronter à leurs problèmes de mémoire et pertes cognitives et les démotiver;
- de prendre en considération leurs problèmes de santé et limitations physiques pouvant affecter leur capacité à s'investir dans les interventions offertes.

11 DISCUSSION ET CONCLUSION

11.1 Principaux éléments de réponse émanant des travaux

Les travaux entrepris dans le cadre de cette synthèse des connaissances avaient pour objectif de documenter l'efficacité des interventions psychosociales pouvant être offertes dans les services de proximité, par différentes catégories d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux, et dans des modalités favorisant l'accès aux services de santé mentale (interventions numériques, offertes en format de groupe ou en mode hybride).

Les résultats obtenus sont basés sur 69 études primaires et 19 revues systématiques publiées en 2019-2020.

11.1.1 Efficacité des interventions psychosociales évaluées (question 1)

Résultats obtenus dans les études primaires

Les travaux réalisés ont permis de documenter l'efficacité de 17 autosoins non guidés, 9 autosoins guidés et 12 interventions offertes en présence, pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress chez les adultes et les adolescents. De plus, 7 des autosoins non guidés et 3 des autosoins guidés se sont montrés également efficaces pour améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique, le fonctionnement ou les compétences personnelles. Les autosoins guidés et les autosoins non guidés de même que les interventions en présence dont l'efficacité a été démontrée sont, pour la plupart, d'approche cognitivo-comportementale plus classique ou de 3^e vague basée sur la pleine conscience et la psychologie positive, et ont été réalisés majoritairement auprès d'une population adulte.

Les données disponibles sur l'efficacité des interventions psychosociales pour une population adolescente sont beaucoup moins nombreuses et diversifiées. Les résultats obtenus indiquent néanmoins que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez les adolescents présentant un trouble dépressif.

Enfin, seulement deux des études primaires retenues ont été réalisées auprès des personnes âgées, et aucune des interventions évaluées ne s'est avérée efficace.

Résultats obtenus dans les revues systématiques

Les résultats obtenus dans les revues confirment l'efficacité des interventions d'approche cognitivo-comportementale classique et de 3^e vague (pleine conscience et psychologie positive), pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress chez les adultes, et ce, peu importe que celles-ci soient offertes sous forme d'autosoins guidés ou non guidés, ou en présence. Les résultats indiquent également que les interventions offertes en présence basées sur la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique brève ou le counseling ainsi que les interventions de musicothérapie

sont aussi efficaces pour prévenir et traiter les symptômes de troubles mentaux courants chez les adultes.

Bien qu'ils soient basés sur un nombre limité de comparaisons, les résultats obtenus dans les revues donnent également à penser que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces, non seulement pour diminuer les symptômes de dépression chez les adolescents mais également pour diminuer les symptômes d'anxiété. Les résultats indiquent par ailleurs que les interventions cognitivo-comportementales et de 3^e vague offertes en présence sont efficaces pour prévenir les symptômes de troubles mentaux courants chez des adolescents à risque.

Enfin, très peu de résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les personnes âgées ont été documentés dans les revues systématiques, et ceux-ci portent uniquement sur des interventions offertes en présence. Ces résultats donnent néanmoins à croire que les interventions basées sur le récit de vie ainsi que les interventions cognitivo-comportementales de 3^e vague sont efficaces pour prévenir et traiter les symptômes de dépression chez les personnes âgées.

11.1.2 Caractéristiques et composantes des interventions efficaces (question 2)

Les analyses descriptives visant à identifier les caractéristiques et composantes communes aux interventions efficaces ont mis en lumière le fait que celles-ci sont généralement brèves, qu'elles sont souvent offertes en format numérique et incluent la plupart du temps une certaine forme d'accompagnement ou de soutien clinique.

Les interventions efficaces pour diminuer les symptômes de troubles mentaux courants seraient composées plus spécifiquement d'exposition et de prévention de la réponse, d'activation comportementale, d'auto-observation et d'éducation psychologique. Celles qui entraînent des bénéfices psychosociaux comporteraient principalement des activités de visualisation et de pleine conscience, de régulation des émotions, de consolidation et de maintien des acquis, ainsi que des démonstrations et des témoignages.

Il importe de rappeler que les analyses effectuées ne permettent pas d'établir de lien de causalité entre la réponse au traitement d'un individu et les caractéristiques et composantes qui ont été observées plus fréquemment parmi les interventions efficaces. Ces résultats représentent néanmoins un pas vers l'identification des principes actifs et mécanismes d'action associés à une réponse favorable au traitement. L'identification des principes actifs, aussi appelés variables médiatrices, est d'un grand intérêt puisqu'elle permet d'optimiser la réponse au traitement, tout en réduisant le temps et les coûts consacrés à des activités et procédures thérapeutiques qui ne contribuent pas à l'efficacité des interventions. L'analyse des variables médiatrices fera l'objet d'un second rapport.

11.1.3 Expérience des usagers (question 3)

Les 20 études qualitatives recensées dans le cadre des présents travaux ont permis de dégager 19 constats sur l'expérience des personnes qui ont reçu une intervention visant à prévenir ou traiter les symptômes de troubles mentaux courants. Les constats portent sur les composantes des interventions, la relation avec l'intervenant, les modalités et l'efficacité des interventions ainsi que sur les améliorations à leur apporter. Les résultats obtenus dans les revues systématiques confirment en grande partie les constats dégagés, tout en y apportant quelques nuances complémentaires.

Bien que ces constats portent principalement sur une population adulte, une synthèse des quelques études réalisées auprès des adolescents et des personnes âgées a permis de rendre compte de leurs perspectives particulières. Cet exercice a, entre autres, mis en lumière les préoccupations des adolescents en lien avec la protection de l'anonymat sur les forums de discussion et, en contraste, l'enthousiasme des personnes âgées au regard des occasions de socialisation offertes par ce médium.

Enfin, le fait que les composantes des interventions jugées les plus utiles par les participants concordent avec celles identifiées sur la base des caractéristiques communes aux interventions efficaces augmente la confiance dans les résultats obtenus.

11.2 Considérations cliniques

11.2.1 Efficacité des autosoins chez les personnes ayant des troubles mentaux courants

Les résultats obtenus indiquent que tant les autosoins que les interventions en présence sont plus efficaces lorsqu'ils sont offerts à des adultes ou à des adolescents présentant des symptômes compatibles avec la présence d'un trouble mental courant.

Ce résultat va un peu à l'encontre de l'idée reçue voulant que les autosoins non guidés et les autosoins guidés sont davantage indiqués pour les personnes présentant des symptômes légers. En effet, seulement 16 % des cliniciens recommanderaient un auto-soin non guidé à un patient souffrant d'une dépression modérée, et seulement 2 % le feraient dans le cas d'une dépression sévère [Andersson *et al.*, 2019]. La réticence des cliniciens en ce qui concerne les autosoins guidés est moins prononcée, puisque 57 % et 27 % d'entre eux, respectivement, les recommanderaient pour une dépression modérée ou sévère. Certains auteurs attribuent ces résultats à l'attitude négative des usagers, des cliniciens et autres parties prenantes (p.ex. compagnies d'assurance) envers les interventions numériques [Andersson *et al.*, 2019]. D'autres rapportent plutôt un manque de familiarité avec ce mode d'intervention chez la plupart des cliniciens bien que la majorité d'entre eux et des usagers les trouveraient acceptables [Haugh *et al.*, 2019].

Cette réticence quant aux autosoins non guidés semble également faire abstraction du fait que la plupart de ceux-ci incluent une certaine forme d'accompagnement visant à informer l'utilisateur de la nature de l'intervention, à offrir du soutien technique ou encore à favoriser l'adhésion au traitement. Les usagers peuvent donc être accompagnés par

divers intervenants lors d'un autosoin non guidé et ne sont pas nécessairement laissés à eux-mêmes.

Par ailleurs, il importe de souligner que les autosoins guidés et les autosoins non guidés permettent de rejoindre des personnes qui, normalement, ne consultent pas. En effet, des données indiquent que les interventions numériques sont utilisées par des personnes présentant des symptômes de troubles mentaux modérés à sévères aux prises avec ces symptômes – depuis plus de 6 ans pour le tiers d'entre eux –, et ce, sans avoir jamais consulté un professionnel de la santé auparavant [Titov *et al.*, 2019]. Ce résultat milite en faveur d'un accès libre à des autosoins non guidés afin de rejoindre, notamment, les personnes qui présentent des symptômes de troubles mentaux courants mais qui ne consultent pas et ne reçoivent donc pas d'aide autrement.

Enfin, il est également possible que l'efficacité des autosoins guidés et des autosoins non guidés chez les personnes présentant des symptômes compatibles avec la présence d'un trouble mental courant ne soit pas directement liée à la sévérité des symptômes, mais découlerait plutôt d'une plus grande adhésion au traitement motivée par une plus grande souffrance. Or, l'engagement dans le traitement peut être un facteur particulièrement déterminant dans le cas des autosoins non guidés, considérant les taux d'abandon plus élevés et les niveaux d'adhésion généralement plus bas observés pour ce type d'interventions [Reins *et al.*, 2020].

De fait, l'adhésion au traitement de même que la sévérité et la chronicité des symptômes sont des variables modératrices susceptibles d'influencer l'efficacité des traitements [Goodwin *et al.*, 2019; Marker *et al.*, 2019]. Les variables modératrices sont des caractéristiques de la personne, de la condition clinique présentée ou de l'intervention, qui sont préexistantes au traitement et qui permettent de prévoir – et même de prédire dans certains cas – si une personne est susceptible de répondre favorablement ou non à un traitement donné. Comme l'analyse des variables médiatrices, l'analyse des variables modératrices est d'un grand intérêt parce qu'elle permet d'optimiser l'efficacité des interventions, en précisant le profil des personnes les plus susceptibles d'y répondre favorablement. L'analyse des variables modératrices sera abordée dans le rapport à venir.

11.2.2 Efficacité des interventions offertes en prévention sélective ou indiquée

Les résultats d'efficacité obtenus auprès des personnes présentant des symptômes compatibles avec la présence d'un trouble mental courant indiquent, à contrario, que les interventions psychosociales offertes en prévention sélective ou indiquée à des personnes à risque de présenter ou présentant des symptômes légers de troubles mentaux courants sont peu efficaces.

Ce résultat s'explique en partie par le bas niveau de symptômes présentés par les personnes ciblées par ces interventions, lequel rend moins probable l'obtention d'une diminution importante des symptômes, du pré au post-traitement. Le résultat d'intérêt pour les interventions de prévention sélective ou indiquée réside plutôt dans leur capacité

à prévenir l'apparition ou l'aggravation ultérieure des symptômes de troubles mentaux courants.

Ce sont donc les données de suivi recueillies après la fin du traitement qui permettent de mieux rendre compte de l'efficacité des interventions préventives. Or, des 12 études portant sur des interventions de prévention sélective ou indiquée, seulement trois ont rapporté des données de suivi [Akeman *et al.*, 2020; Davison *et al.*, 2020; Haugland *et al.*, 2020]. Dans les trois études, les gains observés à la fin du traitement chez les personnes ayant reçu l'intervention préventive se sont maintenus au suivi de 3, 7 et 12 mois, et sont demeurés significativement plus élevés que ceux notés chez les personnes sur la liste d'attente ou recevant un suivi usuel. Dans l'étude de Akeman [2020], les gains observés à la fin d'une intervention de groupe de quatre séances basées sur la pleine conscience, effectuée en début de semestre, ont même augmenté à la fin de la session universitaire, au suivi de trois mois. Selon les auteurs, cela s'explique par le stress accru pendant la période d'examens, pendant laquelle les étudiants ont pu mettre à profit les stratégies enseignées en début de semestre.

11.2.3 Efficacité des interventions en contexte réel de soins

Il importe de rappeler que les résultats et conclusions présentés ici sont basés sur des essais contrôlés randomisés dans 90 % des cas. Les interventions évaluées dans ces études sont hautement structurées, manualisées et administrées par du personnel formé, supervisé et monitoré pour leur fidélité au traitement. L'efficacité de ces interventions est donc tributaire de ces conditions. Le recours à des manuels de traitement ainsi que la formation et une supervision régulière font d'ailleurs partie des recommandations formulées par le NICE, dans la récente mise à jour du Guide sur le traitement de la dépression [NICE, 2021].

La formation et supervision du personnel semblent encore plus déterminantes pour les autosoins guidés. En effet, au-delà de leurs compétences cliniques, les intervenants et professionnels doivent être en mesure d'utiliser efficacement les plateformes numériques et de répondre aux questions techniques des usagers. Ils doivent également apprendre à intervenir par texto ou courriel, à gérer des forums de discussion, de même qu'à susciter et maintenir l'engagement des participants tout au long du programme [Titov *et al.*, 2019].

Il est toutefois à noter qu'on ne peut présumer de la transférabilité des résultats d'efficacité obtenus dans le cadre d'essais contrôlés randomisés aux contexte et système de soins du Québec. La complexité d'une telle opération, notamment dans le cas des interventions numériques, aurait tendance à être sous-estimée [Titov *et al.*, 2019]. De fait, des chercheurs ont identifié plus d'une quarantaine de facteurs qui influencent la transférabilité des interventions en contexte réel de soins et qui doivent être pris en compte lors de leur implantation [Schloemer et Schröder-Bäck, 2018].

Des données obtenues en contexte réel de soins en Australie, au Canada, au Danemark, en Norvège et en Suède [Lau et Davis, 2019; Titov *et al.*, 2018], de même que celles produites dans le cadre du programme IAPT¹⁵ implanté en Angleterre [Delgadillo *et al.*, 2022; Delgadillo et Gonzalez Salas Duhne, 2020; Fenger *et al.*, 2020; Richards *et al.*, 2020; INESSS, 2018] démontrent cependant qu'il est possible d'intégrer avec succès des autosoins guidés et des autosoins non guidés en contexte réel de soins et dans un modèle de soins par étapes.

