

Effacité des programmes résidentiels et externes pour le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel des vétérans

Rapport d'ETMIS-SS

Ionela Gheorghiu, M.Sc.
Hinatea Lai, M.Sc.
Maggy Wassef, M.Sc.
Adrian Mares, M.A., M.S.I.
Sébastien Barbat-Artigas, Ph.D.
Sylvie Beauchamp, Ph.D.
Walter Marcantoni, Ph.D.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux

Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

7 juillet 2023

Un outil d'aide à la décision de l'UETMIS-SS

 Les liens qui nous unissent

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

© CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales ou personnelles est permise, à condition d'en citer la source.

Afin de citer ce document :

Gheorghiu, Ionela ; Lai, Hinatea ; Wassef, Maggy ; Mares, Adrian ; Barbat-Artigas, Sébastien ; Beauchamp, Sylvie ; Marcantoni, Walter (2023). Efficacité des programmes résidentiels et externes pour le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel des vétérans. Rapport d'ETMIS-SS. 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).

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN: 978-2-550-95180-3

www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca

AUTEURS

Ionela Gheorghiu, M.Sc.

Agente de planification, de programmation et de recherche

Hinatea Lai, M.Sc.

Agente de planification, de programmation et de recherche

Maggy Wassef, M.Sc.

Agente de planification, de programmation et de recherche

Adrian Mares, M.A., M.S.I.

Agent de planification, de programmation et de recherche

Sébastien Barbat-Artigas, Ph.D.

Agent de planification, de programmation et de recherche

Sylvie Beauchamp, Ph.D.

Chef de l'UETMIS-SS

Walter Marcantoni, Ph.D.

Chef de l'UETMIS-SS

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DE FIGURES	4
LISTE DE TABLEAUX.....	4
ABRÉVIATIONS	5
GLOSSAIRE.....	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 Le traumatisme lié au stress opérationnel et le trouble de stress post-traumatique	7
1.2 Cliniques résidentielles vs cliniques externes	8
1.3 Contexte de la demande	10
2 OBJECTIFS.....	11
3 MÉTHODE.....	12
3.1.1 Recherche documentaire	12
3.1.2 Sélection des études.....	12
3.1.3 Extraction des données	13
3.1.4 Évaluation de la qualité	13
3.1.5 Analyse des données	14
4 RÉSULTATS	16
4.1 Résultats de la recherche documentaire.....	16
4.2 Caractéristiques des études	16
4.3 Interventions offertes.....	17
4.4 Durée de séjour	18
4.5 Évaluation de la qualité	18
4.6 Synthèse des résultats – méta-analyse	19
5 DISCUSSION.....	24
RÉFÉRENCES.....	32
ANNEXE 1	37
ANNEXE 2	42
ANNEXE 3	43
ANNEXE 4	45
ANNEXE 5	47
ANNEXE 6	49

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Analyse en sous-groupes des scores de TSPT chez les patients recevant un traitement en milieu résidentiel par rapport à un milieu intensif externe..... 20

Figure 2. Analyse de sensibilité des scores de TSPT (en utilisant uniquement la grille PCL) chez les patients recevant un traitement en milieu résidentiel par rapport à un milieu intensif externe 22

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1. Éléments PICOTS découlant de la question décisionnelle 11

ABRÉVIATIONS

ACC	Anciens Combattants Canada
BSO	Blessures de stress opérationnel
CBT	<i>Cognitive behavioral therapy</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
CPT	<i>Cognitive processing therapy</i>
CTRISO	Clinique résidentielle dédiée aux traitements en résidence des anciens combattants pour des traumatismes liés au stress opérationnel
DBT	<i>Dialectical behavioral therapy</i>
EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
ETMI	Évaluation des technologies et modes d'intervention
FC	Forces canadiennes
GRC	Gendarmerie royale du Canada
ODIM	Ouest de l'Île-de-Montréal
PCL	<i>Post-traumatic stress disorder (PTSD) checklist</i>
PE	<i>Prolonged exposure</i>
PICOTS	P – Population; I – Intervention; C – Comparateur ; O – Résultat (<i>Outcome</i>) ; T – Temps ; S – Installation (<i>Setting</i>)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TSO	Traumatisme lié au stress opérationnel
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UETMIS-SS	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux

GLOSSAIRE

Ces définitions sont inspirées de celles des termes du *HTA Glossary*(1)

Étude de série de cas	Étude d'observation sans groupe témoin portant sur une intervention, ou l'exposition à un facteur donné, et son résultat chez une série de sujets.
Étude de cohorte	Étude d'observation dans laquelle les paramètres d'un groupe de sujets exposés à un facteur donné sont comparés à ceux d'un groupe semblable de sujets qui ne sont pas exposés à ce facteur.
Étude quasi-expérimentale	Étude d'intervention dans laquelle un groupe témoin, dont les caractéristiques sont aussi proches que possible du groupe expérimental avant que l'intervention ne débute, est utilisé comme groupe de comparaison. Néanmoins, les sujets ne sont pas attribués aux groupes de façon aléatoire.
Méta-analyse	Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats de différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière.
Revue systématique	Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions. On peut ou non utiliser des méthodes statistiques (méta-analyse) pour analyser et synthétiser les résultats des études incluses.
Signification statistique	Dans un test d'hypothèse, conclusion tirée lorsqu'on rejette l'hypothèse nulle, c'est-à-dire quand la valeur de p est inférieure au niveau alpha prédéterminé.

1 INTRODUCTION

1.1 Le traumatisme lié au stress opérationnel et le trouble de stress post-traumatique

Les membres de l'armée sont susceptibles de vivre des événements traumatiques lors de l'exercice de leur métier, tels que des combats intenses, des situations d'urgence, ou des incidents traumatisants pouvant entraîner des réactions de stress. Les réactions de stress chez les membres de l'armée, dans le cadre des opérations militaires, sont connues sous le nom de blessures de stress opérationnel (BSO)(2). Le terme de troubles de stress opérationnel (TSO) est également utilisé. Cependant, le choix de terminologie est important pour réduire la stigmatisation associée à cette condition. Le Major Alexandra Heber, M.D., FRCPC,¹ encourage l'utilisation du terme « blessure de stress opérationnel » pour mettre l'accent sur la blessure plutôt que sur la maladie, offrant ainsi un terme plus neutre et moins stigmatisant que TSO(3).

Anciens Combattants Canada (ACC) définit une BSO comme tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice des fonctions au sein des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada(4). Ce terme englobe une vaste gamme de problèmes, notamment des problèmes médicaux diagnostiqués comme les troubles anxieux, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique, ainsi que d'autres problèmes moins sévères qui entravent néanmoins le fonctionnement quotidien. Les BSO peuvent survenir suite à divers événements stressants, y compris une expérience traumatisante, l'exposition répétée à des atrocités ou l'exposition prolongée à des opérations militaires intenses(3).

Comme mentionné précédemment, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est l'un des troubles fréquemment observés parmi les BSO. Le TSPT se caractérise par divers symptômes, incluant la reviviscence de l'expérience traumatique, des cauchemars relatifs à des événements traumatisants passés, l'évitement, l'humeur négative, l'hyperexcitation, des problèmes de sommeil, tous pouvant entraîner un dysfonctionnement social et interpersonnel considérable(5).

¹ Directrice des services cliniques, Services de santé mentale, psychiatre et chef de programme, Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels, Centre des Services de santé des Forces canadiennes (Ottawa), Canada.

Il est important de noter que le terme BSO est un terme non médical qui décrit un groupe de troubles, tandis que le TSPT est un trouble de santé mentale pouvant être diagnostiqué.

Au Canada, la prévalence vie-entière du TSPT (la proportion de personnes affectées au cours de leur vie) est estimée à 9,2%(6). Dans un échantillon transversal pondéré de 8441 militaires actifs et réservistes des Forces armées canadiennes, Brunet et coll. (2015) ont constaté une prévalence vie-entière du TSPT de 6,6 %(7). Cependant, selon les auteurs, cette prévalence doit être interprétée avec prudence. En effet, les personnes présentant des symptômes de TSPT ou recevant un diagnostic quittent, ou sont invitées à quitter, les forces armées canadiennes en raison du principe d'universalité du service, et ne font donc plus partie de l'échantillon étudié(7). Compte tenu de la nature et du contexte de l'étude, la prévalence-vie du TSPT rapportée par les auteurs est probablement sous-évaluée. Selon l'enquête sur la santé mentale des Forces armées canadiennes, incluant 8200 membres et dont les résultats ont été publiés en 2014(8), 11,1 % des membres de Forces réguliers ont répondu aux critères du TSPT à un moment donné de leur vie, tandis que 5,3 % répondaient aux critères de diagnostic au moment de l'enquête ou au cours de l'année précédente.

1.2 Cliniques résidentielles vs cliniques externes

Au Canada, tout comme aux États-Unis, la stratégie d'ACC en santé mentale repose sur un continuum de services et sur le renforcement des capacités, du leadership et des partenariats(3). Dans ce contexte, les soins et services offerts dans le cadre du traitement du TSPT se présentent sous différentes formes, allant des soins en cliniques résidentielles aux soins en cliniques externes et hospitaliers.

Les programmes de traitement en cliniques résidentielles nécessitent que le patient réside à l'unité de soins pour une durée de 6 à 12 semaines. Ainsi isolé de toute distraction extérieure, le patient peut se consacrer pleinement à son traitement. Ces programmes comprennent principalement une thérapie cognitive à raison de deux fois par semaine. D'autres interventions thérapeutiques, telles que la psychoéducation, la gestion de la colère, la gestion des médicaments et les interventions axées sur le bien-être, y sont également proposées(9). En

offrant un environnement très structuré, les cliniques résidentielles permettent aux vétérans de traiter les comorbidités associées au TSPT et d'améliorer leurs compétences d'adaptation.

À l'autre extrémité du spectre, les programmes de traitement en cliniques externes et hospitaliers offrent généralement des séances de psychothérapie, à raison d'une fois par semaine, pendant environ 12 semaines(10). Les patients se rendent à la clinique uniquement pour les traitements. Cependant, ce type de programme, en apparence moins contraignant, est accompagné de problématiques pour les vétérans et les militaires en service actif, telles que la difficulté de planifier des rendez-vous en raison du manque de services dans leur région ou de la difficulté de s'absenter du travail, la stigmatisation perçue liée à la demande ou la réception des services, l'écart entre les services souhaités et les services offerts, ainsi que les contraintes d'ordre financier(10-12). Malheureusement, ces difficultés conduisent à un taux élevé d'abandon du traitement, estimé entre 27 %-50 %, dans les études sur les traitements en cliniques externes standard(13).

De telles différences dans l'organisation des soins rendent la comparaison entre ces programmes difficile et peu pertinente. Cependant, il existe une alternative intermédiaire sous la forme de programmes intensifs en cliniques externes (en anglais : *Intensive Outpatient Programs*), dont l'organisation et l'offre de soins sont plus proches de ce qui est proposé dans le cadre des programmes résidentiels. Ces programmes(12) :

- Offrent un niveau de soins plus élevé grâce à un traitement plus intensif et plus rapide ;
- Mettent en place un soutien psychosocial pour les participants ;
- Traitent les rechutes et améliorent les habiletés d'adaptation.

Les programmes intensifs sont des programmes condensés qui comprennent des séances de traitements quotidiennes. Ils reposent sur des thérapies individuelles et de groupe, sur une période de deux ou trois semaines(14). Les patients résident souvent sur le site de traitement ou à proximité, ce qui favorise leur engagement et réduit considérablement les possibilités d'évitement et de contournement du traitement(9). À titre d'exemple, le taux moyen d'abandon dans ces cliniques externes intensives est de 5,5 %(15), ce qui est nettement inférieur à celui des

programmes réguliers en cliniques externes, et proche des valeurs observées dans le cadre des programmes résidentiels(16).

Bien que la durée des traitements soit plus courte, les similarités observées entre les programmes intensifs en cliniques externes et les programmes en cliniques résidentielles rendent la comparaison possible et pertinente.

1.3 Contexte de la demande

L'Hôpital Sainte-Anne dispose d'une clinique de consultations externes pour le traitement des TSO, ainsi que d'une clinique résidentielle dédiée aux traitements en résidence des anciens combattants pour des traumatismes liés au stress opérationnel (CTRISO). La clinique résidentielle fait partie du réseau national pour les blessures et le stress post-traumatique du ministère d'ACC. Elle dispose de dix lits et offre un service 24/7, pouvant aller jusqu'à trois mois. Composée d'une équipe multidisciplinaire, elle :

Fournit des services et des soins de troisième ligne aux anciens combattants aux membres des Forces canadiennes (FC) et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) atteints d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) complexe présentant une comorbidité avec d'autres TSO [...] et pour qui le traitement en consultation externe s'est révélé insuffisant ou inefficace(3).

Cependant, en 2020, la clinique résidentielle de l'Hôpital Saint-Anne a temporairement fermé. Dans le cadre de la réévaluation et de l'optimisation de l'offre de services de cette clinique, et sur recommandation d'ACC, l'UETMIS-SS a été chargée de réaliser une revue de littérature sur les modèles de dispensation des soins pour le TSPT chez les vétérans, leur implantation et leur efficacité. Une rencontre avec les demandeurs a permis de spécifier la question d'intérêt et, dans un contexte de questionnement quant au maintien de la clinique résidentielle, de se concentrer sur la valeur ajoutée du traitement du TSO offert dans les cliniques résidentielles par rapport aux cliniques externes.