11.3 Forces et limites de la synthèse des connaissances

11.3.1 Richesse des sources de données et diversification des méthodes d'analyse

Une des forces des travaux réalisés réside dans la richesse des données et la diversification des méthodes utilisées pour les exploiter. Sur le plan de l'efficacité, notamment, le traitement des données à l'aide du logiciel statistique SPSS a permis d'effectuer une synthèse narrative basée sur les tailles d'effet (d de Cohen) plutôt que sur leur direction uniquement (augmentation ou diminution), la rendant ainsi beaucoup plus informative et robuste. De même, et comme il est recommandé par le consortium *ICHOM Depression and Anxiety Working Group*¹⁶ [Obbarius *et al.*, 2017], les taux d'amélioration cliniquement significative et de rémission ont été rapportés lorsque disponibles.

La création de deux variables synthèses combinant les résultats obtenus au regard des symptômes de troubles mentaux et les bénéfices psychosociaux a également permis de dégager une vue d'ensemble de l'efficacité des interventions recensées dans les études primaires. Ces variables comportent cependant certaines limites : elles n'ont pas été produites à l'aide d'un questionnaire validé et construit à cette fin, et le poids accordé aux différents symptômes et celui attribué aux bénéfices ne sont pas équivalents. Ainsi, la variable combinant les symptômes de troubles mentaux reflète davantage l'efficacité des interventions sur les symptômes de dépression, alors que la variable combinant les bénéfices psychosociaux reflète davantage leur efficacité sur la qualité de vie et le bien-être psychologique.

Enfin, les constats relatifs à l'expérience des participants, comme les constats d'efficacité, ont été soumis à un processus rigoureux de gradation de la preuve tenant compte de la valeur scientifique des données probantes qui les sous-tendent et énonçant clairement le niveau de confiance que l'on peut avoir dans les conclusions du présent rapport.

¹⁵ IAPT: Improving Access to Psychotherapy.

¹⁶ International Consortium for Health Outcomes Measurement.

11.3.2 Qualité scientifique des études retenues

La qualité méthodologique des 49 études primaires recensées pour évaluer l'efficacité des interventions psychosociales constitue également une force. De fait, 90 % (n = 45) de ces études ont été jugées de qualité méthodologique modérée ou élevée. De même, 80 % (n = 16) des études qualitatives ont été considérées de qualité modérée ou élevée. De plus, 88 % des données d'efficacité analysées sont issues d'essais contrôlés randomisés. La majorité de ceux-ci (62 %) ont effectué des analyses dites *intention to treat*, de sorte que les tailles d'effet estimées tiennent compte du nombre de participants ayant abandonné l'étude.

De plus, et bien que 19 études aient effectué des analyses dites *per protocol*, basées seulement sur les participants s'étant rendus à la fin de l'étude ou ayant terminé un nombre préétabli de séances ou de modules, les tailles d'effet produites dans ces études ne sont pas statistiquement différentes de celles obtenues dans les analyses de type *intention to treat* (d = 0,44 et 0,38, respectivement; p = 0,43). Ce résultat s'explique par le faible taux d'abandon observé dans les 19 études. En effet, le taux d'abandon est inférieur à 10 % dans la moitié d'entre elles, et inférieur à 20 % dans 15 autres.

En contraste, 88 % des revues systématiques ont été jugées de faible qualité. Ce résultat n'est toutefois pas spécifique aux revues recensées dans la présente synthèse des connaissances. En effet, 71 % des 494 revues systématiques recensées dans le cadre d'une méta-analyse panoramique ont été évaluées comme étant de qualité faible ou critiquement faible [Fordham *et al.*, 2021].

11.3.3 Autres populations avec des troubles mentaux courants

Plusieurs études portant sur des populations d'intérêt ont été exclues des présents travaux en raison du large volume d'études publiées en 2019-2020. Ces études portaient notamment sur : des personnes avec des troubles mentaux courants et des troubles comorbides de dépendance, du spectre de l'autisme, de déficience intellectuelle ou de démence (n = 101); des personnes avec des conditions médicales aiguës et chroniques, telles que le cancer, l'épilepsie, le diabète, les maladies cardiovasculaires, etc. (n = 223); des populations spécifiques, telles que les vétérans et militaires (n = 47); des réfugiés et demandeurs d'asile (n = 8); des travailleurs de la santé et proches aidants (n = 30); des personnes provenant de pays non membres de l'OCDE (n = 41) et de personnes de minorités culturelles (n = 13).

Bien que ces populations se retrouvent généralement à des degrés variables dans les échantillons des études recensées, l'exclusion des études conduites spécifiquement auprès de ces populations limite la généralisation des résultats. Soulignons toutefois que 59 études réalisées auprès de populations particulières étaient incluses dans les revues systématiques de Cuijpers [2020; 2019]. Le fait que les résultats obtenus dans ces revues concordent avec ceux obtenus dans les 49 études primaires retenues laisse présumer d'un potentiel de généralisation à d'autres populations.

De plus, les résultats obtenus dans une étude menée auprès d'une population composée majoritairement de personnes issues de minorités ethniques (Afro-Américains, Hispaniques, Autochtones, mixtes), à faible revenu et ayant un accès limité à Internet, indiquent que cette population est également susceptible de bénéficier d'un autosoin guidé [Wright *et al.*, 2022]. Les taux d'amélioration cliniquement significative et de rémission rapportés dans cette étude sont respectivement de 58 % et 27 % pour les personnes ayant reçu un autosoin guidé basé sur les principes de la TCC, comparativement à des taux de 33 % et 12 % pour celles ayant reçu un suivi usuel.

11.3.4 Repérage de la littérature limité aux publications de 2019-2020

Une limite importante de la présente synthèse est que celle-ci est basée sur les études et revues publiées en 2019-2020. Cette limite fait en sorte que les interventions psychosociales visant à prévenir et traiter les troubles mentaux courants n'ont pas toutes été captées. Conséquemment, il existe d'autres interventions psychosociales que celles évaluées ici qui sont efficaces pour les mêmes fins.

Il est également possible que la sur-représentation des interventions d'approche cognitivo-comportementale et la sous-représentation d'études conduites auprès d'adolescents et de personnes âgées soient une conséquence de cette limite. L'analyse des 17 revues systématiques recensées donne cependant à croire que ce n'est pas le cas.

En effet, seulement 11 % (n = 98) des études primaires répertoriées dans les 17 revues systématiques portaient sur des interventions d'approche théorique autre que cognitivo-comportementale, comparativement à 26 % (n = 11) des études primaires de 2019-2020. De même, seulement 6 % (n = 52) des études primaires incluses dans les revues traitaient des adolescents ou des personnes âgées, par rapport à 22 % (n = 11) des études primaires de 2019-2020. Ces dernières sont donc très similaires aux études primaires incluses dans les revues systématiques en termes de populations ciblées et d'approche théorique des interventions évaluées. Le manque d'études réalisées auprès des personnes âgées et portant sur des approches théoriques autres que la thérapie cognitivo-comportementale a d'ailleurs été relevé dans d'autres revues systématiques [Fordham *et al.*, 2021; Andersson *et al.*, 2019].

11.3.5 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, soit de juillet 2020 à février 2022. La stratégie documentaire retenue a généré 5 450 titres et résumés. Cette banque a été triée à l'aide de mots-clés, afin d'identifier les notices portant sur les éléments couverts de façon plus limitée dans la présente synthèse des connaissances.

Un résumé, basé sur les titres et résumés des 18 études pertinentes repérées lors de la mise à jour de la littérature, est présenté à l'annexe D (document *Annexes complémentaires*). Sept de ces études ont été réalisées auprès d'adolescents et cinq

auprès de personnes âgées. Six études portent sur des interventions autres que cognitivo-comportementales et six autres, sur l'expérience des usagers.

Enfin, et compte tenu de la couverture limitée de certaines populations et interventions, une mise à jour de la littérature dans un horizon de 3 à 5 ans serait sans doute indiquée.

11.4 Conclusion

Les résultats émanant des présents travaux confirment la pertinence du modèle de soins par étapes et la nécessité de recourir à un large éventail d'interventions, allant des autosoins non guidés ou guidés aux interventions offertes en présence, dont la psychothérapie, pour répondre aux besoins grandissants de la population.

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

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.
- Akouamba BS, Lai H, Marcantoni W, Mayrand J, Wassf M, Beauchamp S. Les autosoins pour la santé mentale : définition du concept des autosoins. Montréal, Qc : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS); 2021. Disponible à : https://ciussso.ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciussso_oim/Votre_CIUSSS/Documentation/DAUER_Enseignement_et_recherche/AUTOSOINS-1ere-partie-def-concept-BSA-HL-vf-isbn.pdf.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- 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.
- Andersson G, Titov N, Dear BF, Rozental A, Carlbring P. Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry* 2019;18(1):20-8.
- 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.

- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). L'équité pour la santé mentale : mettre fin à la disparité en santé au Canada. Toronto, ON : ACSM; 2018.
Disponible à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>.
- Australian Psychological Society (APS). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review. Melbourne, Australie : APS; 2018. Disponible à : <https://psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/evidence-based-psych-interventions.pdf>.
- 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, 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.
- Bordeleau M et Joubert K. La santé mentale des jeunes : certains consultent, d'autres pas. Qui sont-ils ? Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Zoom Santé, n° 62. Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec (ISQ); 2017. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-62-la-sante-mentale-des-jeunes-certains-consultent-dautres-pas-qui-sont-ils-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>.
- 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.

- Chodos H. Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada (CSMC); 2017. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-07/Options_pour_ameliorer_laces_aux_services_de_counseling_de_psychotherapie_et_de_psychologie_fr.pdf.
- 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.
- Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. J Youth Adolesc 2015;44(1):90-113.
- Clément M-È, Gagné M-H, Hélie S. Chapitre 2 – La violence et la maltraitance envers les enfants. Dans : Laforest J, Maurice P, Bouchard LM, réd. Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2018 : 21-54. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf.
- 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>.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec, Qc : CSBE; 2012. Disponible à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques. Ottawa, ON : CSMC; 2017. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_fr.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.
- 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.
- Delgadillo J, Ali S, Fleck K, Agnew C, Southgate A, Parkhouse L, *et al.* Stratified care vs stepped care for depression: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2022;79(2):101-8.
- Dionne M, Roberge M-C, Brousseau-Paradis C, Lévesque J, Dubé È, Hamel D, *et al.* Pandémie, santé mentale, résilience et sentiment de solitude – 11 janvier 2022 [site Web]. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2022. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-janvier-2022>.
- 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.
- 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.
- Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, *et al.* Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: An overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technol Assess* 2021;25(9):1-378.
- 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>.
- Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec – Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf.

- Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'Information psychiatrique* 2014;90(5):331-9.
- Galam É. Carl Rogers : une approche centrée sur la personne. *Médecine* 2014;10(9):408-12.
- 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.
- Gaudiano 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.
- Goodwin BJ, Constantino MJ, Westra HA, Button ML, Antony MM. Patient motivational language in the prediction of symptom change, clinically significant response, and time to response in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy* 2019;56(4):537-48.
- 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.
- Haugh JA, Herbert K, Choi S, Petrides J, Vermeulen MW, D'Onofrio J. Acceptability of the stepped care model of depression treatment in primary care patients and providers. *J Clin Psychol Med Settings* 2019;26(4):402-10.
- Haugland BS, 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.

- 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.
- 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.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel et du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie. Réponse rapide. Québec, Qc : INESSS; 2020a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_SM_personnel_reseau.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets. Réponse rapide. Québec, Qc : INESSS; 2020b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Sante_mentale-population.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Recommandations concernant la réduction des risques psychosociaux du travail en contexte de pandémie – COVID-19. Québec, Qc : INSPQ; 2020. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2988-reduction-risques-psychosociaux-travail-covid19.pdf>.
- Institute of Medicine (IOM). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC : National Academies Press; 2015.
- 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.
- 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.
- Lane J, Therriault D, Dupuis A, Gosselin P, Smith J, Ziam S, *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the anxiety of adolescents in Québec. *Child Youth Care Forum* 2021 [Epub ahead of print].
- Lau MA et Davis S. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for BC primary care patients with mild to moderate depression with or without anxiety: Bounce Back, 2008-2014. *BC Medical Journal* 2019;61(1):25-32.
- 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.
- Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, *et al.* Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci* 2018;13(Suppl 1):2.
- 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.

- 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.
- 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.
- Luthans F et Youssef-Morgan CM. Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2017;4:339-66.
- MacLean S, Corsi DJ, Litchfield S, Kucharski J, Genise K, Selaman Z, *et al.* Coach-facilitated web-based therapy compared with information about web-based resources in patients referred to secondary mental health care for depression: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2020;22(6):e15001.
- Marker I, Salvaris CA, Thompson EM, Tolliday T, Norton PJ. Client motivation and engagement in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Predictors and outcomes. *Cognit Ther Res* 2019;43(5):819-33.
- 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 Psychiatry* 2019;10:552.
- McDaid S, Adell T, Cameron J, Davidson G, Knifton L, McCartan C, Mulholland C. Recent policy developments in promotion and prevention: A scoping review of national plans in Finland, Ireland, New Zealand, Scotland and Wales. *Advances in Mental Health* 2022 [Epub ahead of print].
- 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.
- McKenzie JE et Brennan SE. Chapter 12: Synthesizing and presenting findings using other methods. Dans : Higgins JP, Thomas J, Chandler J, *et al.*, éd. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions – Version 6*. Londres, Angleterre : Cochrane; 2019. Disponible à : <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v6/chapter-12>.
- McPherson S, Wicks C, Tercelli I. Patient experiences of psychological therapy for depression: A qualitative metasynthesis. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):313.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif. Québec,

- Qc : MSSS; 2022. Disponible à :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19. Québec, Qc : MSSS; 2020a. Disponible à :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-131W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Document d'information à l'intention des établissements – Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Québec, Qc : MSSS; 2020b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement. Québec, Qc : MSSS; 2015. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>.
- Moberg C, Niles A, Beermann D. Guided self-help works: Randomized waitlist controlled trial of Pacifica, a mobile app integrating cognitive behavioral therapy and mindfulness for stress, anxiety, and depression. *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.
- Mrazek PJ et Haggerty RJ. New directions in definitions. Dans : *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC : National Academies Press; 1994 : 19-29.
- National Institute of Health Care and Excellence (NICE). Depression in adults: Treatment and management (update). Draft guideline. Londres, Angleterre : NICE; 2021. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0725/documents>.
- Ngô TL. Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec* 2013;38(2):35-63.
- 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, Caelear 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.

- Obbarius A, van Maasakkers L, Baer L, Clark DM, Crocker AG, de Beurs E, *et al.* Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Qual Life Res* 2017;26(12):3211-25.
- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif. Québec, Qc : Office des professions du Québec; 2021. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf.
- 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.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ), Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ), Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), *et al.* L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent : trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Montréal, Qc : 2018. Disponible à : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf.
- 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.
- Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten S. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26(4):414-23.
- Perreault M, Perreault N, Withaeuper D, Malai D. Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes. *Criminologie* 2009;42(1):91-114.
- 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.
- 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, Arden 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.
- 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.
- Schloemer T et Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: A systematic review and thematic synthesis. *Implement Sci* 2018;13(1):88.
- Schmid PF, Zeller O, Priels J-M. Interpellation et réponse – La psychothérapie centrée sur la personne : une rencontre de personne à personne. *ACP Pratique et recherche* 2009;(9):48-85.
- 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.
- Schwab J. Prevention of substance abuse and mental illness by SAMHSA (Section 7.3). Dans : *Drugs, Health & Behavior* [site Web]. Affordable Course Transformation: Pennsylvania State University; 2018. Disponible à : <https://psu.pb.unizin.org/bbh143/chapter/7-4-prevention-of-substance-abuse-and-mental-illness-by-samhsa/>.

- 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.
- 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.
- 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.
- Titov N, Hadjistavropoulos HD, Nielssen O, Mohr DC, Andersson G, Dear BF. From research to practice: Ten lessons in delivering digital mental health services. *J Clin Med* 2019;8(8):1239.
- Titov N, Dear B, Nielssen O, Staples L, Hadjistavropoulos H, Nugent M, *et al.* ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interv* 2018;13:108-15.
- 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.

- Tricco AC, Zarin W, Antony J, Hutton B, Moher D, Sherifali D, Straus SE. An international survey and modified Delphi approach revealed numerous rapid review methods. *J Clin Epidemiol* 2016;70:61-7.
- Tricco AC, Antony J, Zarin W, Striffler L, Ghassemi M, Ivory J, *et al.* A scoping review of rapid review methods. *BMC Med* 2015;13:224.
- 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 J, Eells TD, Antle B, Bishop LB, Girdler R, *et al.* Effect of computer-assisted cognitive behavior therapy vs usual care on depression among adults in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e2146716.
- 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.

ANNEXE 1

Classement des interventions efficaces / peu efficaces

Tableau 8 Classement des interventions efficaces / peu efficaces en fonction des tailles d'effet obtenues (d de Cohen) – Symptômes de troubles mentaux courants

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Abbing <i>et al.</i> , 2019	Intervention d'art thérapie offerte en présence comparée à une liste d'attente	---	Efficace	Efficace
Ahmad <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	Peu efficace	Efficace
	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	Peu efficace	Efficace
Akeman <i>et al.</i> , 2020	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience comparée à une liste d'attente	Peu efficace	---	Peu efficace
Barry <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	Peu efficace
Beerse <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur la pleine conscience combinée à de l'art-thérapie, comparé à un comparateur actif	---	Peu efficace	Peu efficace
Berg <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à :	Efficace	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique			
Brown <i>et al.</i> , 2019	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	---
Church et Clond, 2019	Intervention 1 - Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la thérapie interpersonnelle comparée à :	Efficacité similaire	Intervention 1 : Plus efficace	---
	Intervention 2 - Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle			
Cook <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC, comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	---

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Davison <i>et al.</i> , 2020	Intervention offerte en présence et basée sur l'autodétermination comparée à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
Delgadillo et Gonzalez, 2020	Intervention 1 – Counseling offert en présence comparé à : Intervention 2 – TCC	Efficacité similaire	---	---
Fenger <i>et al.</i> , 2020	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
Fortin-Delisle <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Intervention de TCC offerte en présence combinée à un programme de modification des biais d'interprétation comparée à : Intervention 2 – TCC	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
Gili <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à un suivi usuel	Efficace	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique comparé à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à : Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive, comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Efficacité similaire	---	---
Hanson, 2019	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive, comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Efficacité similaire	---	---

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Haugland <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – TCC brève de groupe et offerte en présence comparée à : Intervention 2 – TCC régulière de groupe et offerte en présence	Peu efficace	Efficacité similaire	---
Hilcove <i>et al.</i> , 2020	Yoga de groupe, offert en présence et basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	---	---	Efficace
Idsoe <i>et al.</i> , 2019	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
Kählke <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
Kladnitski <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et sur les principes de de la TCC comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la pleine conscience	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
Kothari <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	---	Efficace	---

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Külz <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience et la TCC comparée à : Intervention 2 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique	Peu efficace	Intervention 1 : Plus efficace	---
Leterme <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à un suivi usuel	Efficace	Efficace	Efficace
	Intervention 2 – Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un suivi usuel	Efficace	Efficace	Efficace
	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC	Efficacité similaire	Efficacité similaire	Efficacité similaire
Lorentzen <i>et al.</i> , 2020	Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique comparée à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	---
MacLean <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	---	---
Martinez <i>et al.</i> , 2019	Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
McGuire <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – TCC offerte en présence avec un volet individuel et un volet parental comparée à : Intervention 2 – Intervention offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique combinée à de la relaxation appliquée	Efficace	---	---
Moberg <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Peu efficace	Peu efficace
Mohr <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
Nilsson <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Peu efficace	Peu efficace	---

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Oh <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Peu efficace	Peu efficace	---
Oser <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à un suivi usuel	---	Peu efficace	---
Powell <i>et al.</i> , 2020	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	---	Peu efficace	---
Reins <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
Richards <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
Rodriguez <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (propre perspective) comparé à un comparateur actif	Peu efficace	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective de l'autre) comparé à un comparateur actif	Peu efficace	---	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective d'une tierce personne) comparé à un comparateur actif	Peu efficace	---	---
Salomonsson <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – TCC régulière offerte en présence comparée à : Intervention 2 – Intervention de retour au travail offerte en présence	Efficacité similaire	Efficacité similaire	Efficacité similaire
	Intervention 1 – TCC régulière offerte en présence comparée à : Intervention 3 – TCC et intervention de retour au travail offerte en présence	Efficacité similaire	Efficacité similaire	Efficacité similaire
	Intervention 3 – TCC et intervention de retour au travail offerte en présence comparée à : Intervention 2 – Intervention de retour au travail offerte en présence	Efficacité similaire	Efficacité similaire	Efficacité similaire

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Sass <i>et al.</i> , 2019	Intervention brève de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience comparée à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	---
Schure <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Peu efficace	---
Schweden <i>et al.</i> , 2020	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un comparateur actif	---	Efficace	---
Steinmann <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – TCC offerte en présence et par téléphone, avec envoi de lettres de motivation comparée à : Intervention 2 – TCC offerte en présence et par téléphone, sans envoi de lettres de motivation	Peu efficace	---	---
Stjerneklar <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Efficace	---
Steketee <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse comparée à : Intervention 2 – Intervention offerte en présence et basée sur la restructuration cognitive	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 2 – Intervention offerte en présence et basée sur la restructuration cognitive comparée à : Intervention 3 – Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse avec restructuration cognitive	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 3 – Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition/ prévention de la réponse avec restructuration cognitive comparée à : Intervention 1 – Intervention offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	Efficacité similaire	Efficacité similaire	---
Tanaka <i>et al.</i> , 2019	Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC (groupe et individuel) comparée à une liste d'attente	Peu efficace	---	---

		Symptômes de troubles mentaux courants		
Auteurs	Comparaisons (k)	Dépression	Anxiété	Stress
Thase <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – TCC offerte en présence	Efficacité similaire	---	---
Topooco <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	---	---
Wootton <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Efficace	Efficace	---
Zaboski <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'exposition / prévention de la réponse comparée à : Intervention 2 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique	Intervention 1 : Plus efficace	Intervention 1 : Plus efficace	---
Total		k= 61	k= 42	k= 14
Grand total		k= 117		

**Tableau 9 Classement des interventions efficaces/peu efficaces en fonction des tailles d'effet obtenues (d de Cohen)
– Bénéfices psychosociaux**

		Bénéfices psychosociaux		
Auteurs	Comparaisons (k)	Qualité de vie et bien-être psychologique	Fonctionnement	Compétences personnelles
Abbing <i>et al.</i> , 2019	Intervention d'art thérapie offerte en présence comparée à une liste d'attente	Efficace	Efficace	Efficace
Ahmad <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	---	---
	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	---	---
Barry <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	---	---
Berg <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	---	---	Efficace
Brown <i>et al.</i> , 2019	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à une liste d'attente	Peu efficace	---	---
Fenger <i>et al.</i> , 2020	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Efficace	---
Gili <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à un suivi usuel	Efficace	---	---
	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à : Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	Efficacité similaire	---	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	---	---

		Bénéfices psychosociaux		
Auteurs	Comparaisons (k)	Qualité de vie et bien-être psychologique	Fonctionnement	Compétences personnelles
Hanson, 2019	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive, comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC	Efficacité similaire	---	Peu efficace
Haugland <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – TCC brève de groupe et offerte en présence comparée à : Intervention 2 – TCC régulière de groupe et offerte en présence	---	Peu efficace	---
Hilcove <i>et al.</i> , 2020	Yoga de groupe, offert en présence et basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	Efficace	---	---
Idsoe <i>et al.</i> , 2019	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un suivi usuel	---	---	Peu efficace
Kählke <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	---
Kladnitski <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique comparé à une liste d'attente	---	Efficace	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à une liste d'attente	---	Efficace	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et la TCC comparé à une liste d'attente	---	Efficace	---
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience, comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	---	Efficacité similaire	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et la TCC comparé à : Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique	---	Efficacité similaire	---
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience	---	Efficacité similaire	---

		Bénéfices psychosociaux		
Auteurs	Comparaisons (k)	Qualité de vie et bien-être psychologique	Fonctionnement	Compétences personnelles
Kothari <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	---	---	Efficace
Külz <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience et la TCC comparée à : Intervention 2 – Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur l'éducation psychologique	Peu efficace	---	Peu efficace
Lorentzen <i>et al.</i> , 2020	Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC de nature transdiagnostique comparée à une liste d'attente	---	Efficace	---
MacLean <i>et al.</i> , 2020	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	---	---
Martinez <i>et al.</i> , 2019	Intervention offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un suivi usuel	Peu efficace	---	Peu efficace
Moberg <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience et la TCC, comparé à une liste d'attente	---	---	Peu efficace
Oser <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à un suivi usuel	Peu efficace	---	---
Powell <i>et al.</i> , 2020	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	---	---
Reins <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique	Efficacité similaire	---	Efficacité similaire
Rodriguez <i>et al.</i> , 2020	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (propre perspective) comparé à un comparateur actif	---	---	Peu efficace
	Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective de l'autre) comparé à un comparateur actif	---	---	Peu efficace
	Intervention 3 – Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie interpersonnelle (perspective d'une tierce personne) comparé à un comparateur actif	---	---	Peu efficace

		Bénéfices psychosociaux		
Auteurs	Comparaisons (k)	Qualité de vie et bien-être psychologique	Fonctionnement	Compétences personnelles
Sass <i>et al.</i> , 2019	Intervention brève de groupe, offerte en présence et basée sur la pleine conscience comparée à une liste d'attente	Peu efficace	---	---
Schure <i>et al.</i> , 2019	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	---	Peu efficace	Efficace
Schweden <i>et al.</i> , 2020	Intervention de groupe, offerte en présence et basée sur les principes de la TCC comparée à un comparateur actif	---	---	Efficace
Stjerneklar <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	Peu efficace	Peu efficace
Stevenson <i>et al.</i> , 2019	Intervention 1 – Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive comparé à : Intervention 2 – Autosoin non guidé basé sur la restructuration cognitive	---	---	Intervention 1 : Plus efficace
Topooco <i>et al.</i> , 2019	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC comparé à une liste d'attente	Peu efficace	---	Peu efficace
Total		k= 23	k= 13	k= 17
Grand total		k= 53		

ANNEXE 2

Constats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants

N°	CATÉGORIE D'INTERVENTION	CONSTAT	NIVEAU DE CONFIANCE
ADULTES			
D1*	Autosoin non guidé	Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes de dépression chez des adultes présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété ou un trouble anxieux.	Modéré
D2	Autosoin non guidé	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 ou un trouble dépressif ou trouble anxieux.	Modéré
D3	Autosoin non guidé	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
D4	Autosoin non guidé	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.	Modéré
D5	Autosoin guidé	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.	Modéré
D6	Intervention en présence	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.	Modéré
D7	Intervention en présence	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.	Faible