2 OBJECTIFS

Les objectifs de cette revue systématique de la littérature, accompagnée d'une méta-analyse, sont les suivants :

- 1) Évaluer l'efficacité des programmes proposés en cliniques résidentielles
- 2) Comparer cette efficacité à celle des programmes intensifs offerts en cliniques externes

Les éléments PICOTS² liés à la question décisionnelle et présentés dans le Tableau 1, ont guidé la formulation de la question d'évaluation suivante :

Est-ce qu'un programme intensif proposé en clinique externe est aussi efficace qu'un programme dispensé en clinique résidentielle pour les vétérans et les militaires actifs souffrant de TSPT ?

Tableau 1. Éléments PICOTS découlant de la question décisionnelle

P	Adultes : vétérans et militaires actifs souffrant du TSPT résultant d'activités opérationnelles
I	Programmes résidentiels traitant le TSPT
C	Programmes externes intensifs traitant le TSPT ou sans comparateur
O	Efficacité des programmes
T	Tel que relevé de la littérature
S	Cliniques résidentielles et cliniques externes

² PICOTS : P – Population ; I – Intervention ; C – Comparateur ; O – Résultat (*Outcome*) ; T – Temps ; S – Installation (*Setting*)

3 MÉTHODE

Afin de répondre à la question d'évaluation, une revue de la littérature a été effectuée suivant un plan de réalisation préétabli.

3.1.1 Recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée en consultant les bases de données suivantes : Medline (via Ovid), PsycINFO (via Ovid), Embase (via Ovid), *Cochrane Library*, CINAHL (via Ebsco), *Campbell Systematic Reviews (Campbell Collaboration)* et la base de données de l'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*. Les références en français et en anglais ont été incluses, couvrant une période jusqu'à septembre 2022 (littérature sur les programmes résidentiels) et novembre 2022 (littérature sur les programmes intensifs en clinique externe). Les stratégies de recherche, composées de vocabulaire libre et contrôlé, ont été spécifiquement élaborées pour chaque base de données, en tenant compte de leurs particularités. Cette investigation a été conduite par un professionnel de l'information (AM), après une exploration préliminaire de la littérature scientifique et grise, axée sur les éléments du PICOTS. Pour plus d'informations sur la stratégie de recherche, veuillez consulter l'annexe 1.

La littérature grise et non publiée a également été explorée à travers d'autres sources, comme le site web du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* ou le *U.S. Department of Veteran Affairs*. La liste complète des sources consultées est disponible dans l'annexe 2.

3.1.2 Sélection des études

Dans un premier temps, les articles ont été sélectionnés sur la base des titres et des résumés. Ensuite, après une lecture complète des articles jugés pertinents, ceux qui répondaient aux critères d'inclusion présentés dans la section ci-dessous ont été retenus pour l'analyse. Ces deux étapes ont été effectuées indépendamment par une combinaison de trois professionnels scientifiques (IG, HL et MW) et validées par le biais d'une entente inter-juges. Le diagramme PRISMA(17) a été utilisé pour illustrer les étapes du processus (annexe 2).

3.1.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Toutes les études scientifiques publiées en français ou en anglais respectant les critères du PICOTS ont été sélectionnées. Les études incluses dans la méta-analyse devaient présenter des données relatives aux mesures des symptômes du TSPT avant et après le traitement résidentiel ou externe intensif.

3.1.3 Extraction des données

L'extraction de données a été effectuée à l'aide d'une grille préétablie conçue à cet effet. Les éléments retenus portaient sur les caractéristiques de l'étude (auteur, année de publication, pays, devis de l'étude, etc.) et les éléments du PICOTS (description de la population de l'étude, détails sur l'intervention comparatrice, instruments de mesure utilisés, résultats des études, limites, etc.). L'extraction des données a été effectuée de manière indépendante par une combinaison de trois professionnels (IG, HL et MW) et validée par le biais d'une entente inter-juges.

3.1.4 Évaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité des études a été réalisée de manière indépendante par deux professionnels scientifiques (IG et SBA) et validée par le biais d'une entente inter-juges. Les outils utilisés pour l'évaluation de la qualité des études incluses dans ce projet sont ceux développés par le *Johanna Briggs Institute* (JBI)(18). La grille pour les séries de cas est une liste de contrôle approuvée pour l'évaluation de la qualité de ce type d'études. Elle est composée de 10 questions. Certaines questions font référence au risque de biais, tandis que d'autres vérifient la qualité du rapport et des analyses statistiques utilisées(18). La grille pour les études quasi-expérimentales est également une liste de contrôle, constituée de neuf questions qui vérifient à la fois le risque de biais de sélection, et la validité des mesures et des analyses statistiques utilisées(18). Les 11 questions de la grille JBI pour les études de cohorte identifient principalement les facteurs confondants et les biais qui peuvent affaiblir la qualité de ce type d'études(18). À noter que les

trois listes de contrôle utilisent un système de cotation basé sur la présence ou l'absence de l'item (oui ; non ; pas clair ; sans objet).

3.1.5 Analyse des données

Une analyse descriptive des caractéristiques des études et des résultats en termes d'efficacité a été effectuée, ainsi qu'une méta-analyse. Les résultats sont présentés sous forme de synthèse narrative et de graphiques. La description des études a inclus les caractéristiques : 1) des études ; 2) des patients ; et 3) de l'intervention et de ses comparateurs en termes de fréquences, type d'activités et durée de séjour. La méta-analyse a été réalisée avec le logiciel R Version 4.1.2(19). Les données extraites des différentes études ont été analysées avec le modèle à effets aléatoires. Les modèles à effets aléatoires sont généralement considérés comme plus précis que les modèles à effets fixes, qui donnent généralement des intervalles de confiance trop étroits(20).

Les mesures des résultats autodéclarés, par opposition aux mesures évaluées par les cliniciens, étaient la principale source de données dans la méta-analyse, étant donné que la grande majorité des études incluses les utilisaient uniquement pour évaluer l'efficacité du traitement du TSPT (*PTSD checklist – PCL*)(21, 22). Les résultats ont été analysés en fonction du type de milieu (résidentiel ou intensif externe) et du type de grille utilisée.

Les changements dans les scores du TSPT ont été analysés par différence de moyenne standardisée (*standardized mean difference – SMD*) en utilisant le *g* de Hedge (c.-à-d. une variante du *d* de Cohen qui corrige les biais dus à la petite taille des échantillons). Les statistiques *Q* et I^2 ont été utilisées pour évaluer l'hétérogénéité. La statistique *Q* indique si l'hétérogénéité est présente ou absente dans la méta-analyse, et l'indice I^2 quantifie le degré d'hétérogénéité. Étant donné que la statistique *Q* a une faible puissance, le niveau alpha a été défini à 0,1 plutôt qu'à 0,05, augmentant ainsi les chances de détecter l'hétérogénéité(23). L'hétérogénéité a été jugée faible, modérée ou élevée à des valeurs I^2 de 25 %, 50 % et 75 % respectivement(23). Finalement, pour répondre aux préoccupations concernant un éventuel biais de publication, nous avons utilisé des diagrammes en entonnoir(24), *Rosenthal's fail-safe N* (c.-à-d. le nombre

d'études manquantes qui devraient être ajoutées pour rendre l'effet du traitement combiné statistiquement non significatif)(25), et l'interception de régression d'Egger (qui évalue le degré d'asymétrie du diagramme de l'entonnoir)(26).

4 RÉSULTATS

4.1 Résultats de la recherche documentaire

La recherche documentaire a permis d'identifier 1473 documents. Le processus de sélection d'études est illustré par le diagramme de flux PRISMA (annexe 2). Après l'élimination des doublons (n=374), l'examen des titres et des résumés (n=1099) a permis d'identifier 87 documents pour une lecture intégrale. Parmi ces 87 documents, 54 ont été exclus. Ainsi, 32 études (provenant de 41 publications) ont été retenues pour l'analyse : 25 traitant de l'efficacité de programmes en cliniques résidentielles et 7 de l'efficacité de programmes intensifs en cliniques externes.

4.2 Caractéristiques des études

Sur les 25 études portant sur les programmes en cliniques résidentielles, 22 proviennent des États-Unis, une du Royaume-Uni, une d'Australie et une d'Israël. Ces études ont été publiées entre 1992 et 2022. Majoritairement, les études adoptent un devis de type séries de cas (22/25), le reste correspondant à des études de type quasi-expérimental (2/25), et à une étude de cohorte. Quant aux sept études sur les programmes intensifs en cliniques externes, toutes proviennent des États-Unis, publiées entre 2011 et 2022, et sont de type séries de cas.

L'ensemble des études concernant les programmes résidentiels regroupe un total de 7186 sujets (min : 14, max : 805). Dix de ces études se basent sur des échantillons exclusivement masculins(27-36), tandis que 15 autres portent sur des échantillons mixtes, où le pourcentage de femmes peut atteindre 36,6 %(21, 37-50). Au total, les études sur les programmes intensifs externes totalisent 1644 sujets et se fondent toutes sur des échantillons mixtes(12-14, 51-54).

L'âge des participants dans les études sur les programmes résidentiels se situe entre 31,2 et 53,6 ans, alors que celui des participants aux études sur les programmes intensifs en cliniques externes est compris entre 30,8 et 41,2 ans.

Dans l'ensemble des documents analysés, le diagnostic principal des sujets inclus est le TSPT. Quatre comorbidités sont souvent mentionnées dans ces études (en %, pour les programmes en

cliniques résidentielles et intensifs en cliniques externes, respectivement), la dépression (50 % et 57 %), l'anxiété (23 % et 43 %), ainsi que l'abus de substances (27 % et 43 %) et d'alcool (23 % et 14 %). Plus de détails sur les comorbidités sont disponibles en annexe 3.

4.3 Interventions offertes

Comme mentionné dans la littérature, les cliniques résidentielles et les programmes intensifs en clinique externe offrent plusieurs interventions, incluant différents types de psychothérapies ainsi que des traitements complémentaires.

Les interventions offertes par les cliniques résidentielles (de la plus à la moins citée) sont les suivantes : le *cognitive processing therapy* (CPT) et ses dérivés CPT *cognitive* (CPT-C) et *CPT with written account* (CPT+A)(27, 28, 31, 32, 34, 37, 38, 41, 43, 45, 47-49) et les interventions de type *cognitive behavioral therapy* (CBT)(21, 29, 30, 38-40, 43, 46). Ces interventions sont offertes majoritairement en groupe. *Prolonged exposure* (PE)(21, 28, 34) et *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR)(28, 34, 38, 42) sont également des traitements offerts, aussi bien individuellement qu'en groupe, et sont d'une durée de 60 à 90 minutes. La fréquence à laquelle ces interventions sont offertes varie selon les études, allant de 2 sessions de groupe à 1 ou 2 sessions individuelles par semaine pour le CPT. Peu de détails sont disponibles concernant les autres interventions.

En plus des psychothérapies, la majorité des programmes en cliniques résidentielles(21, 27, 28, 30-34, 36-42, 44-49) incluent également des traitements complémentaires dans leur prise en charge du TSPT. La psychoéducation (10/25)(21, 27, 31-33, 36, 46-49), la gestion de la colère (9/25)(27, 31-33, 38, 40, 44, 45, 49), et les compétences en communication (9/25)(27, 32, 39, 41, 42, 44-46, 49) sont les plus couramment citées, suivies de la spiritualité (7 sur 25)(27, 28, 31, 37, 41, 42, 49). La prévention des rechutes(30, 32, 42, 49), la gestion des médicaments(32, 33, 38, 44, 45), la récréothérapie(28, 40, 46, 49) et la thérapie par l'art(27, 28, 37, 39) sont également proposées en tant que traitements complémentaires (annexe 4). Ces interventions sont généralement dispensées en groupe, bien que la littérature ne fournisse aucun détail sur leur fréquence ou durée.

Les interventions offertes dans le cadre des programmes intensifs en cliniques externes, classées de la plus à la moins citée dans les études retenues, incluent : les interventions de type PE(12, 13, 51), de type CPT(14, 51, 54), CBT et DBT(51, 52). Les détails sur l'administration et la durée de l'intervention sont uniquement disponibles pour les interventions de type PE et CPT. Ces dernières sont offertes chaque jour, en groupe, pendant une durée de 120 minutes, ou individuellement, pendant une durée de 90 minutes(13) ou de 50 minutes(54).

Les programmes intensifs externes offrent également des traitements complémentaires, comme le yoga et la pleine conscience(51, 53, 54). La gestion des médicaments(52, 53), la thérapie par l'art(51, 52) et la gestion de la colère(12, 53) sont également proposées (annexe 5). Toutes ces interventions sont dispensées en groupe.

4.4 Durée de séjour

La durée de séjour dans les programmes résidentiels varie entre 3 et 17 semaines. Les programmes intensifs en cliniques externes sont, quant à eux, offerts sur une période de 2(13, 51, 53) ou 3 semaines(12, 52, 54).