N°	CATÉGORIE D'INTERVENTION	CONSTAT	NIVEAU DE CONFIANCE
A1	Autosoin non guidé	Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes d'anxiété chez des adultes présentant des symptômes ou un trouble anxieux.	Faible
A2	Autosoin non guidé	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.	Modéré
A3	Autosoin non guidé	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 ou de dépression.	Modéré
A4	Autosoin non guidé	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
A5	Autosoin guidé	Les études recensées indiquent que les autosoins guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale entraînent une diminution des symptômes d'anxiété auprès d'adultes présentant un trouble mental courant.	Modéré
A6	Intervention en présence	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.	Modéré
S1	Autosoin non guidé et guidé	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
S2	Intervention en présence	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.	Modéré
S3	Intervention en présence	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

N°	CATÉGORIE D'INTERVENTION	CONSTAT	NIVEAU DE CONFIANCE
Q1	Autosoin non guidé	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.	Modéré
Q2	Autosoin non guidé	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.	Modéré
Q3	Autosoin non guidé	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.	Modéré
Q4	Intervention en présence	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
F1	Autosoin non guidé	Les études recensées indiquent que les autosoins non guidés basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont susceptibles d'entraîner une amélioration du fonctionnement chez des adultes présentant un trouble anxieux.	Modéré
C1	Autosoin non guidé	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
ADOLESCENTS			
D8	Autosoin guidé	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.	Modéré
D9	Intervention en présence	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.	Modéré
A7	Intervention en présence	Les études recensées indiquent que les interventions cognitivo-comportementales offertes en présence sont peu susceptibles	Modéré

N°	CATÉGORIE D'INTERVENTION	CONSTAT	NIVEAU DE CONFIANCE
		d'entraîner une diminution des symptômes d'anxiété chez des adolescents présentant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression.	
Q5	Intervention en présence	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.	Modéré
F2	Intervention en présence	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
C2	Intervention en présence	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.	Modéré
ADOLESCENTS ET ADULTES			
Q6	Autosoin guidé	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 dépressif ou un trouble anxieux.	Modéré
C3	Autosoin guidé	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.	Faible

* Note : Les numéros de constats en **vert** indiquent une efficacité des interventions; les numéros de constats en noir indiquent que l'efficacité des interventions n'a pas été démontrée.

Constats sur les données expérientielles des interventions psychosociales

N°	Catégorie d'intervention	Constat	Niveau de confiance
THÈME : COMPOSANTES DES INTERVENTIONS			
1	Non spécifique à une catégorie d'intervention	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. D'autres participants précisent qu'ils trouvent exigeants les exercices pratiques. Cela demande une réflexion profonde pour comprendre leurs peurs, ainsi que du courage et des stratégies appropriées pour les affronter.	Modéré
2	Intervention en présence ou autosoin guidé	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. 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	Modéré
3	Intervention en présence ou autosoin non guidé	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.	Modéré
4	Autosoin guidé	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. D'autres participants évoquent que des rappels par courriel ne sont pas utiles.	Faible
5	Non spécifique à une catégorie d'intervention	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 : ▪ la gestion des émotions ou du stress; ▪ la relaxation et la respiration; ▪ la méditation et la pleine conscience. 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.	Faible

N°	Catégorie d'intervention	Constat	Niveau de confiance
THÈME : RELATION AVEC L'INTERVENANT			
6	Intervention en présence	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.	Modéré
7	Intervention en présence ou par téléphone	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. D'autres participants précisent l'importance d'avoir confiance en l'expertise de l'intervenant.	Modéré
8	Intervention en présence ou autosoin guidé	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. 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.	Modéré
THÈME : MODALITÉS DES INTERVENTIONS			
9	Non spécifique à une catégorie d'intervention	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. 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.	Modéré
10	Intervention en présence ou sous forme de webinaire	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. 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.	Faible
11	Autosoin guidé et non guidé	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. 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.	Faible

N°	Catégorie d'intervention	Constat	Niveau de confiance
12	Autosoin guidé ou non guidé	Selon des participants, recevoir de la part d'un intervenant des suivis par téléphone ou par courriel est contraignant et peu motivant : - des suivis téléphoniques suscitent du stress ou procurent de l'inconfort pour s'exprimer; - des suivis par courriel peuvent nuire à la spontanéité des échanges avec l'intervenant. 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.	Faible
THÈME : PERCEPTIONS LIÉES AUX EFFETS			
13	Non spécifique à une catégorie d'intervention	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 : - 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. 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.	Modéré
14	Non spécifique à une catégorie d'intervention	Selon des participants, l'intervention permet de développer une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Cela peut se faire par : - 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. D'autres participants précisent que les prises de conscience sur eux-mêmes peuvent être parfois éprouvantes et difficiles à accepter.	Modéré
15	Non spécifique à une catégorie d'intervention	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. 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.	Modéré
16	Intervention en présence	Selon des participants, échanger librement avec un intervenant leur procure une forme de libération affective et leur permet de ventiler, de se	Faible

N°	Catégorie d'intervention	Constat	Niveau de confiance
		sentir écouté, d'avoir une autre perspective et de pouvoir partager leurs problèmes. D'autres participants précisent que le simple fait de parler à une personne, intervenant ou non, leur apporte les mêmes bénéfices.	
THÈME : AMÉLIORATIONS PROPOSÉES AUX INTERVENTIONS			
17	Non spécifique à un type d'intervention en particulier	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.	Modéré
18	Non spécifique à un type d'intervention en particulier	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).	Modéré
19	Intervention en présence ou auto-soin guidé	Selon des participants, l'intervention serait améliorée par une flexibilité de l'intervenant, et ce, en la personnalisant selon leurs préférences ou besoins spécifiques. 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 (p. ex. en choisissant les couleurs d'une application ou les thèmes qui apparaissent).	Modéré

ANNEXE 3

Fiches descriptives des interventions jugées efficaces

Les interventions qui se sont avérées efficaces sont présentées sous forme de fiches descriptives élaborées à partir des informations contenues dans les études recensées. Seule une intervention n'a pu être décrite en raison du manque de détails, soit celle de l'étude de Barry.

Rappelons que les interventions décrites dans les fiches sont issues d'essais contrôlés randomisés dans 90 % des cas. Les interventions évaluées dans ces études sont hautement structurées, manualisées, et administrées par du personnel formé, supervisé et monitoré pour leur fidélité au traitement. Leur efficacité est donc tributaire de ces éléments.

Elles sont présentées ici à titre informatif seulement.

Fiche 3.1 Full Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention et Partial Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoins basés sur la pleine conscience : 1. <i>Full Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention</i> 2. <i>Partial Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes à risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression
Description des interventions	Objectifs : Les deux autosoins visent une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress chez des étudiants universitaires. Autosoin guidé – Full Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention Trois composantes sont proposées : ▪ <u>Éducation psychologique</u> sur la santé mentale et modules de pleine conscience offerts via des vidéos enregistrés pour les participants. ▪ <u>Forums de discussion</u> avec des pairs réalisés de façon anonyme pour des conseils relatifs à la santé mentale et à la pratique de la pleine conscience. ▪ <u>Vidéoconférences de groupe</u> en direct offertes par un professionnel sur les thèmes des modules. Ces vidéoconférences se déroulent de façon anonyme pour les participants. À travers les modules, différents thèmes sont abordés (p. ex. comment surmonter l'anxiété, la dépression et le stress, la pleine conscience et les saines habitudes de vie, les bénéfices de la pleine conscience sur la mémoire, la motivation et les apprentissages, une saine image corporelle, les relations avec les amis et la famille). Autosoin non guidé – Partial Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention L'intervention comprend seulement les modules offerts via des vidéos, mais sans les forums de discussion ni les vidéoconférences de groupe. Les participants reçoivent un courriel de rappel envoyé par le personnel du projet avant la sortie de chaque nouveau module.
Format / mode d'intervention	Format individuel et format de groupe Autosoins offerts en ligne
Intensité et durée	1. <i>Full Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention</i> : • 12 modules, 3 forums de discussion et 8 vidéoconférences de groupe • Durée totale de plus de 5,5 heures 2. <i>Partial Web-based Mindfulness Virtual Community Intervention</i> : • 12 modules • Durée totale de 3 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Dans l'étude, les vidéoconférences de groupe sont offertes par un professionnel ayant un niveau de maîtrise en psychologie et formé à l'approche de pleine conscience ▪ Discussion hebdomadaire avec un clinicien de l'équipe pour optimiser l'engagement des participants durant les vidéoconférences.
Référence	Pas d'information supplémentaire

Fiche 3.2 Internet-based Cognitive Behavioural Therapy et Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended with Synchronous Chat Sessions

Études	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. <i>Internet Interv</i> 2019;15:10-7. Topooco N, Bylehn S, Nysater ED, Holmlund J, Lindegaard J, Johansson S, <i>et al.</i> Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res</i> 2019;21(11):e13393.
Classe / sous-classe d'interventions	Interventions d'approche cognitivo-comportementale Autosoin guidé – <i>Internet-based Cognitive Behavioural Therapy</i> Autosoin guidé – <i>Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended with Synchronous Chat Sessions</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adolescents présentant un trouble dépressif
	Objectifs : Les autosoins visent une diminution des symptômes de dépression chez les adolescents et une amélioration des connaissances sur les symptômes et sur les traitements iCBT (dans le cas de l'étude de Berg). Les deux autosoins sont à la base la même intervention, mais des modifications ont été apportées à l'autosoin de l'étude de Topooco (p. ex. séances de clavardage plus longues, textes des modules, description de l'exposition). ▪ L'intervention est constituée de modules en ligne combinés à des séances de clavardage avec un intervenant. ▪ Le soutien offert vise à identifier des problèmes, examiner les pensées de l'adolescent, l'encourager, lui répondre et lui offrir une aide aux devoirs. ○ Entre les modules, l'intervenant offre de la rétroaction écrite via la plateforme, à la réception des devoirs terminés. ▪ Les modules comprennent des textes et des vidéos, des scénarios de fiction, des tâches de réflexion et des devoirs. <u>Thématiques des modules</u> ▪ Introduction à la iCBT : les procédures du traitement, les symptômes et causes de la dépression sont expliqués ▪ Comment analyser les situations qui amènent des conséquences désirables ou non désirables ▪ Activation comportementale ▪ Enseigner le lien entre les sentiments et les comportements, ce qui inclut de remplir un journal d'activités-humeur pour identifier les modèles comportementaux durant la première semaine de traitement et incorporer plus d'activités significatives durant la deuxième semaine ▪ Restructuration cognitive ▪ Explication de la relation entre les pensées et les émotions, et comment identifier les pensées négatives et y faire face ▪ Lien entre l'anxiété et la dépression, éducation psychologique sur l'anxiété et les stratégies pour la réduire lorsqu'elle se présente (p. ex. exposition)
Description des interventions	

Études	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. <i>Internet Interv</i> 2019;15:10-7. Topooco N, Bylehn S, Nysater ED, Holmlund J, Lindegaard J, Johansson S, <i>et al.</i> Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res</i> 2019;21(11):e13393.
	▪ Le jeune peut adapter son traitement pour lire plus spécifiquement sur certaines formes d'anxiété, comme l'anxiété sociale ou généralisée. ▪ Éducation psychologique sur la régulation émotionnelle et l'estime de soi ▪ Comment faire face aux émotions et aux expériences négatives par rapport à sa propre valeur ▪ Révision des apprentissages et éducation psychologique pour la prévention de la rechute
Format / mode d'intervention	Format individuel Module en ligne et séances de clavardage avec un intervenant
Intensité et durée	Les deux autosoins comptent 8 modules. ▪ 9 contacts par clavardage avec un intervenant sont disponibles pour les adolescents dans l'étude de Berg, pour une durée totale de 4,5 heures. ▪ 8 contacts par clavardage avec un intervenant sont disponibles pour les adolescents dans l'étude de Topooco, pour une durée totale de 6 heures.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	La guidance a été offerte par des étudiants au doctorat en psychologie supervisés hebdomadairement par un psychologue clinicien formé en TCC et ayant une expertise dans le traitement des troubles mentaux chez les adolescents.
Référence	Topooco N., Berg M., Johansson S., Liljethörn L., Radvogin E., Vlaescu G., <i>et al.</i> <i>Chat-and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial.</i> <i>BJPsych Open</i>, 2018 Jul;4(4):199-207

Fiche 3.3 Fear Fighter Program

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Intervention basée sur les principes de la TCC <i>Fear Fighter Program</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble anxieux
Description des interventions	Objectifs : L'autosoin non guidé vise une diminution des pensées négatives et des comportements d'évitement associés aux troubles anxieux. Déroulement des modules : ▪ <u>Éducation psychologique</u> sur des thèmes liés à l'anxiété : symptômes, comportements sécuritaires, exposition intéroceptive, pensées négatives automatiques, croyances envers soi, étapes d'exposition graduelle. ▪ <u>Exercices et devoirs</u> : remplir un journal lors d'épisodes d'anxiété, pratiquer une relaxation progressive, suivre la démonstration d'exercices intéroceptifs, faire face aux pensées négatives et aux croyances erronées par une réponse rationnelle et par des croyances positives, élaborer un plan d'exposition, pratiquer des exercices d'exposition. Les participants doivent visionner les vidéos et terminer tous les exercices d'un module avant d'avoir la possibilité de passer au module suivant. Un accompagnement est offert par téléphone à raison d'une fois/semaine pour s'assurer de la conformité à l'autosoin, soutenir l'adhésion des participants, répondre aux questions techniques. Le soutien offert n'est pas d'ordre thérapeutique.
Format / mode d'intervention	Format individuel Autosoin offert en ligne
Intensité et durée	9 modules à raison d'une fois/semaine, pour un total de 5 à 8 heures La durée totale suggérée des exercices d'exposition et des devoirs est de 32 à 35 heures.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A ¹⁷
Référence	L'intervention <i>FearFighter</i> est une traduction danoise d'un programme utilisé dans le cadre de IAPT au Royaume-Uni.

¹⁷ N/A : Non applicable.

Fiche 3.4 Thérapie cognitivo-comportementale et programme de modification des interprétations

Étude	Fortin-Delisle I., Marcotte-Beaumier G., Koerner N., Langlois F., Gosselin P., Dugas MJ. <i>Changing interpretations and cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A randomized trial</i> . Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement. 2020.
Classe / sous-classe d'interventions	Interventions offertes en présence d'approche cognitivo-comportementale 1. TCC et programme de modification des interprétations 2. TCC et activité à l'ordinateur
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée
Description des interventions	Objectifs : Les interventions visent une diminution des biais d'interprétation et des symptômes d'anxiété. Composantes de la TCC : ▪ Éducation psychologique et prise de conscience liées aux inquiétudes ▪ Réévaluation de la pertinence des inquiétudes ▪ Exposition comportementale face à l'incertitude ▪ Entraînement à la résolution de problèmes ▪ Exposition écrite et prévention de la rechute Programme de modification des interprétations : ▪ Le PMI est basé sur le <i>Word-Sentence Association Paradigm (WSAP)</i>, qui utilise la présentation répétée de situations ambiguës, afin d'aider les participants à développer un style d'interprétation moins négatif. ▪ Par une activité à l'ordinateur, les participants doivent résoudre l'information ambiguë par l'acceptation d'une affirmation bénigne (p. ex. positive ou non négative) ou par le rejet d'une interprétation menaçante. ▪ Dans l'étude, chaque séance était composée de 120 essais sélectionnés aléatoirement à partir de 240 paires de mots-phrases. Avant le premier essai, il était expliqué aux participants que le programme informatique pourrait aider à développer de meilleures « habitudes mentales » relativement à l'anxiété, et que la pratique à répétition serait nécessaire pour ce faire. Activité à l'ordinateur ▪ Ce programme utilisait des mots différents de ceux présentés dans le PMI. ▪ Ici, la tâche ne demandait pas aux participants d'utiliser un style d'interprétation, mais faisait appel à la sémantique du mot.
Format / mode d'intervention	Format individuel Interventions offertes en présence
Intensité et durée	14 séances hebdomadaires, pour une durée totale de 14 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Dans l'étude, ce sont des psychologues et des étudiants de niveau doctoral en psychologie clinique qui ont offert les interventions : ▪ Les étudiants avaient achevé au moins leur premier stage clinique.

Étude	Fortin-Delisle I., Marcotte-Beaumier G., Koerner N., Langlois F., Gosselin P., Dugas M.J. <i>Changing interpretations and cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A randomized trial</i> . Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement. 2020.
Références	<u>Protocole de TCC</u> Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). <i>Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice</i> (2^e éd.). New York, É.-U.: Routledge. <u>Programme de modification des interprétations</u> Beard, C., & Amir, N. (2008). <i>A multi-session interpretation modification program: Changes in interpretation and social anxiety symptoms</i>. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 46, 1135–1141.

Fiche 3.5 Brief intervention based on mindfulness, Psychological intervention for the promotion of positive affect et Psychoeducational program for the promotion of a healthy lifestyle

Étude	Gili M, Castro A, Garcia-Palacios A, Garcia-Campayo J, Mayoral-Cleries F, Botella C, <i>et al.</i> 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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoin non guidés d'approche cognitivo-comportementale de 3^e vague ou basés sur l'éducation psychologique : 1. Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience - <i>Brief intervention based on mindfulness</i> - 2. Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive - <i>Psychological intervention for the promotion of positive affect</i> - 3. Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique - <i>Psychoeducational program for the promotion of a healthy lifestyle</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble dépressif
Description des interventions	Objectifs : Les interventions visent une diminution des symptômes de dépression, soit par la promotion de la pleine conscience, soit par la promotion d'émotions positives ou d'une hygiène de vie saine. Pour les trois interventions : ▪ Une séance d'information initiale de groupe vise à expliquer la structure du programme et les principales composantes de l'intervention pour favoriser la motivation des participants. ▪ Chaque module comprend une composante d'éducation psychologique et des questions afin de vérifier la compréhension des participants quant au contenu du module et des exercices pratiques. ▪ Chaque participant reçoit un manuel contenant des informations sur les aspects techniques du programme. ▪ Les modules sont effectués, dans l'étude, de façon séquentielle. ▪ Les participants reçoivent des messages textes automatisés deux fois par semaine pour favoriser l'adhésion aux autosoins et leur rappeler l'importance de faire toutes les activités dans chacun des modules. En cas de non-connexion pendant une semaine, le participant reçoit un courriel automatisé pour l'encourager à poursuivre. ▪ Une rétroaction est offerte en continu via des outils d'évaluation qui présentent les progrès réalisés durant le déroulement de l'autosoin. Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience – <i>Brief intervention based on mindfulness</i> Quatre modules sont proposés : ▪ Connaître la pleine conscience et ses objectifs, les préjugés à ce sujet, le problème de l'inattention et certains des bénéfices et recommandations pour mettre en pratique la pleine conscience. ▪ Établir des pratiques formelles et informelles et démontrer leur importance. ▪ Aider la personne à comprendre l'importance des valeurs pour maintenir une pratique de pleine conscience régulière. ▪ Aider la personne à établir une pratique régulière de la pleine conscience dans la vie quotidienne, qui sera à maintenir, et travailler sur l'autocompassion.

Étude	Gili M, Castro A, Garcia-Palacios A, Garcia-Campayo J, Mayoral-Cleries F, Botella C, <i>et al.</i> 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.
	Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive – <i>Psychological intervention for the promotion of positive affect</i> ▪ Enseigner l'importance d'établir et de maintenir un niveau d'activités adéquat et mettre en évidence les activités qui sont significatives pour la personne. ▪ Fournir de l'information sur les effets des émotions positives, aider la personne à trouver des façons d'augmenter les occasions de vivre des émotions positives, promouvoir la réalisation d'activités plaisantes pour apprendre à apprécier le moment présent. ▪ Aider la personne à se centrer sur les émotions positives liées au passé (comme la gratitude) ou à l'avenir (comme l'optimisme). ▪ Amener la personne à comprendre la vie comme étant un processus continu d'apprentissage et de cheminement personnel; mettre l'accent sur l'entraînement de stratégies pour promouvoir les forces psychologiques, la résilience et l'établissement de buts significatifs liés aux valeurs importantes pour la personne. Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique – <i>Psychoeducational program for the promotion of a healthy lifestyle</i> • Enseigner l'importance d'un mode de vie sain pour que la personne puisse améliorer sa santé émotionnelle et son bien-être général, et soutenir la mise en place d'une routine d'hygiène structurée. • Démontrer l'importance de faire des activités physiques, et fournir de l'information sur les exercices les plus suggérés pour améliorer l'humeur. Aider la personne à trouver des stratégies pour augmenter sa motivation et pour maintenir une activité physique régulière. • Apprendre l'importance d'une bonne alimentation pour avoir une santé mentale et physique saine. • Amener la personne à comprendre la relation entre le sommeil et la santé générale.
Format / mode d'intervention	Séance d'information de groupe en présence Modules en ligne en format individuel
Intensité et durée	Une séance d'information de groupe de 90 minutes en début d'intervention 4 modules en ligne de 40 à 60 minutes Durée totale estimée : entre 4 et 5,5 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Aucune information n'est rapportée sur la formation ou le titre d'emploi de la personne qui offre la séance d'information initiale.
Référence	Adaptation du programme <i>Smiling is Fun</i> . Castro A., García-Palacios A., García-Campayo J., Mayoral F., Botella C., García-Herrera JM., <i>et al.</i> Efficacy of low-intensity psychological intervention applied by ICTs for the treatment of depression in primary care: a controlled trial. BMC Psychiatry, 2015 May 7;15:106

Fiche 3.6 Overcoming Depression: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioural Techniques.

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	1. Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC 2. Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique
Description des interventions	Objectifs : Les interventions visent une diminution des symptômes de dépression et une amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique. Pour les deux interventions : ▪ Les participants reçoivent le livre et une lettre d'instructions dans laquelle il leur est demandé de lire un chapitre par semaine. Ils ont également les coordonnées d'une personne-contact en cas de problème. ▪ Dans chacun des livres, des exercices à faire sont proposés à la fin des chapitres. ▪ Les participants reçoivent aussi un dépliant <i>Feeling worse not better</i>, qui fournit de l'information sur les ressources qu'ils peuvent consulter si leurs symptômes s'aggravent durant l'étude. ▪ Finalement, ils reçoivent des courriels chaque semaine pour leur rappeler quel chapitre lire durant la semaine. Autosoin non guidé basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale Activité de bibliothérapie avec le livre <i>Overcoming Depression: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioural Techniques</i>. Le livre comprend 22 chapitres, divisés en trois sections : ▪ <u>Section 1</u> : Comprendre la dépression et ses causes ▪ <u>Section 2</u> : Apprendre à gérer sa dépression; augmenter son niveau d'activité, résoudre les problèmes d'une façon graduelle; voir les conséquences d'un manque de sommeil ou d'un abus d'alcool, notamment ▪ <u>Section 3</u> : Identifier des problèmes particuliers associés à la dépression, comme le sentiment de culpabilité On aborde également le rôle des pensées et des émotions dans la dépression, l'identification de stratégies pour reconnaître les pensées négatives qui peuvent contribuer aux symptômes de la dépression et y faire face; l'importance de se considérer avec compassion et gratitude. Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Activité de bibliothérapie avec le livre <i>Positive Psychology for Overcoming Depression</i> Le livre comprend 12 chapitres : ▪ Discussion sur la dépression et introduction à la théorie de la psychologie positive ▪ Thèmes de l'importance du moment présent, l'approche de pleine conscience en méditation, l'apprentissage de l'optimisme et de la gratitude, le développement de relations positives avec les autres, la résilience L'intervention vise à cultiver les sentiments, les pensées et les comportements positifs.
Format / mode d'intervention	Format individuel Bibliothérapie

Étude	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.
Intensité et durée	Dans l'étude, la durée de l'intervention est de 8 semaines, mais la durée totale n'est pas rapportée.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A ¹⁸
Référence	Autosoin non guidé basé sur la psychologie positive Akhtar, M. (2012). <i>Positive Psychology for Overcoming Depression: Self-Help Strategies for Happiness, Inner-Strength and Well-Being</i>. London: Watkins Publishing. Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC Gilbert, P. (2009). <i>Overcoming Depression: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioural Techniques (3rd ed.)</i>. London, Robinson.

¹⁸ N/A : Non applicable.

Fiche 3.7 StudiCare SAD

Étude	Kählke F, Berger T, Schulz A, Baumeister H, Berking M, Auerbach RP, <i>et al.</i> Efficacy of an unguided internet-based self-help intervention for social anxiety disorder in university students: A randomized controlled trial. <i>Int J Methods Psychiatr Res</i> 2019;28(2):e1766.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC – <i>StudiCare SAD</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble d'anxiété sociale
Description des interventions	Objectifs : L'intervention vise une diminution des symptômes d'anxiété sociale. Les modules incluent des textes à lire, des exercices et un journal à remplir. Des messages automatisés sont envoyés aux participants durant le déroulement de l'autosoin pour soutenir l'adhésion. Ces messages visent à donner un renforcement positif après avoir terminé un module, ou un rappel automatique si un participant ne se connecte pas pendant plus d'une semaine. Ce rappel automatique contient des messages standardisés de motivation à poursuivre l'intervention. ▪ Les <u>modules 1 à 3</u> visent à favoriser la motivation à participer. Ils abordent l'éducation psychologique ainsi que l'identification et la modification des pensées négatives par le biais d'un journal des pensées. ▪ Le <u>module 4</u> fournit de l'information sur la signification et l'étiologie de la peur des évaluations positives. Il est question d'identifier et d'apprendre comment modifier des pensées liées à la peur d'une évaluation positive, ainsi que de reconnaître les avantages d'une telle évaluation. Des exercices sont proposés afin de développer la compassion de soi, d'expérimenter et d'accepter les émotions positives, éléments qui ont des effets sur la peur des évaluations positives. ▪ Les <u>modules 5 à 7</u> sont axés sur des exercices visant à diminuer l'attention centrée sur soi, comme des exercices d'exposition in vivo. ▪ Le <u>module 8</u> offre des informations sur l'hygiène de vie saine et la résolution de problèmes. ▪ Enfin, le <u>module 9</u> propose des stratégies pour maintenir les habiletés acquises, afin de prévenir une rechute.
Format / mode d'intervention	Format individuel Modules en ligne
Intensité et durée	9 modules, pour une durée totale de 9 heures, en plus du temps de pratique au quotidien
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	L'autosoin est adapté de : Clark, D., & Wells, A. (1995). <i>A cognitive model of social phobia</i> . New York: Guilford Press.