4.5 Évaluation de la qualité

Concernant les séries de cas, les scores moyens (sur 10) obtenus pour les études en programmes résidentiels et en programmes intensifs en cliniques externes étaient respectivement de 6,6 et 6,3. L'analyse des résultats par question révèle, pour la majorité des études, un problème au niveau des questions 4 et 5, relatives au processus de sélection des patients, suggérant un biais de sélection. De plus, les faibles scores à la question 9 concernant le détail des informations sur les cliniques/sites d'étude démontrent une faible validité externe. En ce qui concerne les deux études quasi-expérimentales, la qualité a été jugée bonne (7/9) dans Solomon et al.(50), mais médiocre (3/9) dans Walter et al.(41). L'étude de cohorte de Belsher et al.(44) a été jugée de qualité moyenne (6/11) (annexe 3).

4.6 Synthèse des résultats – méta-analyse

Scores de TSPT : programmes résidentiels vs. programmes intensifs en cliniques externes

Vingt et une études menées dans des cliniques résidentielles (21, 27-38, 40, 43-49) et sept dans des programmes intensifs en cliniques externes (12-14, 51-54) ont fourni des données permettant d'analyser l'effet du milieu de traitement sur les scores du TSPT. Dans l'ensemble, une diminution significative des scores de TSPT a été observée à la fin du traitement, dans les deux milieux (résidentiels et intensifs externes), par rapport à l'admission : DMS = 0,93 [95 % CI = 0,70, 1,16, $t = 8,06$, $p < 0.0001$]. L'hétérogénéité entre les études était significative : [$Q = 1149,89$, $p < 0.0001$, $I^2 = 96,5\%$] (figure 1).

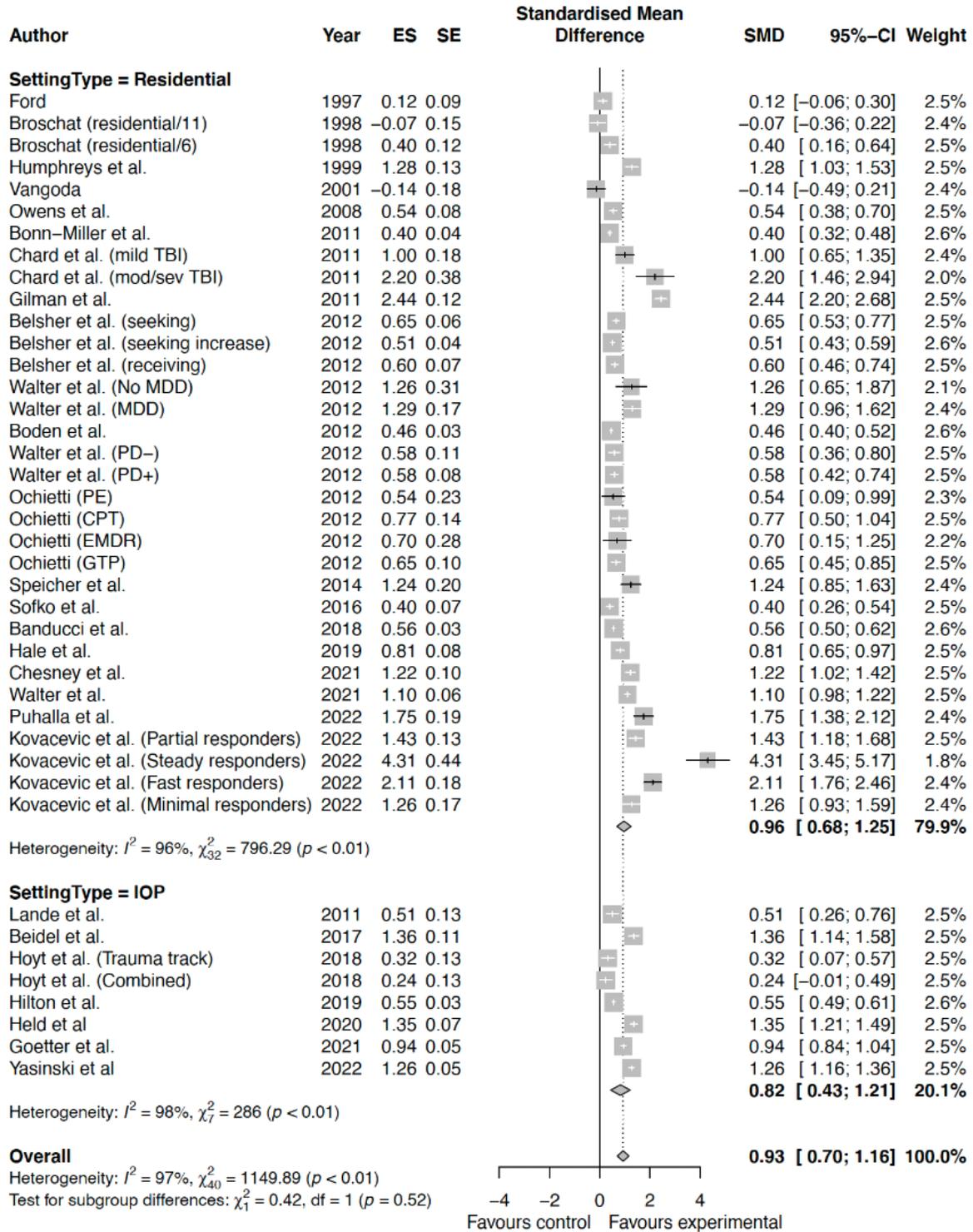


Figure 1. Analyse en sous-groupes des scores de TSPT chez les patients recevant un traitement en milieu résidentiel par rapport à un milieu intensif externe³

Une analyse de sous-groupe, comparant l'évolution du score de TSPT après un traitement en clinique résidentielle à celui d'un traitement intensif en clinique externe, n'a révélé aucune différence significative entre les deux milieux [$Q = 0.42$, $df = 1$, $p = 0.52$]. Les changements dans les scores PCL des patients suivant un traitement en milieu résidentiel [DMS = 0.96, 95% IC = 0.68, 1.25] ne différaient pas significativement de ceux suivant un traitement en intensif externe [DMS = 0.82, 95% IC = 0.43, 1.21]. L'hétérogénéité entre les sous-groupes demeure élevée pour les deux milieux [$Q = 796.29$, $p < 0.01$, $I^2 = 96\%$] et intensif externe [$Q = 286.00$, $p < 0.01$, $I^2 = 97.6\%$] (figure 1).

La plupart des études portant sur les programmes résidentiels ont utilisé la grille d'auto-évaluation PCL du DSM-IV (PCL-4) ou DSM-5 (PCL-5) pour mesurer la sévérité des symptômes du TSPT, à l'exception des travaux de Broschat(35), Ford(36), Humphreys(29) et Vangoda(33). Étant donné que la mesure du changement des symptômes du TSPT pourrait être influencée par le type d'outil d'évaluation utilisé(55), une analyse de sensibilité, limitée aux études utilisant la grille PCL, a été effectuée afin de déterminer si l'exclusion des études utilisant d'autres outils de mesure influencerait les résultats. L'analyse de sensibilité a produit des résultats pratiquement identiques. Dans l'ensemble, les scores PCL ont montré une diminution significative après la sortie des milieux résidentiels ou intensifs externes, par rapport à l'admission [DMS = 1.01, 95% CI=0.77, 1.26, $t = 8.43$, $p < 0.0001$]. De plus, les changements dans les scores PCL des patients suivant un traitement en milieu résidentiel [DMS = 1,08, IC à 95 % = 0,77, 1,38] ne différaient pas significativement [$Q = 1,32$, $df = 1$, $p = 0,25$] de ceux recevant un traitement en intensif externe [DMS = 0,82, IC à 95 % = 0,43, 1,21]. L'hétérogénéité demeure élevée pour les deux sous-groupes (plus de 95 %) (voir figure 2).

L'analyse des scores PCL au début du traitement n'a pas montré de différence significative entre les patients traités dans les cliniques résidentielles (PCL = 63,2) et ceux traités dans les programmes intensifs externes (PCL = 59.4), $t(27) = 1.90$, $p > 0.05$.

³ ES, effet du traitement ; SE, erreur type de l'effet du traitement ; DMS, différence moyenne standardisée.

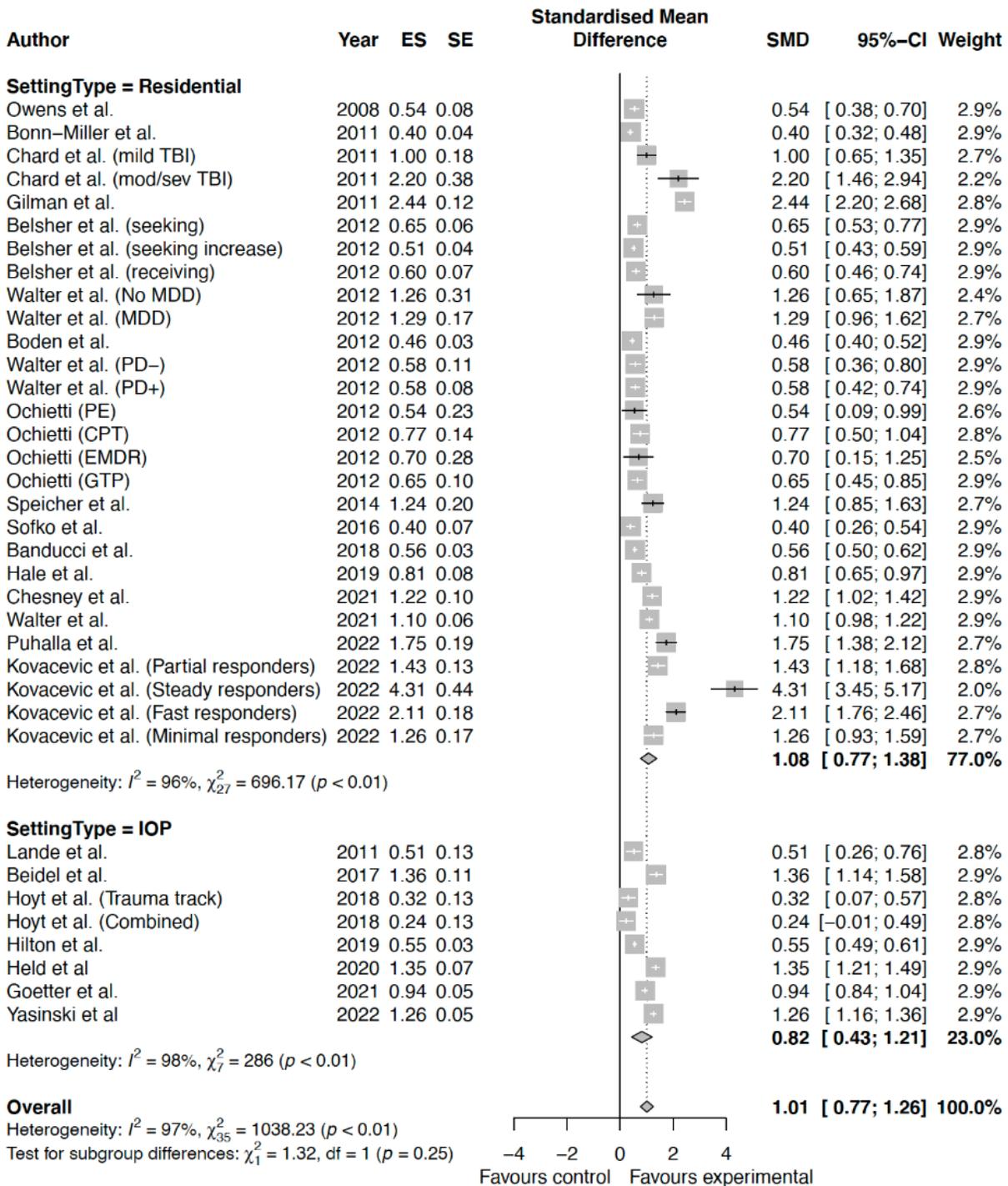


Figure 2. Analyse de sensibilité des scores de TSPT (en utilisant uniquement la grille PCL) chez les patients recevant un traitement en milieu résidentiel par rapport à un milieu intensif externe⁴

⁴ ES, effet du traitement; SE, erreur type de l'effet du traitement; DMS, différence moyenne standardisée

Biais de publication

Le graphique en entonnoir montre une distribution légèrement asymétrique, indiquant un risque marginal de biais de publication. Cela a été confirmé par la procédure « *trim and fill* », qui a estimé cinq études manquantes, et qui a donné une DMS ajustée de 0,63 [IC à 95 % = 0,60, 0,65]. Le biais de publication a également été vérifié à l'aide de l'interception de régression d'Egger, qui s'est révélée statistiquement significative [3,95 ($t = 2,86$, $p = 0,007$)]. *Rosenthal's fail-safe N*, était 50746.

5 DISCUSSION

La présente revue de la littérature, accompagnée d'une méta-analyse, avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des programmes offerts en clinique résidentielle par rapport aux programmes intensifs en clinique externe pour les vétérans et militaires actifs atteints de TSPT. Les résultats suggèrent une efficacité similaire pour ces deux types de programmes dans la réduction des symptômes du TSPT. Malgré des différences en matière de durée et de fréquence de traitement, ils semblent tous deux produire des résultats positifs.

L'analyse descriptive des études retenues a enrichi les résultats de la méta-analyse et a permis de constater une différence en ce qui concerne les interventions psychologiques, leurs durées et leurs fréquences, ainsi qu'en ce qui touche les traitements complémentaires offerts dans les deux milieux.