Fiche 3.8 Internet-delivered Cognitive Behavioural Program, Internet-delivered Mindfulness Training Program et Mindfulness-Enhanced iCBT Program

Étude	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. <i>Internet Interv</i> 2020;20:100310.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoins non guidés 1. Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC, de nature transdiagnostique - <i>Internet-delivered Cognitive Behavioural Program</i> - 2. Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience - <i>Internet-delivered Mindfulness Training Program</i> - 3. Autosoin non guidé basé sur la pleine conscience combinée aux principes de la TCC - <i>Mindfulness-Enhanced iCBT Program</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble anxieux
Description des interventions	Objectifs : Les trois autosoins non guidés visent une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. Pour les trois autosoins : ▪ Les modules comprennent des histoires humoristiques, des résumés de contenu, des feuilles de travail de réflexion et du matériel de soutien, incluant les questions les plus fréquentes et les solutions de dépannage pour les difficultés les plus communes. ▪ Les autosoins non guidés sont offerts via un site web. Les participants sont contactés par courriel et/ou par téléphone par un clinicien après les modules 1 et 2 pour encourager leur adhésion. Par la suite, les contacts se font au besoin. <i>Internet-delivered Cognitive Behavioural Program +</i> Les modules sont composés principalement de : ▪ <u>Éducation psychologique</u> sur la dépression, l'anxiété et le cycle de la thérapie cognitivo-comportementale ▪ <u>Établissement d'objectifs</u> à travailler pour la personne, exercices de respiration contrôlée et exercices pour gérer ses symptômes ▪ <u>Activation comportementale</u> : planifier des activités plaisantes et établir un horaire pour les pratiquer ▪ <u>Restructuration cognitive</u> : éducation psychologique sur les pensées automatiques, les distorsions cognitives, l'évitement, les croyances positives et négatives face à l'inquiétude et la rumination; observation de ses pensées ▪ <u>Exposition graduelle</u> : Éducation psychologique sur l'évitement et les comportements sécuritaires, explication de l'exposition graduelle et mise en place d'une échelle d'exposition; stratégies de résolution de problèmes liés à l'exposition ▪ <u>Prévention de la rechute</u> : établissement d'un plan de prévention de la rechute et consolidation des acquis <i>Internet-delivered Mindfulness Training Program</i> Les modules sont composés principalement de : ▪ <u>Éducation psychologique</u> sur la pleine conscience et les habiletés requises pour mieux gérer ses symptômes avec cette approche ▪ <u>Prise de conscience de ses sensations</u> : observer ses sensations et son état d'esprit ; exercices pratiques (p. ex. scan corporel, marche en pleine conscience, respirations et étirements) ▪ <u>Difficultés liées à la pleine conscience</u> : reconnaître les obstacles liés à la pratique de la pleine conscience ; prendre conscience de l'inconfort physique ; apprendre à être en

Étude	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.
	pleine conscience étape par étape ; comprendre l'importance de pratiquer la pleine conscience lors de difficultés ▪ <u>Consolidation des acquis</u> : stratégies pour une pratique régulière de pleine conscience <i>Mindfulness-Enhanced iCBT Program</i> Les modules de cet autosoin sont composés des activités et thèmes des autosoins non guidés basés sur les principes de la TCC et basés sur la pleine conscience.
Format / mode d'intervention	Format individuel Modules en ligne
Intensité et durée	Les trois autosoins comptent chacun 6 modules. La durée totale n'est pas rapportée.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	N/A

Fiche 3.9 Overcoming Perfectionism

Étude	Kothari R, Barker C, Pistrang N, Rozental A, Egan S, Wade T, <i>et al.</i> 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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC – <i>Overcoming Perfectionism</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble obsessionnel-compulsif
Description des interventions	Objectifs : L'intervention vise une diminution des symptômes liés au trouble obsessionnel-compulsif ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi. Chaque module est composé d'éducation psychologique, d'exemples, d'activités interactives de style question/réponse et de feuilles de travail à remplir entre les modules. Dans l'étude, un « guide » est assigné à chacun des participants pour offrir du soutien pendant la durée de l'intervention, soit 12 semaines, sous forme de rétroaction écrite. Les participants reçoivent une rétroaction après avoir terminé chacun des modules et soumis leurs feuilles de travail. Le guide peut également répondre à leurs questions. 8 modules sont proposés et axés principalement sur : ▪ <u>Éducation psychologique</u> : comprendre le perfectionnisme et identifier son style de perfectionnisme ▪ <u>Restructuration cognitive</u> : apprendre à modifier ses styles de pensée et avoir une plus grande flexibilité cognitive ▪ <u>Résolution de problèmes et activation comportementale</u> : apprendre à mieux gérer le perfectionnisme inapproprié par l'élaboration de stratégies, et favoriser la mise en place d'activités plaisantes ▪ <u>Estime de soi</u> : savoir mieux répondre à l'auto-critique et développer la compassion de soi ▪ <u>Prévention de la rechute</u> : maintenir les acquis pour savoir gérer le perfectionnisme inapproprié à long terme
Format / mode d'intervention	Format individuel Modules offerts en ligne
Intensité et durée	8 modules à faire sur 12 semaines. La durée de chacun de ces modules n'est pas rapportée.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Pour cette étude, la guidance est offerte par des étudiants de 1 ^{er} cycle en psychologie, des étudiants de maîtrise ou de doctorat ou des psychologues formés. Ceux-ci reçoivent une supervision régulière par un psychologue clinicien.
Référence	<u>Adapté du <i>Cognitive Behavioural Treatment of Perfectionism</i> :</u> Shafran, R., Egan, S. & Wade, T. (2010). <i>Overcoming Perfectionism: A self-help guide using cognitive behavioural techniques</i>. Robinson Publishing <u>Protocole de l'intervention :</u> Kothari, R., Egan, S., Wade, T., Andersson, G., & Shafran, R. (2016). <i>Overcoming perfectionism: Protocol of a randomized controlled trial of an internet-based guided self-help cognitive behavioral therapy intervention</i>. JMIR Research Protocols, 5(4).

Fiche 3.10 Blended CBT et Seren@ctif CBT

Étude	Leterme AC, Behal H, Demarty AL, Barasino O, Rougeguez L, Labreuche J, <i>et al.</i> A blended cognitive behavioral intervention for patients with adjustment disorder with anxiety: A randomized controlled trial. Internet Interv 2020;21:100329.
Classe /sous-classe d'interventions	Interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale 1. Autosoin guidé – <i>Blended CBT</i> - 2. Intervention offerte en présence – <i>Seren@ctif CBT</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété
Description des interventions	Objectifs : Les interventions visent une diminution des symptômes d'anxiété. Pour les deux interventions, les modules ou thèmes des séances sont composés d'éducation psychologique, d'exercices pratiques et de devoirs : ▪ <u>Éducation psychologique</u> sur le stress et l'anxiété, sur les symptômes, sur les buts et attentes face à l'intervention : ○ Exercice d'autoévaluation de l'anxiété ▪ <u>Relaxation</u> : techniques de relaxation musculaire progressive, respiration et visualisation, et leur pertinence par rapport aux situations stressantes. ▪ <u>Restructuration cognitive</u> : travail sur les pensées automatiques basé sur des situations concrètes de la vie quotidienne, rationalisation du contenu des pensées et identification des ruminations négatives et répétitives : ○ Exercices d'identification des pensées automatiques inappropriées et de recherche de pensées plus apaisantes ▪ <u>Pleine conscience</u> : attention portée à la respiration et aux sensations corporelles pour surmonter les situations stressantes ; acceptation des pensées environnantes ▪ <u>Exposition et attitudes positives</u> : principes de la résolution de problèmes; exposition; gestion du temps; planification d'activités plaisantes; développement de l'empathie et d'une plus grande assurance : ○ Exercices de pleine conscience pour se concentrer sur le moment présent Autosoin guidé - <i>Blended CBT</i> La guidance est offerte en présence par une infirmière, avant et à la fin du module, pendant une durée totale de 10 minutes.
Format / mode d'intervention	Format individuel L'autosoin guidé et l'intervention offerte en présence sont réalisés en établissement de santé et de services sociaux
Intensité et durée	1. 5 modules d'une heure, et 10 minutes de guidance par heure, pour une durée totale de 6 heures 2. 5 séances de 45 à 60 minutes, pour une durée totale de près de 4 à 5 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Dans l'étude, les professionnels qui offrent de la guidance ou l'intervention sont : 1. Infirmières 2. Psychologues cliniciens ayant un minimum d'un an en pratique TCC et gestion du stress par des techniques cognitives et comportementales
Référence	Pas d'information supplémentaire

Fiche 3.11 Pacifica

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC combinés à de la pleine conscience – <i>Pacifica</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes d'anxiété et de dépression dans la zone clinique
Description des interventions	Objectifs : L'autosoin vise une meilleure gestion des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress ainsi qu'une amélioration des compétences personnelles L'application mobile <i>Pacifica</i> comprend un menu de 10 options. Au début, la personne choisit 3 objectifs à travailler. Une fois par jour, l'application invite la personne à spécifier son niveau d'humeur; en fonction de ce niveau, l'application recommande des activités pour améliorer l'humeur. Activités proposées dans l'application : ▪ <u>Humeur</u> : possibilité de noter sur une échelle son niveau d'humeur (bon à mauvais) et d'y rattacher une émotion spécifique ou une information ▪ <u>Santé</u> : adopter des comportements sains liés, par exemple, au sommeil, à la consommation de caféine et à l'exercice ▪ <u>Méditation/relaxation</u> : 40 activités audios pour promouvoir la pleine conscience et la relaxation : respiration, relaxation musculaire et activités de pleine conscience ▪ <u>Pensées</u> : 9 activités pour aider à examiner ses pensées, identifier ses distorsions cognitives, reconnaître la relation entre les pensées et les émotions ▪ <u>Buts</u> : permet de dresser une liste de défis à réaliser pour atteindre ses buts à long terme. Une liste d'exemples est offerte, mais la personne peut aussi noter ses propres buts ▪ <u>Chemin guidé (<i>guided paths</i>)</u> : contenu psychoéducatif pour apprendre à utiliser les outils de l'application et maintenir la motivation et l'intérêt. Les leçons fournissent aussi de l'information sur la TCC et la pleine conscience. Chaque contenu audio est présenté comme une session didactique ou une session simulée entre un thérapeute et un client. ▪ <u>Espoir</u> : basé sur des principes visant à faire face à la détresse. Le « tableau de l'espoir » est le référentiel personnel de la personne. Il contient des citations et des images inspirantes. Il est permis de sauvegarder les exercices terminés portant sur les défis, pour soutenir le sentiment d'accomplissement. ▪ <u>Communauté</u> : communauté de soutien par les pairs qui est anonyme et qui permet à la personne de partager des pensées, des défis, des questions, et de recevoir du soutien des autres. Règles et fonctionnement donnés lors du premier accès à l'application ▪ <u>Progrès</u> : permet à la personne de revoir ses niveaux d'humeur et ses activités réalisées ▪ <u>Ressources d'urgence</u> : liste des numéros d'appel et des ressources en situation d'urgence
Format / mode d'intervention	Format individuel Application mobile
Intensité et durée	Pour l'étude, la durée de l'intervention a été de 4 semaines. Aucune directive n'a été transmise quant au temps d'utilisation requis.

Étude	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.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	N/A

Fiche 3.12 Self-guided IntelliCare Platform et Coached IntelliCare Platform

Étude	Mohr DC, Schueller SM, Tomasino KN, Kaiser SM, Alam N, Karr C, <i>et al.</i> 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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoins basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale 1. Autosoin non guidé – <i>Self-guided IntelliCare Platform</i> - 2. Autosoin guidé – <i>Coached IntelliCare Platform</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans la zone clinique
Description des interventions	Objectifs : Les autosoins visent une diminution des symptômes d'anxiété ou de dépression. Au moment de l'étude, la plateforme <i>IntelliCare</i> comptait 13 applications, dont 12 applications cliniques. Les applications incluent des rappels automatisés pour encourager l'engagement des participants. Diverses techniques cognitives et comportementales sont proposées à travers les applications, dont : ▪ Établissement d'objectifs; ▪ Activation comportementale; ▪ Soutien social; ▪ Détermination des valeurs personnelles; ▪ Restructuration cognitive; ▪ Régulation des émotions; ▪ Affirmation de soi positive; ▪ Stratégies d'adaptation; ▪ Exercice pour l'humeur; ▪ Hygiène du sommeil; ▪ Relaxation; ▪ Éducation psychologique. Autosoin non guidé – <i>Self-guided IntelliCare Platform</i> - Les participants ont un premier contact téléphonique pour vérifier que l'installation de l'<i>Hub app</i> est bien faite, et pour s'assurer que chaque participant comprend bien comment utiliser la plateforme <i>IntelliCare</i>. Pas d'autres contact par la suite avec l'accompagnateur. Autosoin guidé – <i>Coached IntelliCare Platform</i> - L'accompagnement offert est tiré du manuel de <i>IntelliCare</i> basé sur un modèle d'efficacité et un modèle de responsabilisation. L'accompagnement vise à encourager la personne à essayer les différentes applications, à répondre aux questions sur comment utiliser les outils des applications, à encourager la pratique des habiletés dans la vie quotidienne, à donner le raisonnement derrière chacune des habiletés présentées. L'accompagnateur débute par un contact avec la personne pour lui expliquer le programme, l'aider à comprendre les objectifs de la gestion de l'anxiété et de l'humeur, et pour définir les attentes mutuelles de l'accompagnateur et de la personne. Par la suite, des textos sont

Étude	Mohr DC, Schueller SM, Tomasino KN, Kaiser SM, Alam N, Karr C, <i>et al.</i> 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.
	envoyés à raison de 2 à 3 fois/semaine pour fournir du soutien, encourager l'adhésion et vérifier les défis et les progrès de la personne.
Format / mode d'intervention	Format individuel Application mobile
Intensité et durée	Pour l'étude, les interventions sont d'une durée de 8 semaines, mais il n'y a pas de durée établie pour l'utilisation des applications. La plupart des applications sont de courte durée.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	La guidance est offerte par des accompagnateurs qui possèdent minimalement un niveau de baccalauréat en psychologie ou dans un domaine connexe. Ces derniers ont été formés et évalués par un des auteurs du manuel d'accompagnement.
Référence	<u><i>IntelliCare Study Coaching Manual</i></u> : Noth KN., Bardsley LR., Lattie EG., Mohr DC. DigitalHub - Northwestern University. 2018. <i>IntelliCare Study Coaching Manual</i>

Fiche 3.13 GET.ON Mood Enhancer

Étude	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. <i>J Affect Disord</i> 2019;246:695-705.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoins non guidés 1. Autosoin guidé basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale – <i>GET.ON Mood Enhancer</i> - 2. Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble dépressif
Description des interventions	Objectifs : Les autosoins visent une diminution des symptômes de dépression. GET.ON Mood Enhancer Les modules peuvent être choisis par la personne selon ses besoins ou ses préférences. Des modules supplémentaires peuvent être offerts sur les problèmes de sommeil, les techniques de relaxation et la gestion des pensées liées à l'inquiétude. Les modules sont composés de textes, d'exercices, d'éléments interactifs (clips audios ou vidéos). Les modules proposés sont axés sur l'éducation psychologique, l'activation comportementale et la résolution de problèmes : ▪ <u>Éducation psychologique</u> : information sur les symptômes, les causes et les types de dépression ainsi que sur le rôle que joue la motivation; introduction à un journal quotidien de l'humeur ▪ <u>Activation comportementale</u> : reconnaître la relation entre l'activité et la dépression; établissement d'un horaire quotidien d'activités et apprentissage de stratégies pour gérer les difficultés rencontrées; réflexion sur les nouvelles habiletés acquises et sur les comportements et activités qui peuvent influencer l'humeur ▪ <u>Techniques de résolution de problèmes</u> : distinction entre des problèmes qui peuvent être résolus et des problèmes qui ne peuvent pas l'être; introduction aux six étapes de la résolution de problèmes ; mise en pratique et stratégies pour gérer les difficultés rencontrées; réflexion sur l'atteinte des objectifs et des moyens pour les atteindre ▪ <u>Prévention de la rechute</u> : réflexion sur l'atteinte des objectifs et des moyens pour les atteindre dans le futur ; évaluation des résultats selon les étapes de la résolution de problèmes ; élaboration d'un plan individuel de prévention de la rechute ; information sur les services de santé Durant la durée de l'intervention, la guidance offerte se déroule sous forme de rétroaction écrite à la suite de chacun des modules. Autosoin non guidé basé sur l'éducation psychologique Intervention basée sur la version pour le patient du <i>German S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression</i> ▪ Éducation psychologique sur la nature des traitements pour la dépression qui sont basés sur les données probantes, incluant des informations sur les symptômes, les stratégies pour surmonter la dépression et les ressources d'aide disponibles ▪ Aucun devoir n'est exigé et aucune guidance n'est offerte.
	Format individuel

Étude	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.
Format / mode d'intervention	Modules en ligne
Intensité et durée	1. L'autosoin guidé compte 6 à 9 modules, pour une durée totale de 3 à 4,5 heures. 2. Aucune information n'est rapportée sur l'intensité et la durée de l'autosoin non guidé d'éducation psychologique.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	1. Dans l'étude, la guidance est offerte par des psychothérapeutes en formation qui sont supervisés par des cliniciens expérimentés.
Référence	<u>Autosoin guidé – GET.ON Mood Enhancer :</u> Ebert, D.D., Lehr, D., Baumeister, H., Boß, L., Riper, H., Cuijpers, P., Reins, J., Buntrock, C., Berking, M., 2014a. <i>GET.ON Mood Enhancer: Efficacy of Internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomised controlled trial</i>. Trials 15, 39.

Fiche 3.14 SilverCloud Health Space from Depression and Anxiety

Étude	Richards D, Enrique A, Eilert N, Franklin M, Palacios J, Duffy D, <i>et al.</i> A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. NPJ Digit Med 2020;3:85.
Classe /sous-classe d'interventions	Autosoin guidé basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale – <i>SilverCloud Health Space from Depression and Anxiety</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble anxieux ou un trouble dépressif
Description des interventions	Objectifs : L'autosoin guidé vise une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. Possibilité de faire un programme mixte avec des contenus spécifiques pour la dépression et un module supplémentaire sur l'anxiété. Chacun des modules comprend des quizz, des vidéos, du contenu informatif, des histoires personnelles, des activités interactives et des suggestions de devoirs. Dans l'étude, la guidance est offerte sous forme de rétroaction sur les modules terminés et les outils utilisés. Elle vise également à favoriser un engagement significatif dans le programme. Les modules du programme pour la dépression sont composés principalement : ▪ Auto-observation ▪ Activation comportementale ▪ Restructuration cognitive ▪ Entraînement à la relaxation ▪ Contrôle progressif des stimuli ▪ Désensibilisation par autocontrôle Les modules du programme pour l'anxiété sont composés principalement : ▪ Éducation psychologique ▪ Auto-observation ▪ Restructuration cognitive ▪ Entraînement à la relaxation ▪ Gestion de ses pensées, émotions et comportements pour soulager ses symptômes ▪ Personnalisation des modules (peuvent également être offerts en fonction des différents troubles anxieux)
Format / mode d'intervention	Format individuel Module en ligne
Intensité et durée	7 à 8 modules en plus de la rétroaction offerte, pour une durée totale variant entre 8 et 10 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Dans l'étude, la guidance est offerte par des diplômés en psychologie spécialement formés à la prestation de services de faible intensité et en interventions de TCC. Ceux-ci reçoivent de la supervision par des gestionnaires de cas.
Référence	Autosoin tiré du programme IAPT (<i>Improving Access to Psychological Therapies</i>)

Fiche 3.15 Return to Work et CBT

Étude	Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B, <i>et al.</i> 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.
Classe / sous-classe d'interventions	Interventions d'approche cognitivo-comportementale 1. Intervention de retour au travail 2. TCC 3. Intervention de retour au travail combinée à la TCC
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble de l'adaptation
Description des interventions	Objectifs : Les trois interventions visent une diminution des symptômes du trouble de l'adaptation et favoriser un retour au travail pour des adultes qui sont en congé de maladie. Intervention de retour au travail Les principes de la TCC sont axés spécifiquement sur la situation de travail (barrières, solutions, absence maladie). Quatre modules sont proposés : ▪ <u>Conceptualisation</u> : examiner les causes de l'absence maladie, les barrières perçues au retour au travail, les buts liés au travail ▪ <u>Éducation psychologique</u> : information transmise sur les avantages et les inconvénients d'un congé de maladie potentiel et sur les consignes médicales pour la prescription d'un tel congé ▪ <u>Planification</u> : formulation d'un plan de retour au travail par le professionnel et la personne, en accord avec l'employeur et le médecin de famille ▪ <u>Évaluation (monitoring)</u> : faire un suivi des étapes réalisées et soutenir la personne dans la gestion de ses difficultés À travers les modules, des techniques de la TCC sont proposées lorsqu'elles sont jugées appropriées (p. ex. activation comportementale, résolution de problèmes, récupération pour diminuer le stress). Une exposition graduelle au milieu de travail et un contact précoce avec celui-ci sont des composantes qui facilitent le retour au travail. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) L'intervention est basée sur la prémisse voulant que les symptômes soient maintenus en raison d'un déficit de récupération, qui peut être causé notamment par une rumination excessive, par des difficultés à relaxer ou des sentiments de culpabilité ou de honte à l'idée de prendre du temps pour relaxer. Les composantes principales de l'intervention qui sont proposées : ▪ Éducation psychologique sur le stress ▪ Pratique de la relaxation ▪ Apprentissage de la récupération planifiée (<i>scheduled recuperation</i>) ▪ Activation comportementale ▪ Exposition Intervention de retour au travail combinée à la TCC L'intervention débute avec les trois premiers modules de l'intervention de retour au travail (conceptualisation, psychoéducation, planification). S'ensuit l'intervention de TCC accompagnée d'une courte évaluation sur les progrès associés au retour au travail, à la fin de chacune des séances.

Étude	Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B, <i>et al.</i> 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. <i>Scand J Psychol</i> 2020;61(2):281-9.
Format / mode d'intervention	Format individuel Interventions offertes en présence
Intensité et durée	1. Intervention de retour au travail : 10 séances 2. TCC : entre 8 et 20 séances 3. Intervention de retour au travail combinée à la TCC : entre 10 et 25 séances Aucune information sur la durée des interventions n'est fournie.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Psychologues accrédités avec 1 à 8 ans d'expérience en TCC : ▪ Ont reçu 2-3 jours de formation sur les protocoles utilisés dans le cadre de l'étude et une supervision hebdomadaire offerte par un professionnel spécialisé en TCC et en intervention de retour au travail
Référence	Protocole d'intervention de TCC élaboré par le groupe de recherche et testé en pratique clinique Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsater, E., Ejeby, K., Ljotsson, B., Ost, L. G. <i>et al.</i> (2018). <i>Stepped care in primary care - guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: A randomized controlled trial.</i> <i>Psychological Medicine</i>, 48, 1644–1654. Lindsater, E., Axelsson, E., Salomonsson, S., Santoft, F., Ejeby, K., Ljotsson, B. <i>et al.</i> (2018). <i>Internet-based cognitive behavioral therapy for chronic stress: A randomized controlled trial.</i> <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>, 87, 296–305. Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsater, E., Ejeby, K., Ljotsson, B., Ost, L. G. <i>et al.</i> (2017). <i>Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled trial.</i> <i>Occupational and Environmental Medicine</i>, 74, 905–912.

Fiche 3.16 Thrive

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC – <i>Thrive</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes de dépression dans la zone clinique
Description des interventions	Objectifs : L'autosoin vise une diminution des symptômes de dépression. Le contenu de l'intervention est en grande partie diffusé par vidéo, avec un minimum de textes, et sous forme de modules interactifs structurés. Pour chacun des modules, des algorithmes personnalisent le contenu, les exercices et les recommandations pour les participants en fonction de leurs progrès. Les modules proposés sont divisés en trois thèmes : ▪ <u>Communication assertive</u> (entraînement aux habiletés sociales) : ○ Faire la distinction entre une communication assertive et non assertive ○ Propositions sur la façon d'exprimer ses émotions positives et négatives ○ Accepter les compliments ○ Apprendre à défendre ses droits ▪ <u>Pensée constructive</u> (restructuration cognitive) : ○ Propositions sur la façon de remplacer les biais négatifs et les pensées dysfonctionnelles par des pensées constructives et soutenantes ▪ <u>Activités plaisantes</u> (activation comportementale) : ○ Propositions sur la façon d'observer ses activités quotidiennes, d'augmenter les activités plaisantes ou qui donnent un sentiment d'accomplissement ○ Trouver un équilibre entre les tâches et responsabilités et les activités plaisantes
Format / mode d'intervention	Format individuel Module en ligne
Intensité et durée	Un module d'introduction pour proposer des choix de modules et 10 modules pour chacun des trois thèmes, pour un total de 31 modules La durée totale n'est pas rapportée.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	<u>Étude sur l'acceptabilité de l'intervention <i>Thrive</i> :</u> Schure MB., Howard M., Bailey SJ., Bryan B., Greist J. <i>Exploring Perceptions of a Computerized Cognitive Behavior Therapy Program in a U.S. Rural Western State</i>. Rural Ment Health, 2018 Jul;42(3-4):174-183.

Fiche 3.17 Brief cognitive behavioral group intervention

Étude	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. <i>Anxiety Stress Coping</i> 2020;33(3):266-80.
Classe /sous-classe d'interventions	Intervention basée sur les principes de la TCC – <i>Brief cognitive behavioral group intervention</i> -
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes d'anxiété
Description des interventions	Objectif : L'intervention vise une diminution des symptômes d'anxiété (dépersonnalisation) en situation de performance, notamment lors d'examens scolaires. Les composantes de l'intervention sont : ▪ Éducation psychologique sur l'anxiété liée aux tests (en raison du lien étroit entre l'anxiété et la dépersonnalisation dans des situations de performance) ▪ Éducation psychologique sur les symptômes de dépersonnalisation en situation anxiogène • Discussion sur les fonctions des comportements d'évitement • Exercices d'exposition intéroceptive : ○ Ces exercices visent à exposer la personne aux sensations physiques associées aux symptômes de dépersonnalisation expérimentés en situation de performance. Trois méthodes peuvent être utilisées, seules ou en combinaison, par les sujets pour provoquer intentionnellement les symptômes : l'hyperventilation, l'exposition en se regardant (regard fixe) avec un miroir à main et la fixation du regard sur une spirale. ▪ Exercice de concentration sur la tâche : ○ Les sujets doivent lire de brefs articles de journaux en se concentrant le plus intensément possible sur le contenu. Cette tâche est ensuite effectuée en simulant une situation d'examen en combinaison avec les exercices d'exposition intéroceptive.
Format / mode d'intervention	Format de groupe En présence
Intensité et durée	Intervention d'une journée 4,5 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Un thérapeute comportemental en formation et un étudiant diplômé en psychologie, qui reçoivent une supervision par un professionnel ayant une licence comme thérapeute comportemental avec une expérience dans le traitement de groupe en un temps condensé.
Référence	N/A

Fiche 3.18 Behavior Therapy, Cognitive Therapy et Cognitivo-Behavior Therapy

Étude	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. <i>Behav Ther</i> 2019;50(1):165-76.
Classe / sous-classe d'interventions	Interventions d'approche cognitivo-comportementale offertes en présence : 1. Intervention basée sur l'exposition et la prévention de la réponse - <i>Behavior Therapy</i> 2. Intervention basée sur la restructuration cognitive - <i>Cognitive Therapy</i> 3. Intervention combinant l'exposition et la prévention de la réponse avec la restructuration cognitive – <i>Cognitivo-Behavior Therapy</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble obsessionnel-compulsif
Description des interventions	Objectifs : Les 3 interventions visent une diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs. Pour les trois interventions : • Des activités d'éducation psychologique et des explications sur les interventions sont offertes. • Les participants sont amenés à cibler et noter leurs obsessions, leurs rituels et leur inconfort durant l'intervention. • Entre les séances, des devoirs sont à faire. • Un entraînement à la prévention de la rechute a lieu lors de la dernière séance. Intervention basée sur l'exposition et la prévention de la réponse ▪ Exposition délibérée et prolongée, avec une gradation de situations redoutées, afin de favoriser une habitude de l'anxiété et des émotions négatives. ▪ Exercices gradués ou intensifs pour prévenir les rituels et les comportements d'évitement. Des éléments de restructuration cognitive peuvent être inclus lors des exercices d'exposition, mais non pas les techniques offertes dans l'intervention basée sur la restructuration cognitive. Intervention basée sur la restructuration cognitive ▪ Centration sur les pensées et croyances inadaptées et sur le développement d'une nouvelle perspective, par l'utilisation de certaines des techniques, selon les besoins de la personne : ○ Questionnement socratique ○ Examen de la preuve ○ Auto-observation des pensées et modification de celles qui sont inappropriées en pensées plus justes ○ Adoption d'une perspective nouvelle ○ Utilisation du diagramme circulaire des responsabilités ○ Utilisation d'analogies et de métaphores ○ Analyse de la probabilité d'un préjudice Des éléments de l'intervention basée sur l'exposition peuvent être inclus, mais pas d'exposition prolongée ou de prévention de la réponse.