La thérapie du processus cognitif et la thérapie cognitive du comportement semblent privilégiées dans les programmes résidentiels. Ces programmes proposent généralement d'autres traitements complémentaires, notamment la psychoéducation, la gestion de la colère et le développement des compétences en communication. Les programmes intensifs en clinique externe, en revanche, mettent davantage l'accent sur la thérapie du processus cognitif et la thérapie d'exposition prolongée comme psychothérapies, ainsi que sur le yoga et la pleine conscience comme traitements complémentaires. D'autres traitements complémentaires sont également offerts dans les deux types de milieux, incluant la gestion des médicaments, la prévention des rechutes, la spiritualité ou la thérapie par l'art. Ces traitements complémentaires, adaptés aux préférences des patients et à leur plan de traitement, visent à fournir une approche holistique et individualisée, préparant ainsi les patients à maintenir leurs compétences après leur départ(10, 54).

La durée de séjour requise pour compléter un traitement pour le TSPT dans un programme résidentiel est au moins deux fois plus longue que dans un programme intensif en clinique externe. Malgré cette différence, notre méta-analyse n'a révélé aucune différence significative

pour ce qui est des symptômes du TSPT après un traitement en clinique résidentielle par rapport à un traitement intensif en clinique externe. La fréquence des séances de psychothérapies semble influencer l'efficacité des interventions et la réponse au traitement, en contribuant à la diminution du taux d'abandon et de décrochage des patients(15). Cependant, les séances de psychothérapies offertes sur une base quotidienne en clinique externe, couplées avec des traitements complémentaires, ont montré des effets similaires sur les symptômes du TSPT à la fin du traitement par rapport à ceux obtenus avec le traitement résidentiel. Selon les études, d'autres facteurs semblent également influencer ces résultats. Dans l'étude de Cook et al.(56), le personnel résidentiel a mentionné l'administration des traitements basés sur des données probantes, la fréquence et l'intensité du milieu, la cohésion du personnel, les programmes variés, et les traitements individualisés. Les patients et le personnel soignant participant à une étude récente(57) ont également identifié l'importance des thérapies basées sur les données probantes, mais aussi le soutien et la compréhension des autres patients et les compétences et le soutien de la part du personnel dans le succès de ces programmes. De plus, la flexibilité psychologique, l'ouverture et la volonté du changement semblent influencer l'amélioration des symptômes du TSPT. Jain et al.(58) ont trouvé que les vétérans traités dans les cliniques résidentielles pourraient bénéficier du soutien de leurs pairs, ce qui semble influencer favorablement leur attitude à l'égard du rétablissement du TSPT. D'autres travaux ont souligné que le temps prolongé passé en cliniques résidentielles donne aux patients plus d'occasions d'interagir avec leurs pairs, de bénéficier de leur soutien et de leur compréhension, et de profiter d'un environnement de traitement sans les perturbations du stress quotidien(56, 57).

Le TSPT est fréquemment associé à des comorbidités chez les vétérans(59, 60). Les plus couramment rapportées par les études examinées sont la dépression, l'anxiété, ainsi que l'abus de substances et d'alcool. Une consommation plus fréquente de drogues illicites peut conduire à des scores plus élevés sur les critères de placement de l'*American Society of Addiction Medicine* (par exemple, symptômes de sevrage plus sévères, complications médicales plus fréquentes), justifiant ainsi le placement des patients en cliniques résidentielles(61). Notre analyse révèle que les deux types des milieux de soins offrent des interventions visant non seulement à améliorer

les symptômes du TSPT et ses comorbidités, mais également à préparer les patients à leur retour dans la société. Cependant, d'autres facteurs tels que l'âge, l'appartenance culturelle, l'attitude à l'égard de la psychothérapie et l'environnement social du patient peuvent influencer la réponse des vétérans et des militaires actifs aux traitements du TSPT, et n'ont pas été considérés dans cette analyse(62).

La méta-analyse des différences moyennes standardisées des scores PCL entre le début et la fin du traitement a montré une diminution significative des symptômes du TSPT à la fin du traitement dans les deux milieux de soins étudiés. De plus, une analyse de sous-groupes comparant l'évolution du score PCL en clinique résidentielle et en traitement intensif en clinique externe n'a révélé aucune différence significative entre les deux milieux.

Les études susmentionnées ont examiné l'efficacité du traitement du personnel militaire actif et des vétérans dans le cadre de programmes résidentiels ou de programmes intensifs en clinique externe. Cependant, cette présente étude semble être la première à établir une comparaison directe entre ces deux types de programmes. Une étude antérieure avait comparé l'efficacité du traitement du TSPT chez les anciens combattants traités dans des programmes en clinique résidentielle par rapport à un traitement externe, mais ces derniers n'étaient pas des programmes intensifs par définition(41). Leurs résultats montraient que les patients traités en externe bénéficiaient d'une diminution plus importante des symptômes du TSPT que les vétérans en traitement résidentiel. Cependant, ces derniers avaient entamé le traitement avec un niveau de sévérité des symptômes globalement plus faible. Il est important de noter que le niveau de soins requis pour traiter le TSPT peut varier considérablement d'une personne à l'autre, et les auteurs suggèrent d'utiliser des informations de prétraitement pertinentes (informations démographiques et gravité des symptômes) pour décider vers quel programme les anciens combattants devraient être orientés. Par contre, l'étude de Kovacevic et al.(49) a observé que la sévérité des symptômes au début du traitement ne détermine pas nécessairement la sévérité des symptômes à la fin de celui-ci. Pour rappel, nos analyses n'ont montré aucune différence

significative au niveau de la sévérité du TSPT mesurée par les scores PCL au début du traitement entre les patients des deux milieux analysés.

Plusieurs raisons peuvent justifier le choix d'un clinicien de privilégier un centre résidentiel pour traiter les symptômes du TSPT chez les anciens combattants plutôt qu'une clinique externe standard : 1) la sévérité des symptômes du TSPT du vétéran peut nécessiter des soins et une surveillance 24 heures sur 24(41) ; 2) le TSPT de l'ancien combattant peut être compliqué par d'autres problèmes de santé mentale ou de toxicomanie(61) ; 3) l'ancien combattant peut manquer de soutien stable à domicile(3) ; et 4) l'ancien combattant a déjà essayé sans succès un traitement externe pour le TSPT(42). Aussi, il est à noter que certains centres de traitement résidentiel sont spécialisés dans le traitement du TSPT chez les vétérans et disposent d'un personnel formé aux thérapies fondées sur des données probantes(56). La plupart des raisons invoquées pour admettre un ancien combattant dans un centre de traitement résidentiel peuvent aussi justifier son orientation vers un programme intensif en clinique externe. En général, ces derniers sont mieux adaptés aux vétérans présentant des symptômes de TSPT plus graves ainsi qu'à ceux nécessitant un soutien et un suivi renforcés ou un traitement plus intensif(10). Ces programmes sont généralement composés d'une équipe multidisciplinaire incluant des psychiatres, des psychologues cliniciens agréés, des neuropsychologues, des infirmières, des travailleurs sociaux, des diététiciens, des spécialistes en médecine physique et en réadaptation et des professionnels en santé intégrative (comme des art-thérapeutes, des instructeurs de yoga, etc.)(63). Comme nos résultats semblent le montrer, ces deux approches sont également efficaces pour réduire les symptômes du TSPT chez les anciens combattants.

Dans une perspective globale, l'amélioration des symptômes du TSPT à la suite de traitements résidentiels ou externes intensifs chez les anciens combattants pourrait optimiser l'utilisation des ressources en santé mentale et améliorer l'accès aux soins pour d'autres patients(38). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. D'abord, en se concentrant sur un traitement spécialisé, les centres résidentiels et les programmes intensifs en clinique externe pour les anciens combattants souffrant de TSPT offrent une expertise spécialisée pour cette population.

Ce traitement ciblé et intensif permet aux anciens combattants de se rétablir plus rapidement, libérant ainsi des ressources en santé mentale pour d'autres patients. Ensuite, une diminution des hospitalisations peut être observée : les vétérans suivant un traitement résidentiel ou en clinique externe intensive pour le TSPT pourraient nécessiter moins d'hospitalisations et de visites aux urgences, libérant ainsi des ressources pour d'autres patients. De plus, l'amélioration des résultats indique que les vétérans bénéficiant d'un traitement résidentiel ou en clinique externe intensive pour le TSPT sont susceptibles de voir leurs symptômes atténués, améliorant par conséquent leur santé mentale et leur qualité de vie. Ces vétérans nécessiteraient donc moins de soins de santé mentale continus ou à long terme, permettant de libérer des ressources pour d'autres patients. Enfin, une réduction de la demande de services ambulatoires : les vétérans ayant bénéficié d'un traitement efficace contre le TSPT pourraient avoir besoin de moins de services de santé mentale en ambulatoire, ce qui libère des ressources pour d'autres patients nécessitant des soins continus.

Les résultats de cette revue concordent avec ceux publiés par deux études de synthèse(15, 55). Ces dernières ont également observé une diminution des symptômes du TSPT à l'issue du traitement en clinique résidentielle ou en réponse aux programmes intensifs en clinique externe. Une méta-analyse(55) sur le traitement du TSPT chez les militaires actifs et retraités aux États-Unis, en milieu résidentiel ou hospitalier, a révélé une diminution des symptômes du TSPT à la fin du traitement. Une autre revue systématique sur les programmes intensifs en cliniques externes pour le traitement du TSPT(15) montre que l'administration intensive de ce traitement conduit à une atténuation des symptômes du TSPT, tout en diminuant le taux d'abandon du traitement. Cependant, il convient de noter que parmi les onze études incluses dans la revue systématique de Sciarrino et al.(15), seules six concernent des vétérans ou des membres de l'armée(9, 63-67).

Avant de conclure, il est important de signaler certaines limitations inhérentes à notre étude. La principale limite réside dans le nombre relativement faible d'études portant sur les programmes intensifs en cliniques externes pour le traitement du TSPT chez les vétérans. Bien que notre

stratégie de recherche ait été spécifiquement développée pour répondre aux besoins de ce rapport, il existe peu de publications sur cette thématique. Une autre limite concerne l'absence d'informations, dans les articles identifiés, sur l'impact de certaines comorbidités (comme la dépression, l'anxiété et la toxicomanie) sur les résultats du traitement du TSPT. Comme les vétérans sont souvent touchés par ces comorbidités, leur prise en compte pourrait donner une image plus précise de l'efficacité réelle des programmes résidentiels ou intensifs externes. Outre les limitations que cette absence d'informations impose à nos résultats, elle souligne surtout la nécessité pour les futures études de prendre davantage en compte ces éléments. De même, nous constatons que la majorité des études répondant à nos critères de sélection sont des études observationnelles de type séries de cas. Aucune étude randomisée n'a été identifiée lors de la recherche documentaire. De plus, la qualité des études incluses est moyenne, et nous avons observé des biais dans la sélection des participants et la validité externe. Ces limitations concernant le devis et la qualité des études, en plus de limiter la portée de nos résultats, soulignent le besoin d'une plus grande transparence et d'une plus grande rigueur méthodologique dans les études primaires. Notre analyse a aussi révélé une grande hétérogénéité parmi les études incluses, avec des différences importantes en termes d'interventions proposées, de durée et de fréquence des traitements, ainsi que d'autres mesures susceptibles d'avoir un impact sur les résultats. Finalement, notre analyse manque de données contextuelles et expérientielles pour donner une idée plus précise des implications de ces résultats pour le Québec.

Malgré ces limites, il est important de souligner les points forts de notre étude. À notre connaissance, il s'agit de la première revue de la littérature comparant l'efficacité des programmes résidentiels et intensifs externes pour le traitement du TSPT chez les vétérans et les militaires actifs atteints de TSPT. Pour capturer au mieux les effets des interventions, nos analyses, à la fois qualitatives et quantitatives, n'ont pris en compte que les données recueillies immédiatement avant et après les interventions. Enfin, la rigueur dans la recherche et la sélection des articles, ainsi que dans l'extraction des données et leur analyse, effectuée de manière indépendante par au moins deux professionnels et validée par consensus inter-juge, renforce la

crédibilité des résultats obtenus et tente de compenser les insuffisances de la littérature existante.

CONCLUSION

Cette revue a examiné l'efficacité des programmes résidentiels par rapport à celle des programmes intensifs offerts en cliniques externes pour le traitement du TSPT chez les vétérans et militaires actifs. Nos résultats semblent indiquer un effet positif et comparable des deux types programmes sur l'atténuation des symptômes du TSPT. Cependant, il est essentiel de prendre conscience des contraintes inhérentes à la littérature sur le sujet, notamment le manque d'études comparatives, l'impact potentiel de certaines comorbidités sur le traitement, ainsi que l'absence d'essais de contrôle randomisés. Il est crucial que les recherches futures prennent en compte ces limites et s'efforcent d'y répondre pour permettre une analyse plus approfondie et une meilleure compréhension de ces interventions.

RÉFÉRENCES

1. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Health Technology Assessment international (HTAi). HTA Glossary. [2023]. Repéré à <http://htaglossary.net/HomePage>
2. CADTH. Traitement du trouble de stress posttraumatique, des blessures de stress opérationnel ou de l'état de stress causé par un incident critique : un résumé des lignes directrices sur la pratique clinique. 2015.
3. Évaluation de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) – Hôpital Sainte-Anne. Ottawa: Anciens Combattants Canada; 2011.
4. Mieux comprendre la santé mentale. Anciens Combattants Canada. Repéré à <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5e éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. CNS Neuroscience & Therapeutics. 2008;14(3):171-81. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>.
7. Brunet A, Monson E, Liu A, Fikretoglu D. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the canadian military. Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60(11):488-96. <https://doi.org/10.1177/070674371506001104>.
8. Pearson C, Zamorski M, Janz T. Mental health of the Canadian Armed Forces. Ottawa: Statistics Canada. Novembre 2014. Numéro de rapport : 82-624-X, ISSN: 1925-6493.
9. Zalta AK, Held P, Smith DL, Klassen BJ, Lofgreen AM, Normand PS, et al. Evaluating patterns and predictors of symptom change during a three-week intensive outpatient treatment for veterans with PTSD. BMC Psychiatry. 2018;18(1):242. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1816-6>.
10. Rauch SA, Yasinski CW, Post LM, Jovanovic T, Norrholm S, Sherrill AM, et al. An intensive outpatient program with prolonged exposure for veterans with posttraumatic stress disorder: retention, predictors, and patterns of change. Psychological Services. 2021;18(4):606-18. <https://doi.org/10.1037/ser0000422>.
11. Watkins LE, Patton SC, Drexler K, Rauch SAM, Rothbaum BO. Clinical effectiveness of an intensive outpatient program for integrated treatment of comorbid substance abuse and mental health disorders. Cognitive and Behavioral Practice. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.05.005>.
12. Beidel DC, Frueh B, Neer SM, Lejuez CW. The efficacy of trauma management therapy: a controlled pilot investigation of a three-week intensive outpatient program for combat-related PTSD. Journal of Anxiety Disorders. 2017;50:23-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.05.001>.
13. Yasinski CW, Watkins LE, Maples-Keller JL, Ragsdale KA, Sherrill AM, Burton MS, et al. Long-term effectiveness of a prolonged exposure-based intensive outpatient program for veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Psychiatric Research. 2022;152:313-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.029>.
14. Hoyt T, Barry D, Kwon SH, Capron C, De Guzman N, Gilligan J, et al. Preliminary evaluation of treatment outcomes at a military intensive outpatient program. Psychological Services. 2018;15(4):510-9. <https://doi.org/10.1037/ser0000190>.

15. Sciarrino NA, Warnecke AJ, Teng EJ. A systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(4). <https://doi.org/10.1002/jts.22556>.
16. Munley PH, Bains DS, Frazee J, Schwartz LT. Inpatient PTSD treatment: a study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *Journal of Traumatic Stress*. 1994;7(2):319-25. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070212>.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
18. Munn Z, Barker TH, Moola S, Tufanaru C, Stern C, McArthur A, et al. Methodological quality of case series studies: an introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Evidence Synthesis*. 2020;18(10):2127-33. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-d-19-00099>.
19. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, 2021.
20. Field AP, Gillett R. How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 2010;63(3):665-94. <https://doi.org/10.1348/000711010x502733>.
21. Occhietti KE. The effectiveness of PTSD treatment on symptoms of PTSD and depression in military veterans [Master of Social Work Clinical Research Paper]. Saint Paul, Minnesota: St. Catherine University ; 2012.
22. National Center for PTSD. Understanding PTSD. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD; 2010.
23. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*. 2003;327:557-60. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>.
24. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*. 2000;56(2):455-63. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>.
25. Rosenthal R. The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*. 1979;86(3):638-41. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.638>.
26. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*. 1997;315:629-34. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>.
27. Speicher SM, Walter KH, Chard KM. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: effects on symptom severity and occupational performance and satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014;68(4):412-21. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011304>.
28. Walter KH, Kohen CB, McCabe CT, Watrous JR, Campbell JS. Overcoming adversity and stress injury support (oasis): evaluation of residential treatment outcomes for U.S. Service members with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. <https://doi.org/10.1002/jts.22652>.
29. Humphreys L, Westerink J, Giarratano L, Brooks R. An intensive treatment program for chronic posttraumatic stress disorder: 2-year outcome data. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33(6):848-54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00640.x>.
30. Bonn-Miller MO, Vujanovic AA, Drescher KD. Cannabis use among military veterans after residential treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011;25(3):485-91. <https://doi.org/10.1037/a0021945>.
31. Chard KM, Schumm JA, McIlvain SM, Bailey GW, Parkinson R. Exploring the efficacy of a residential treatment program incorporating cognitive processing therapy-cognitive for veterans with PTSD and traumatic brain injury. *Journal of Traumatic Stress*. 2011;24(3):347-51. <https://doi.org/10.1002/jts.20644>.

32. Walter KH, Barnes SM, Chard KM. The influence of comorbid MDD on outcome after residential treatment for veterans with PTSD and a history of TBI. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(4):426-32. <https://doi.org/10.1002/jts.21722>.
33. Vangoda KL. Posttraumatic stress disorder and use of cognitive behavioral coping skills: before and after a residential treatment program [Thèse de doctorat]. Columbus, Ohio: The Ohio State University; 2001.
34. Puhalla A, Flynn A, Vaught A. Shame as a mediator in the association between emotion dysregulation and posttraumatic stress disorder symptom reductions among combat veterans in a residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*. 2022;35(1):302-7. <https://doi.org/10.1002/jts.22721>.
35. Broschat SR. Patient outcomes in varying length posttraumatic stress disorder programs at the Denver VA Medical Center. Denver, CO: VA Medical Center. 1998.
36. Ford JD, Fisher P, Larson L. Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65(4):547-59. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.4.547>.
37. Hale AC, Rodriguez JL, Wright TP, Driesenga SA, Spates CR. Predictors of change in cognitive processing therapy for veterans in a residential PTSD treatment program. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;75(3):364-79. <https://doi.org/10.1002/jclp.22711>.
38. Banducci AN, Bonn-Miller MO, Timko C, Rosen CS. Associations between residential treatment length, PTSD, and outpatient healthcare utilization among veterans. *Psychological Services*. 2018;15(4):529-35. <https://doi.org/10.1037/ser0000204>.
39. Murphy D, Spencer-Harper L, Carson C, Palmer E, Hill K, Sorfleet N, et al. Long-term responses to treatment in UK veterans with military-related PTSD: an observational study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011667>.
40. Sofko CA, Currier JM, Drescher KD. Prospective associations between changes in mental health symptoms and health-related quality of life in veterans seeking posttraumatic stress disorder residential treatment. *Anxiety, Stress and Coping*. 2016;29(6):630-43. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1157171>.
41. Walter KH, Varkovitzky RL, Owens GP, Lewis J, Chard KM. Cognitive processing therapy for veterans with posttraumatic stress disorder: a comparison between outpatient and residential treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(4):551-61. <https://doi.org/10.1037/a0037075>.
42. Currier JM, Holland JM, Drescher KD. Residential treatment for combat-related posttraumatic stress disorder: identifying trajectories of change and predictors of treatment response. *PloS One*. 2014;9(7):e101741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101741>.
43. Chesney SA, Shepard SJ, Larsen SE, Fuller S, Liebel SW. Program evaluation of an integrated treatment approach to group CPT in VA residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2021. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1994497>.
44. Belsher BE, Tiet QQ, Garvert DW, Rosen CS. Compensation and treatment: disability benefits and outcomes of U.S. veterans receiving residential PTSD treatment. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(5):494-502. <https://doi.org/10.1002/jts.21747>.
45. Owens GP, Chard KM, Cox TA. The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2008;17(4):439-52. <https://doi.org/10.1080/10926770802473908>.
46. Boden MT, Bonn-Miller MO, Vujanovic AA, Drescher KD. A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military Veteran. *Journal*

- of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2012;34(4):433-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9293-6>.
47. Gilman R, Schumm JA, Chard KM. Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012;4(3):270-7. <https://doi.org/10.1037/a0024252>.
48. Walter KH, Bolte TA, Owens GP, Chard KM. The impact of personality disorders on treatment outcome for veterans in a posttraumatic stress disorder residential treatment program. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36(5):576-84. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9393-8>.
49. Kovacevic M, Haney AM, Sullivan CP, Kramer LB, Chard KM. Four profiles of symptom change in residential cognitive processing therapy. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022;90:102585. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102585>.
50. Solomon Z, Shalev A, Spiro SE, Dolev A, Bleich A, Waysman M, et al. Negative psychometric outcomes: self-report measures and a follow-up telephone survey. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(2):225-46. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050209>.
51. Goetter EM, Blackburn AM, Stasko C, Han Y, Brenner LH, Lejeune S, et al. Comparative effectiveness of prolonged exposure and cognitive processing therapy for military service members in an intensive treatment program. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2021;13(6):632-40. <https://doi.org/10.1037/tra0000956>.
52. Lande RG, Williams LB, Francis JL, Gagnani C, Morin ML. Characteristics and effectiveness of an intensive military outpatient treatment program for PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2011;20(5):530-8. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.588149>.
53. Hilton LG, Libretto S, Xenakis L, Elfenbaum P, Boyd C, Zhang W, et al. Evaluation of an integrative post-traumatic stress disorder treatment program. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2019;25(Suppl 1):147-52. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0424>.
54. Held P, Zalta AK, Smith DL, Bagley JM, Steigerwald VL, Boley RA, et al. Maintenance of treatment gains up to 12-months following a three-week cognitive processing therapy-based intensive PTSD treatment programme for veterans. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1):1789324. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1789324>.
55. Campbell JS, Loeffler GH, Pulos S, Campbell AW. Meta-analysis of average symptom change in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder in veteran and active duty U.S. military samples. *Psychological Services*. 2016;13(4):389-400. <https://doi.org/10.1037/ser0000104>.
56. Cook JM, Dinnen S, Thompson R, Simiola V, Schnurr PP. Changes in implementation of two evidence-based psychotherapies for PTSD in VA residential treatment programs: a national investigation. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;27(2):137-43. <https://doi.org/10.1002/jts.21902>.
57. Sripada RK, Rodriguez JL, Wright TP, Hyland JA, Walters HM, Ganoczy D, et al. Feasibility and acceptability of group-facilitated prolonged exposure therapy for PTSD in VA residential rehabilitation treatment programs. *Behavior Therapy*. 2022;53(4):714-24. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.004>.
58. Jain S, McLean C, Adler EP, Rosen CS. Peer support and outcome for veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) in a residential rehabilitation program. *Community Mental Health Journal*. 2016;52(8):1089-92. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9982-1>.
59. Britvić D, Antičević V, Kaliterna M, Lušić L, Beg A, Brajević-Gizdić I, et al. Comorbidities with posttraumatic stress disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015;15(2):81-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.002>.
60. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(9):460-7. <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>.

61. Haller M, Colvonen PJ, Davis BC, Trim RS, Bogner R, Sevcik J, et al. Examining pretreatment differences between veterans in residential versus outpatient treatment for alcohol use disorder and comorbid combat-related PTSD. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016;12(3-4):282-9. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1256516>.
62. Kehle-Forbes S, Kimerling R. Patient engagement in PTSD treatment. *PTSD Research Quarterly*. 2017;28(3):1-10. Repéré à: https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V28N3.pdf.
63. Harvey MM, Petersen TJ, Sager JC, Makhija-Graham NJ, Wright EC, Clark EL, et al. An intensive outpatient program for veterans with posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2019;26(2):323-34. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.003>.
64. Bryan CJ, Leifker FR, Rozek DC, Bryan AO, Reynolds ML, Oakey DN, et al. Examining the effectiveness of an intensive, 2-week treatment program for military personnel and veterans with PTSD: results of a pilot, open-label, prospective cohort trial. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74(12):2070-81. <https://doi.org/10.1002/iclp.22651>.
65. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(4):354 - 64. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>.
66. Hurley EC. Effective treatment of veterans with PTSD: comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology*. 2018;9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458>.
67. Yasinski C, Sherrill A, Maples-Keller J, Rauch S, Rothbaum B. Intensive outpatient prolonged exposure for PTSD in post-9/11 veterans and service-members: program structure and preliminary outcomes of the emory healthcare veterans program. *Trauma Psychology News [Internet]*. 2018 ; 13. Repéré à: <http://traumapsychnews.com/2018/01/intensive-outpatient-prolonged-exposure-for-ptsd-in-post-9-11-veterans-and-service-members-program-structure-and-preliminary-outcomes-of-the-emory-healthcare-veterans-program/>.

ANNEXE 1

Requêtes dans les bases de données

Afin d'assurer la transparence et la reproductibilité de nos méthodes, nous avons inclus une description détaillée de l'une de nos stratégies de recherche de base de données. Cette recherche a été effectuée dans MEDLINE, qui est l'une des bases de données que nous avons utilisées pour notre recherche documentaire.

Il est important de noter que la syntaxe exacte et la terminologie des stratégies de recherche peuvent varier entre les différentes bases de données en raison des différences dans leur système d'indexation et leur plateforme de recherche. Cependant, le concept et les principes de la recherche restent les mêmes.