Étude	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.
	Intervention combinant l'exposition et la prévention de la réponse avec la restructuration cognitive ▪ L'intervention comprend la restructuration cognitive, comme présentée ci-haut, avec l'utilisation de certaines des techniques pertinentes, en plus de l'exposition prolongée et de la prévention de la réponse comme définit ci-haut.
Format / mode d'intervention	Format individuel Interventions offertes en présence
Intensité et durée	Aucune information disponible
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Professionnel ayant reçu une formation approfondie sur les interventions et recevant une supervision hebdomadaire durant l'étude. Aucune information supplémentaire sur les types de professionnels offrant les interventions et leurs qualifications.
Référence	McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). <i>Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder</i> . Psychiatry Research, 225(3), 236-246 <u>Intervention de restructuration cognitive</u> Tirée de Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). <i>Cognitive therapy of depression</i> . New York: Guilford Press.

Fiche 3.19 Brief Online Self Compassion et Cognitive Restructuring Intervention

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Autosoins non guidés 1. Autosoin basé sur la psychologie positive - <i>Brief Online Self Compassion</i> 2. Autosoin basé sur la restructuration cognitive - <i>Cognitive Restructuring Intervention</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble d'anxiété sociale
Description des interventions	Objectif : Les autosoins visent une diminution des symptômes d'anxiété sociale. Pour les deux interventions : ▪ La raison d'être de chacune des interventions est expliquée aux participants, selon le groupe d'intervention. ▪ Il est mentionné aux participants que l'exercice quotidien à réaliser ne prend que de 5 à 15 minutes. ▪ Aucune consigne n'est donnée sur la pratique des habiletés dans la vie de tous les jours. ▪ Les participants reçoivent un courriel avec un lien vers les exercices se rapportant à l'intervention chaque matin et un message texte de rappel chaque après-midi. Les consignes données sont les mêmes tous les jours de la durée de l'intervention. Autosoin basé sur la psychologie positive – <i>Brief Online Self-Compassion</i> Les composantes de l'activité d'écriture sont principalement les suivantes. ▪ La personne est invitée à réfléchir à une situation sociale récente qui a suscité de l'anxiété. ▪ Elle doit rédiger une lettre dans laquelle elle exprime de la compassion et de la compréhension envers elle-même, tout en reconnaissant ses besoins et émotions ainsi qu'en validant sa détresse. ▪ L'écriture de lettres de compassion vise à aider la personne à recentrer ses pensées et ses sentiments pour prendre soin d'elle, afin de réduire ceux qui sont plus négatifs. Par le fait même, cet exercice vise à permettre à la personne de développer des sentiments de bien-être, de contentement et de sécurité. ▪ Durant l'exercice, la personne peut penser à ce qu'elle dirait à un ami dans la même situation ou visualiser ce qu'elle aurait envie de se dire à elle-même. ▪ Le même exercice est à reprendre chaque jour durant les 2 semaines suivantes. Autosoin basé sur la restructuration cognitive – <i>Cognitive Restructuring Intervention</i> L'objectif de l'exercice est d'amener la personne à développer une solution de remplacement équilibrée à la pensée automatique négative. Une pensée équilibrée prend en compte les faits, les informations objectives et les autres points de vue générés par le processus cognitif. Les composantes de l'activité de restructuration cognitive prennent les formes suivantes. ▪ À partir d'une situation récente, la personne est invitée à réfléchir à une pensée automatique négative qu'elle a eue. ▪ À l'aide d'une grille, elle évalue sa pensée et cherche des solutions plus saines : ○ Décrire la situation d'anxiété sociale récente ○ Inscrire les pensées négatives qui sont survenues durant cette situation

Étude	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.
	○ Identifier la pensée négative qui cause le plus de détresse ○ Inscrire des éléments rationnels de cette pensée ○ Inscrire des éléments irrationnels de cette pensée ○ Identifier dans quel style de pensée elle s'insère (penser en noir et blanc; personnalisation, catastrophique; disqualifier l'information positive, etc.) ○ Trouver une pensée plus saine et équilibrée pour la remplacer. ▪ La personne remplit son journal de pensées tous les jours pendant les 2 semaines suivantes.
Format / mode d'intervention	Format individuel Modules en ligne à partir du lien envoyé
Intensité et durée	14 modules pour chacun des autosoins, dont la durée totale varie de 1 à 3,5 heures.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	<u>Autosoin basé sur la psychologie positive</u> ▪ Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). <i>The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression</i>. The Journal of Positive Psychology, 5, 377-389. <u>Autosoin basé sur la restructuration cognitive</u> ▪ Adapté de : Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2015). <i>Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think</i> (2nd ed.). New York, NY: Guilford Publications.

Fiche 3.20 Good Days Ahead program Computer-assisted models of CBT (CCBT)

Étude	Thase ME, McCrone P, Barrett MS, Eells TD, Wisniewski SR, Balasubramani GK, <i>et al.</i> Improving cost-effectiveness and access to cognitive behavior therapy for depression: Providing remote-ready, computer-assisted psychotherapy in times of crisis and beyond. <i>Psychother Psychosom</i> 2020;89(5):307-13.
Classe / sous-classe d'interventions	Interventions d'approche cognitivo-comportementale : 1. Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC – <i>Good Days Ahead program - Computer-assisted models of CBT (CCBT)</i> 2. TCC offerte en présence
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant un trouble dépressif
Description des interventions	Objectifs : Les interventions visent une diminution des symptômes de dépression. Autosoin guidé basé sur les principes de la TCC ▪ L'intervention est composée de modules en ligne combinés à des séances avec un professionnel. ▪ Elle inclut notamment des activités d'éducation psychologique, d'activation comportementale, de reconnaissance et modification des pensées et des croyances et de prévention de la rechute. ▪ La plateforme est organisée en 3 sections (apprentissage, pratique et progrès), qui visent à améliorer la compréhension de la personne et à soutenir l'application des concepts. ▪ Les activités se font via des vidéos, des exercices interactifs (horaire d'activité, cartes d'adaptation, enregistrements des changements de pensées), de la rétroaction offerte aux participants, des échelles d'humeur à remplir et des quizz à faire pour évaluer la compréhension et renforcer les apprentissages. TCC ▪ L'intervention est réalisée en concordance avec la méthode de Beck. Aucune information supplémentaire n'est fournie.
Format / mode d'intervention	Format individuel
Intensité et durée	1. Module en ligne 2. En présence 1. 9 modules et 12 séances avec le professionnel, pour une durée totale variant entre 10 et 14,5 heures 2. 20 séances, d'une durée totale de 16,5 heures
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	Pour l'étude, ce sont des psychologues expérimentés en TCC qui ont offert soit la guidance ou l'intervention en présence.
Référence	▪ Thase ME., Wright JH., Eells TD., Barrett MS., Wisniewski SR., Balasubramani GK., <i>et al.</i> <i>Improving the efficiency of psychotherapy for depression: computer-assisted versus standard CBT.</i> <i>Am J Psychiatry.</i> 2018 Mar; 175(3): 242–50. ▪ Beck J. <i>Cognitive therapy: basics and beyond.</i> vol 2. New York: Guilford; 2011. - Wright JH., Brown GK., Thase ME., Basco MR. <i>Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide.</i> 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing, Inc.; 2017.

Fiche 3.21 OCD Course

Étude	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.
Classe /sous-classe d'interventions	Autosoin non guidé basé sur les principes de la TCC <i>Self-guided Internet-delivered Cognitive Behavior Therapy (ICBT) - OCD Course</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Adultes présentant des symptômes de trouble obsessionnel-compulsif
Description des interventions	Objectifs : L'autosoin vise une diminution des symptômes de trouble obsessionnel-compulsif. ▪ Les informations sur les modules sont données via des diapositives en ligne. Les devoirs ne sont pas vérifiés par le personnel de l'étude. ▪ Les participants ne reçoivent pas de soutien clinique, mais peuvent poser des questions techniques auxquelles une réponse sera donnée par courriel. ▪ Les modules doivent être réalisés de façon séquentielle, les participants devant avoir terminé un module avant de pouvoir passer au suivant. Les thèmes abordés dans les modules proposés sont principalement : ▪ Éducation psychologique sur le trouble obsessionnel-compulsif et ses symptômes, sur l'approche de la TCC : ○ Introduction au concept de « pensées et comportements inappropriés » – <u>Devoirs</u> : Identification des symptômes dominants, des pensées plus communes, des symptômes physiques et comportements inappropriés. ▪ Éducation psychologique sur les styles de pensées inappropriées et comment y faire face : ○ Mauvaise interprétation et contrôle des obsessions ○ Surestimer le risque et la responsabilité ○ Viser la certitude et la perfection – <u>Devoirs</u> : Identification des styles de pensées inappropriées et comment y réagir à l'aide d'exemples fournis. ▪ Éducation psychologique sur la surexcitation et le manque de stimulation physique ; introduction à la respiration contrôlée, pour réfréner la surexcitation et établir un horaire d'activités pour contrer le manque de stimulation : – <u>Devoirs</u> : Identification de ses symptômes de surexcitation ou de manque de stimulation ; pratique de la respiration contrôlée et planification d'un horaire ▪ Éducation psychologique sur la nature inappropriée des compulsions et de l'évitement, sur l'exposition et la prévention de la réponse ainsi que sur l'accoutumance : – <u>Devoirs</u> : Identification de ses compulsions et comportements d'évitement ; création d'une échelle de gradation de l'exposition et de la prévention de la réponse ; pratique d'exposition ▪ Éducation psychologique sur la rechute et la prévention de la rechute par l'élaboration d'un plan de prévention de la rechute
Format / mode d'intervention	Format individuel Modules en ligne
Intensité et durée	5 modules, sur 8 semaines

Étude	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.
	Les participants ont une semaine pour faire les modules 1 et 3, et ils ont 2 semaines pour réaliser les modules 2, 4 et 5.
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	N/A
Référence	Interventions utilisées dans des essais cliniques antérieurs : ▪ Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2013). <i>Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial</i>. Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders, 2(4), 375-384. ▪ Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2014). <i>Self-guided internet administered treatment for obsessive-compulsive disorder: Results from two open trials</i>. Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders, 3(2), 102-108. ▪ Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2015). <i>Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (iCBT) for obsessive-compulsive disorder: 12 months follow-up</i>. Internet Interventions, 2(3), 243-247.

Fiche 3.22 Group Cognitive-behavioral Therapy with Exposure

Étude	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.
Classe / sous-classe d'interventions	Intervention basée sur l'exposition et la prévention de la réponse – <i>Group Cognitive-behavioral Therapy with Exposure</i>
Clientèle ciblée par l'étude	Étudiants universitaires présentant un trouble anxieux
Description des interventions	Objectif : L'intervention vise une diminution des symptômes d'anxiété sociale. Les principales composantes de l'intervention sont : ▪ Éducation psychologique sur l'anxiété sociale et sur l'intervention. ▪ Élaboration d'une hiérarchie des peurs : ○ Dresser une liste des peurs et leur donner une cote allant de 1 (provoque très peu d'anxiété) à 10 (provoque un maximum d'anxiété). ○ Élaborer une échelle de gradation de l'exposition. ▪ Lors des 2 premières séances, l'exposition initiale inclut le contact visuel et la conversation un à un sur des sujets non controversés. ▪ Une augmentation de la difficulté survient lors de séances ultérieures sur des sujets qui peuvent provoquer de l'anxiété (p. ex. conversation téléphonique, exposition à l'université en distribuant des dépliants aux pairs). ▪ Chacun des participants peut refuser le défi, mais est encouragé par les membres du groupe à faire face à ses peurs. ▪ Chacun pratique l'exposition à une situation jusqu'à ce qu'il dise être à l'aise avec celle-ci. ▪ Des devoirs basés sur l'exposition sont à faire et sont revus avec le professionnel.
Format / mode d'intervention	Format de groupe En présence
Intensité et durée	6 séances, d'une durée de 2 heures chacune, et ce, une fois par semaine
Formation des intervenants / professionnels dans l'étude	L'auteur principal de l'étude agit à titre de professionnel. Il a reçu une formation supervisée de 2 ans en CBT ERP dans une clinique externe intensive spécialisée dans l'exposition basée sur la CBT
Référence	Pas d'information supplémentaire

*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