La stratégie suivante a été traduite et adaptée de manière appropriée pour d'autres bases de données, y compris CINAHL, PsycINFO et EMABSE. Les stratégies de recherche traduites pour ces bases de données sont disponibles sur demande.

Littérature sur les programmes résidentiels

- 1 Veterans/ or Hospitals, Veterans/ or Veterans Health/ or Veterans Health Services/ or Military Health Services/ or Military Deployment/ or Hospitals, Military/ or Military Health/ or Military Health Services/ or Military Medicine/ or Military Nursing/ or Military Personnel/ or Military Psychiatry/ or Psychology, Military/ or "Warfare and Armed Conflicts"/
- 2 (residential or out of home treatment* or (home? adj1 (nursing or care or residential)) or ((unit? or ward? or facilit* or centre? or center?) adj2 (hospital or care or rehabilitation?)) or (residential adj1 (care or facilit* or setting?))).tw.
- 3 Residential Treatment/ or Inpatients/ or Residential Facilities/ or Institutionalization/ or Hospitalization/ or Hospitals, Isolation/
- 4 2 or 3
- 5 "trauma and stressor related disorders"/ or stress disorders, traumatic/ or combat disorders/ or psychological trauma/ or stress disorders, post-traumatic/ or stress disorders, traumatic, acute/
- 6 (operational stress injur* or PTSD* or ((posttrauma* or post-trauma* or post trauma*) adj3 (stress* or disorder* or psych* or symptom?)) or acute stress disorder* or combat disorder* or war neuros*).tw.
- 7 5 or 6
- 8 1 and 4 and 7

Littérature sur les programmes intensifs en clinique externe

- 1 Veterans/ or Hospitals, Veterans/ or Veterans Health/ or Veterans Health Services/ or Military Health Services/ or Military Deployment/ or Hospitals, Military/ or Military Health/ or Military Health Services/ or Military Medicine/ or Military Personnel/
- 2 veteran?.tw.
- 3 military.tw.
- 4 (armed adj (force? or service? or personnel)).tw.
- 5 (army or soldier? or troop or troops).tw.
- 6 (serviceman or servicemen or service-man or service-men).tw.
- 7 (servicewoman or servicewomen or service-woman or service-women).tw.
- 8 (ex-service? or ex-force? or ex-military).tw.
- 9 (reservist? or National Guard or (reserve? adj2 (territorial? or force? or volunteer? or home))).tw.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
- 11 "trauma and stressor related disorders"/ or stress disorders, traumatic/ or combat disorders/ or psychological trauma/ or stress disorders, post-traumatic/ or stress disorders, traumatic, acute/
- 12 (operational stress injur* or PTSD* or ((posttrauma* or post-trauma* or post trauma*) adj3 (stress* or disorder* or psych* or symptom?)) or acute stress disorder* or combat disorder* or war neuros*).tw.
- 13 11 or 12
- 14 (Intensi* adj3 ((treat* adj3 program?) or therap*).tw.
- 15 (Intensi* adj3 treat* adj3 (program? or therap*).tw.
- 16 (Intensi* adj3 (treat* or model?)).tw.
- 17 ((intensive adj3 (out-patient or outpatient or "out patient")) and treat*).tw.
- 18 14 or 15 or 16 or 17
- 19 (outpatient? or out-patient? or out patient? or day care or external clinic? or external setting? external facilit*).tw.
- 20 18 and 19
- 21 10 and 13 and 20

Autres sources

Organisations / Sites web

The Alberta College of Family Physicians (ACFP). Tools for Practice

<https://gomainpro.ca/tools-for-practice/>

Alberta Health evidence reviews & Health technology assessments

<https://www.alberta.ca/health-evidence-reviews.aspx>

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH).

<https://www.cadth.ca/search?keywords>

Health Quality Council of Alberta (HQCA). Completed Reviews

<http://hqca.ca/studies-and-reviews/completed-reviews/>

Ontario Health Quality. Health Technology Assessment

<http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment>

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

<http://www.inesss.qc.ca/en/publications/publications.html>

Institute of Health Economics (IHE). Publications

<http://www.ihe.ca/index.php?/publications>

Manitoba Centre for Health Policy (MCHP). Deliverables

<http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/deliverablesList.html>

McGill University Health Centre (MUHC). Technology Assessment Unit Reports

<https://muhc.ca/tau/page/tau-reports>

NLCAHR: Newfoundland and Labrador Centre for Applied Health Research. Contextualized Health Research Synthesis Program (CHRSP) Completed CHRSP projects

<http://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php>

Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Knowledge Synthesis Group

<http://www.ohri.ca/ksgroup/publications.asp>

Programs for Assessment of Technology in Health (Canada). Reports (PATH)

<https://www.path-hta.com/research-1>

Therapeutics Initiative. Therapeutics Letter

<http://www.ti.ubc.ca/TherapeuticsLetter>

University of British Columbia. Centre for Health Services and Policy Research

<http://chspr.ubc.ca/publications/>

International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
<http://www.inahta.org/publications/>

World Health Organization Regional Office for Europe. Health Evidence Network (WHO HEN)
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/by-keyword>

Australian Government. Department of Health
<https://www.health.gov.au/>

Australian Government. Medical Services Advisory Committee (MSAC).
<http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/completed-assessments>

Joanna Briggs Institute (JBI). The Joanna Briggs Institute EBP Database
<https://jbi.global/>

Monash Health. Centre for Clinical Effectiveness (CCE). Centre for Clinical Effectiveness - Publications
<https://monashhealth.org/health-professionals/cce/cce-publications/>

Haute Autorité de santé/French National Authority for Health (HAS).
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946986/en/english-toutes-nos-publications-ligne-principale?portal=r_1457306

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (DIMDI). German Institute of Medical Documentation and Information
<https://www.dimdi.de/dynamic/en/further-services/health-technology-assessment/hta-reports/>

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [Federal Institute for Drugs and Medical Devices])
https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/HTA/_node.html

Health Information and Quality Authority. Health Technology Assessments
<https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-technology-assessments>

Health Service Executive. Irish Health Repository (Lenus)
<http://www.lenus.ie/hse/>

De Gezondheidsraad (GR). Health Council of the Netherlands
<http://www.gezondheidsraad.nl/en/publications>

Zorginstituut Nederland. National Health Care Institute Netherlands
<https://english.zorginstituutnederland.nl/publications>

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud “Carlos III”. Institute of Health Carlos III
<http://publicaciones.isciii.es/>

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia

<http://aquas.gencat.cat/ca/publicacions/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Sahlgrenska University Hospital. Regional activity based HTA

<https://www.sahlgrenska.se/forskning/htacentrum/>

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/htacentrum/?vgrform=1>

Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU).

<https://www.sbu.se/en/publications/>

Healthcare Improvement Scotland. Published Resources.

<http://www.healthcareimprovementscotland.org>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NHS National Institute for Health and Care Excellence

<http://www.nice.org.uk/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Advice List. Published evidence summaries

<https://www.nice.org.uk/guidance/published>

National Institute for Health Research. (NIHR). Innovation Observatory

<http://www.io.nihr.ac.uk/>

NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre (NETSCC). Research Project

<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/programmes/>

National Health Service UK (NHS). NHS England

<http://www.england.nhs.uk/>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>

Technology Assessments

<http://www.ahrq.gov/research/findings/ta/>

Evidence-Based Practice

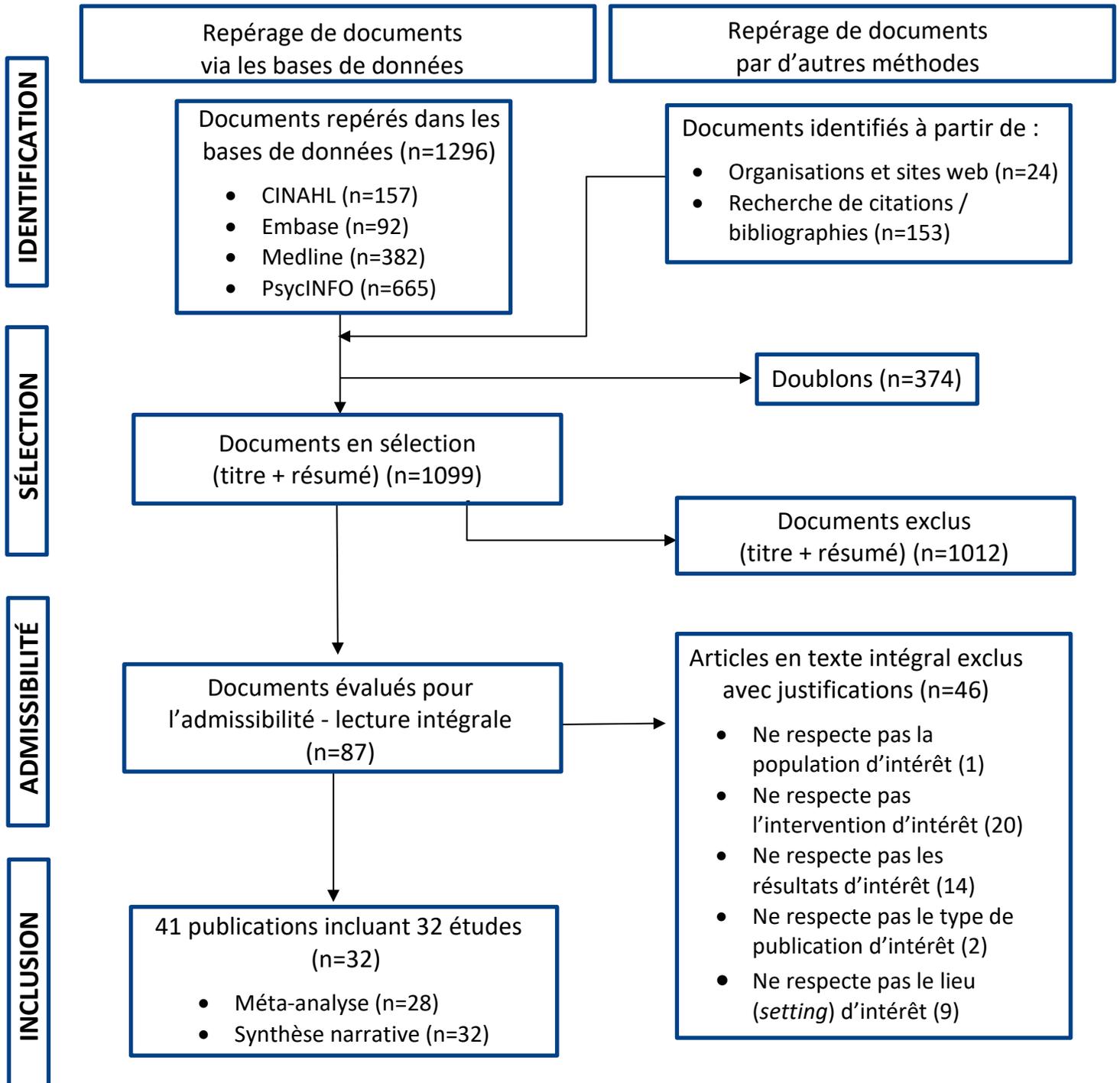
<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html>

Effective Health Care Reports

<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products-tools/>

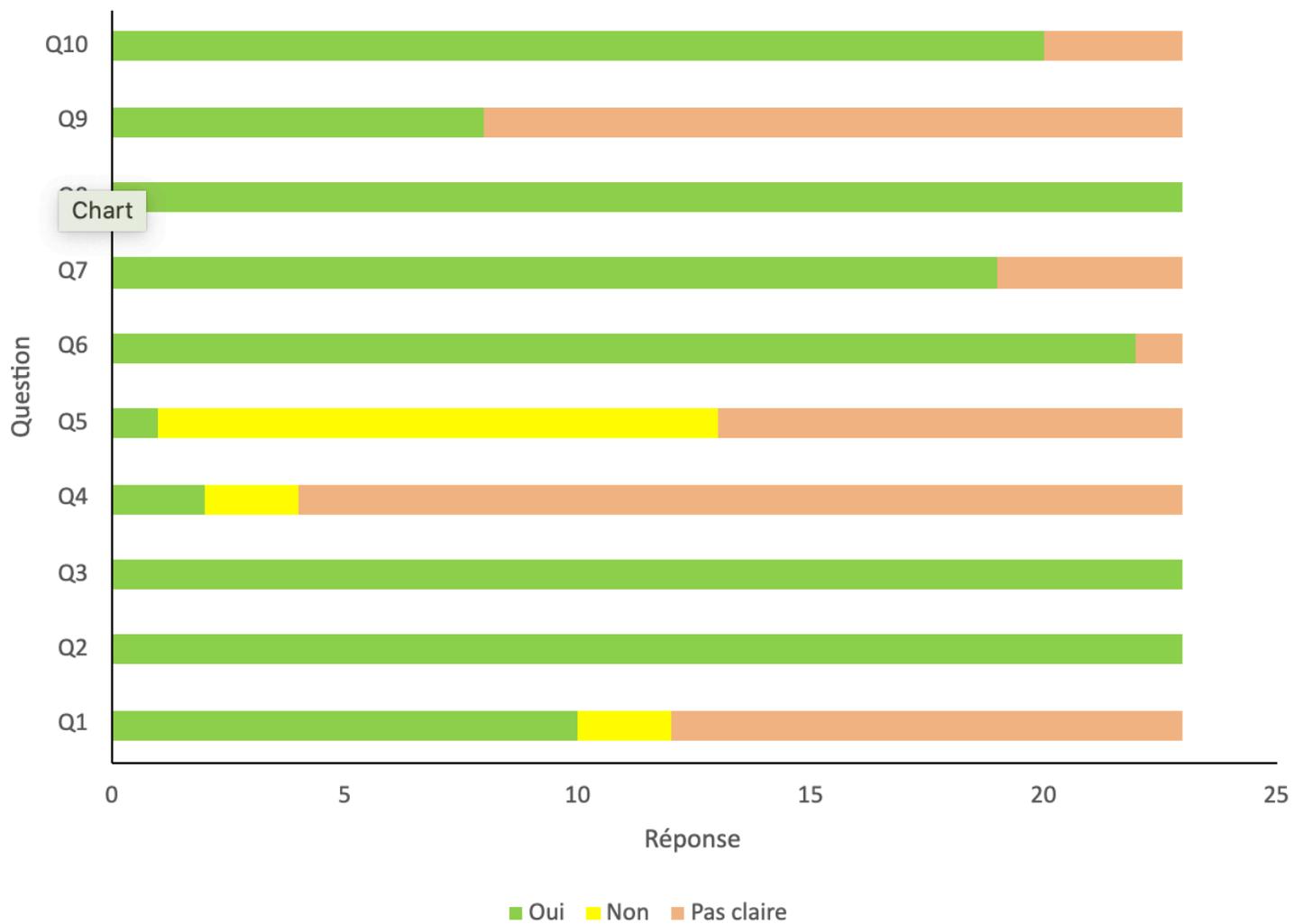
ANNEXE 2

Diagramme de flux PRISMA

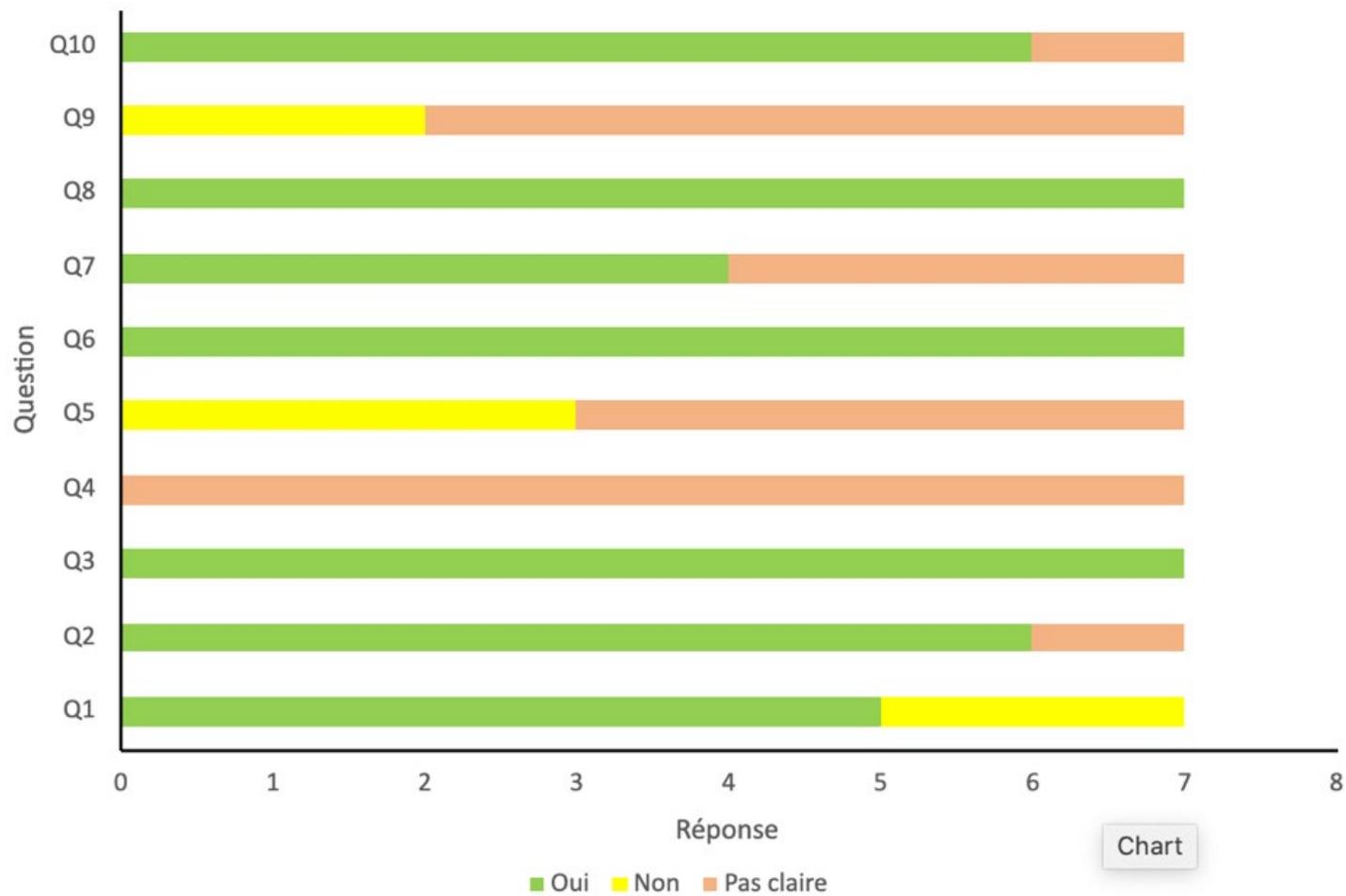


ANNEXE 3

A. Série des cas - évaluation de la qualité par question (programme en clinique résidentielle)



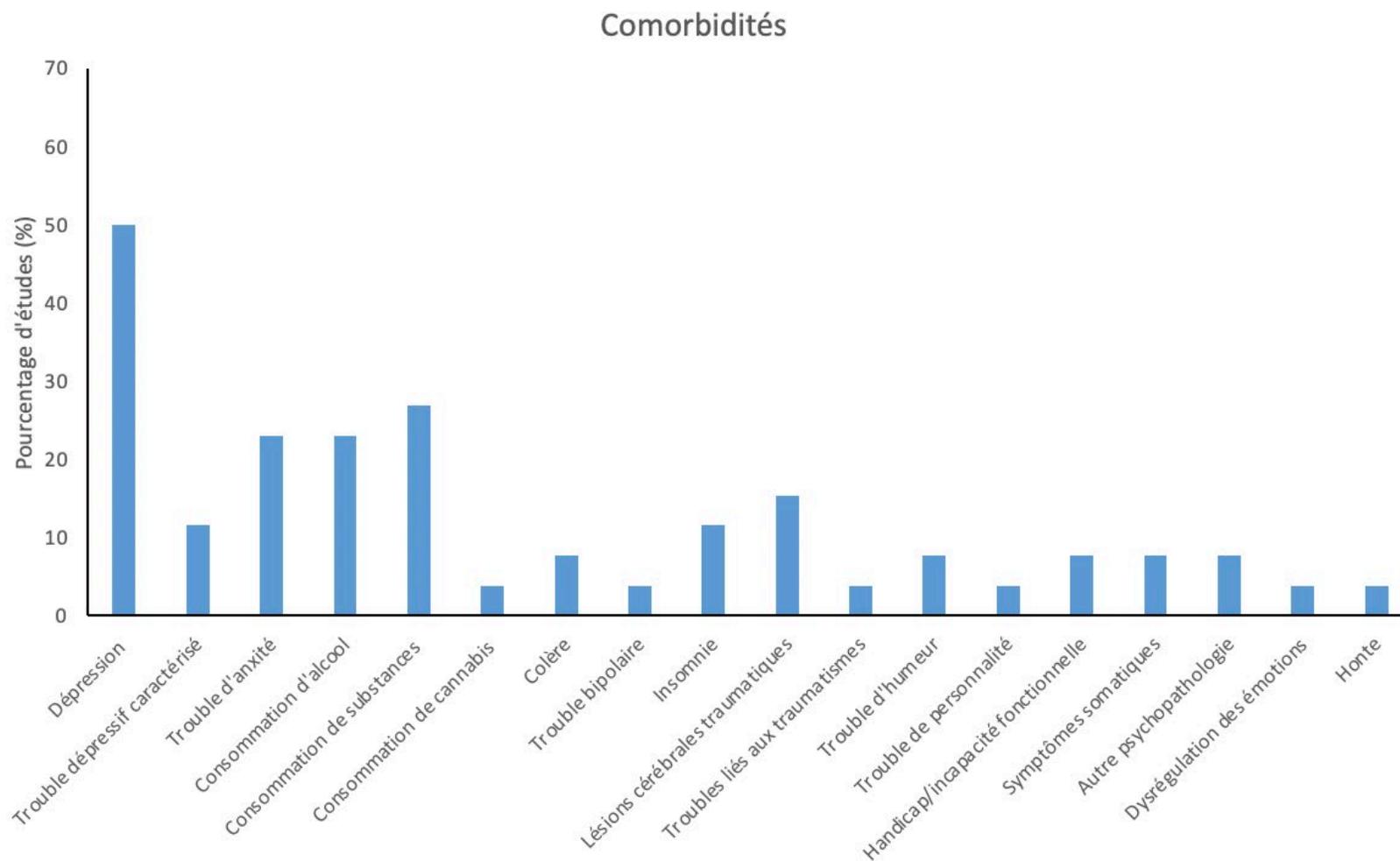
B. Série des cas - évaluation de la qualité par question (programme intensif en clinique externe)



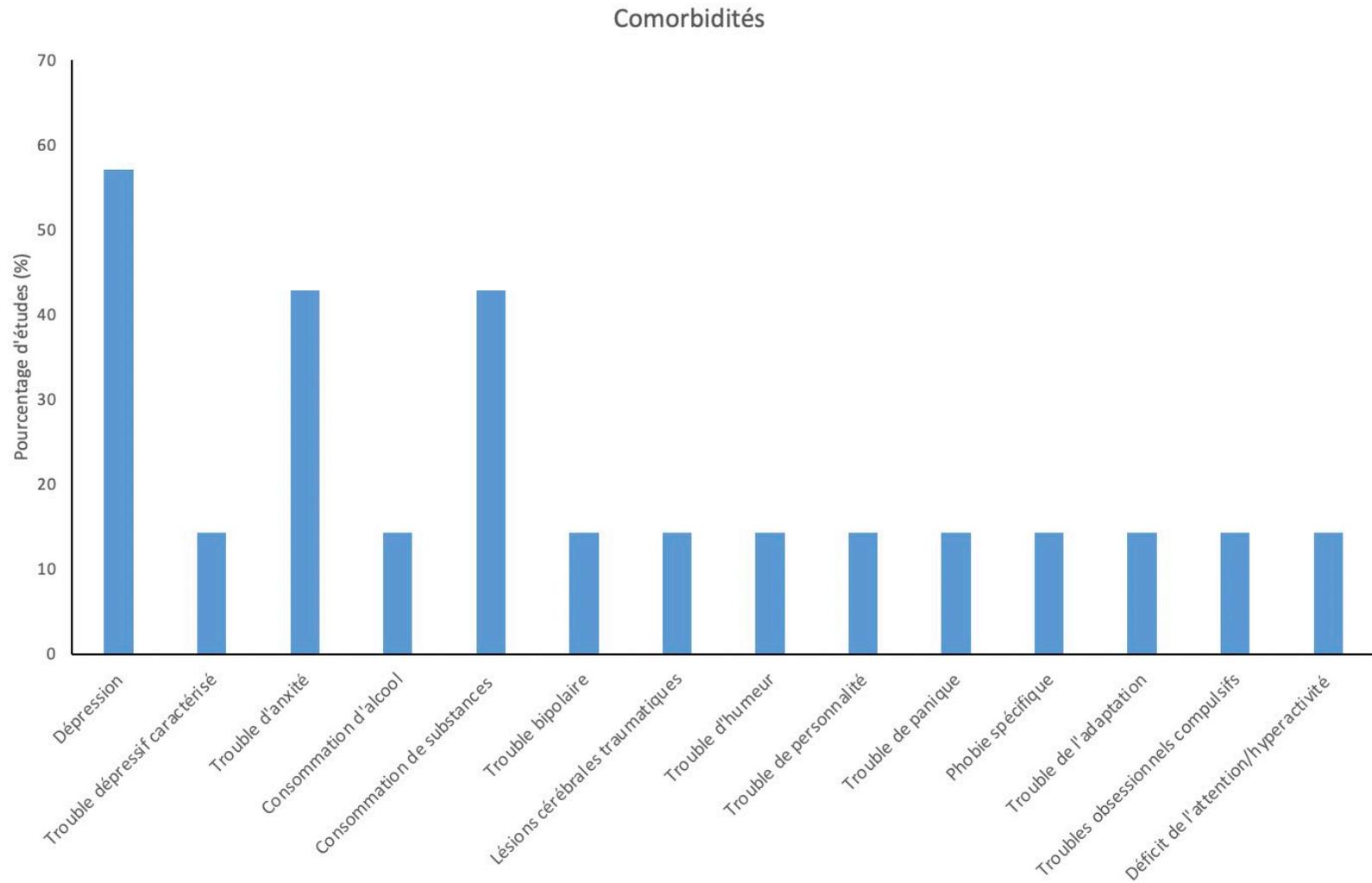
ANNEXE 4

Comorbidités des participants

A. Programmes en cliniques résidentielles



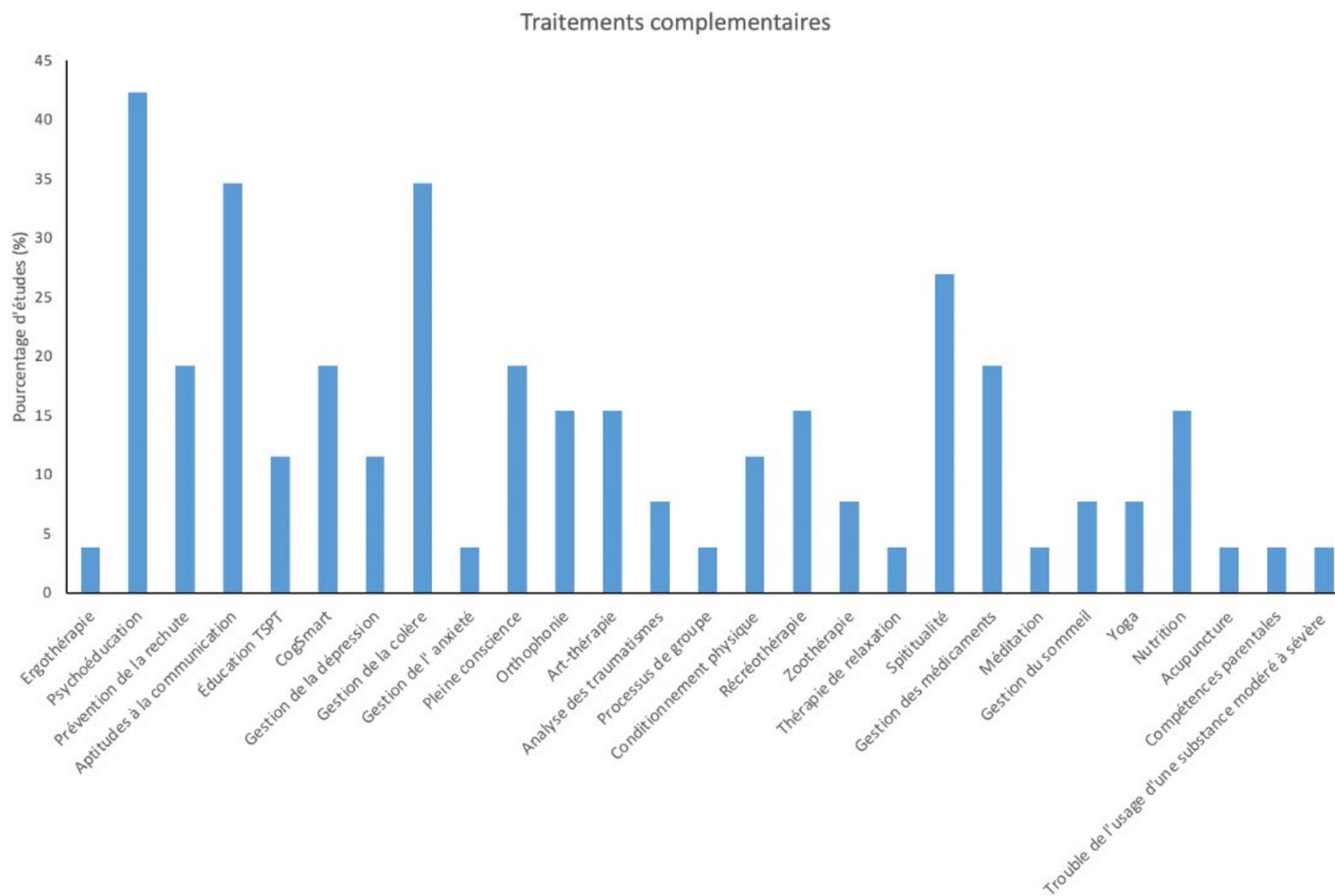
B. Programme intensif en clinique externe



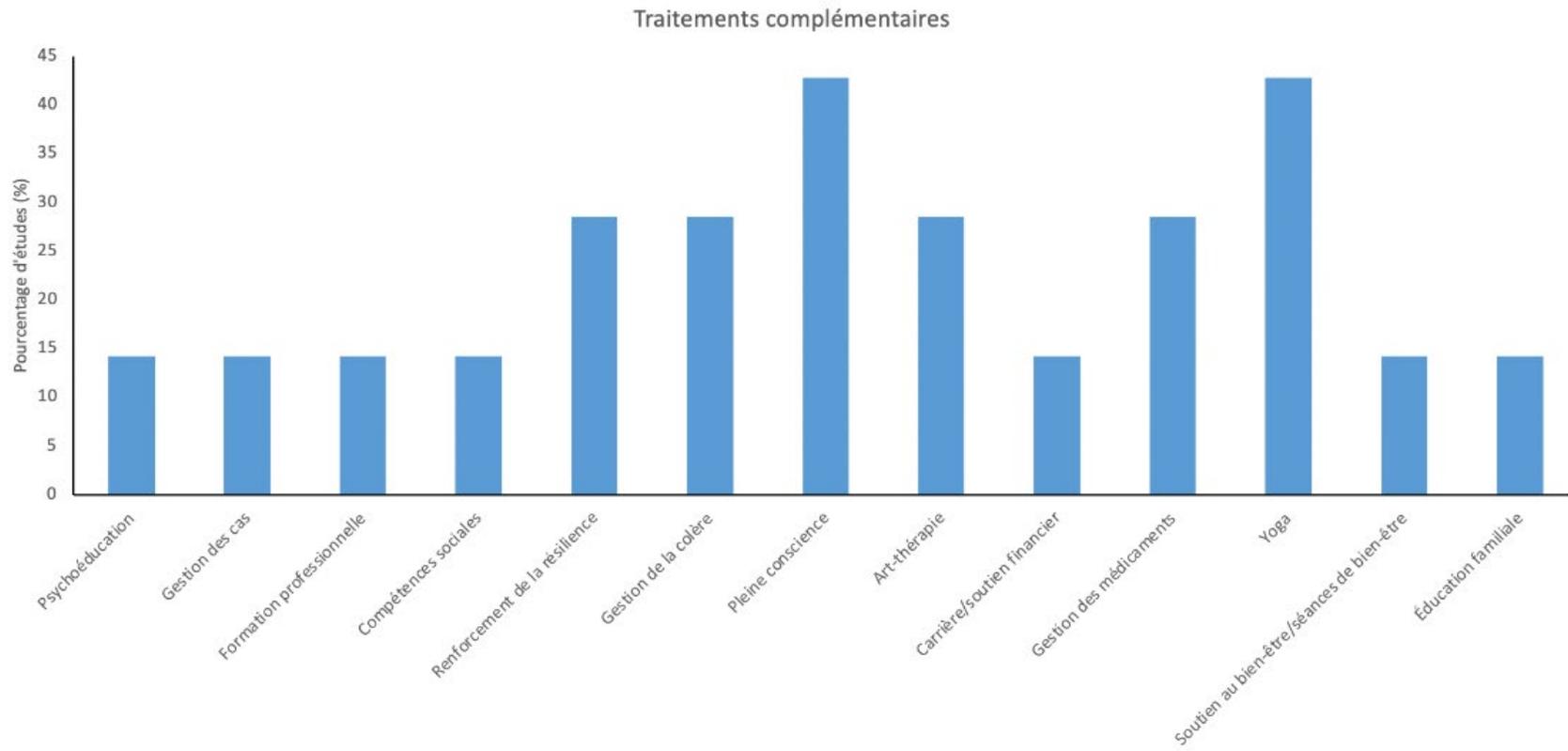
ANNEXE 5

Traitements complémentaires

A. Programme en clinique résidentielle



B. Programme intensif en clinique externe



ANNEXE 6

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Hale et al. (2019)	Série de cas	Clinique résidentielle	116	87 %	PCL-S	CPT (1 ; 2)	Art-thérapie (2) Conditionnement physique (2) Spiritualité (2)	42
Banducci et al. (2018)	Série de cas	Clinique résidentielle	740	87 %	PCL-S	CPT (1 ; 2) CBT (1 ; 2) EDMR (1 ; 2)	Gestion de la colère (1 ; 2) Gestion des médicaments (1 ; 2)	47,43 (25,15)
Murphy et al. (2016)	Série de cas	Clinique résidentielle	401	98 %	PSS-I	CBT (1 ; 2)	Compétences de communication (2) Gestion de l'anxiété (2) Pleine conscience (2) Orthophonie (2) Art-thérapie (2) Thérapie axée sur les traumatismes (2) Conditionnement physique (2)	42
Sofko et al. (2016)	Série de cas	Clinique résidentielle	139	89 %	PCL-M	CBT (2)	Gestion de la colère (2) Récréo-thérapie (2)	S.O.

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Speicher et al. (2014)	Quasi-expérimentale	Clinique résidentielle	26	100 %	PCL-S et CAPS	CPT (1 ; 2)	Ergothérapie (1 ; 2) Psychoéducation (2) Compétences en communication (2) CogSmart (2) Gestion de la colère (2) Orthophonie (2) Art-thérapie (2) Spiritualité (2) Yoga (2) Nutrition (2)	56
Walter et al. (2014)	Série de cas	Clinique résidentielle	992	77 %	PCL-S et CAPS	CPT (1 ; 2)	Compétences en communication (2) Éducation en TSPT (2) CogSmart (2) Gestion de la dépression (2) Pleine conscience (2) Spiritualité (2) Gestion du sommeil (2) Programme de dépendance et d'abus de substances (2)	49
Currier et al. (2014)	Série de cas	Clinique résidentielle	805	89 %	PCL-M	EDMR (2)	Prévention des rechutes (2) Compétences en communication (2) CogSmart (2) Pleine conscience (2) Zoothérapie (2) Spiritualité (2) Autres (2)	66
Chesney et al. (2014)	Série de cas	Clinique résidentielle	247	93 %	PCL-5	CPT (2) CBT (2)	S.O.	69,70 (27,55)

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Walter et al. (2021)	Série de cas	Clinique résidentielle	304	100 %	PCL-M	CPT (1 ; 2) PE (1 ; 2) EDMR (1 ; 2)	Art-thérapie (2) Conditionnement physique (2) Récréo-thérapie (2) Zoothérapie (2) Spiritualité (2) Méditation (2) Yoga (2) Nutrition (2) Acupuncture (2)	70
Humphreys et al. (1999)	Série de cas	Clinique résidentielle	64	100 %	PENN	CBT (1)	S.O.	28
Bonn-Miller et al. (2011)	Série de cas	Clinique résidentielle	432	100 %	PCL-M	CBT (2)	Prévention des rechutes (2) Programme de dépendance et d'abus de substances (2)	69,86 (22,48)
Chard et al. (2011)	Série de cas	Clinique résidentielle	42	100 %	PCL-S et CAPS	CPT-C (1 ; 2)	Psychoéducation (2) CogSmart (2) Gestion de la colère (2) Orthophonie (1) Spiritualité (2) Nutrition (2)	49
Belsher et al. (2012)	Série de cas	Clinique résidentielle	776	87 %	PCL	S.O.	Compétences en communication (1 ; 2) Éducation en TSPT (1 ; 2) Gestion de la colère (1 ; 2) Gestion des médicaments (1 ; 2)	Entre 25 et 63 jours

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Walter et al. (2012)	Série de cas	Clinique résidentielle	47	100 %	PCL-S	CPT-C (1 ; 2) DBT (2)	Psychoéducation (2) Prévention des rechutes (2) Compétences en communication (2) CogSmart (2) Gestion de la colère (2) Orthophonie (1) Gestion des médicaments (1)	56
Solomon et al. (1992)	Série de cas	Clinique résidentielle	80	S.O.	<i>PTSD Inventory</i>	S.O.	S.O.	S.O.
Vangoda et al. (2001)	Série de cas	Clinique résidentielle	37	100 %	M-PTSD	S.O.	Psychoéducation (2) Gestion de la dépression (2) Gestion de la colère (2) Gestion de l'anxiété (2) Thérapie axée sur les traumatismes (2) (trauma review) Gestion des médicaments (2) Gestion du sommeil (2) Programme de dépendance et d'abus de substances (2)	42
Owens et al. (2008)	Série de cas	Clinique résidentielle	99	80 %	PCL-M	CPT (1 ; 2)	Compétences en communication (2) Gestion de la colère (2) Pleine conscience (2) Gestion des médicaments (2)	49
Gilman et al. (2012)	Série de cas	Clinique résidentielle	164	71 %	PCL et CAPS	CPT (1 ; 2)	Psychoéducation (2)	49

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Boden et al. (2012)	Série de cas	Clinique résidentielle	636	91 %	PCL-M	CBT (2)	Psychoéducation (2) Compétences en communication (2) Processus de groupe (2) Récréothérapie (2) Aptitudes parentales (2)	76,8 (20,9)
Walter et al. (2012)	Série de cas	Clinique résidentielle	166	75 %	PCL-S et CAPS	CPT (1 ; 2)	Psychoéducation (2)	49
Puhalla et al. (2022)	Série de cas	Clinique résidentielle	43	100 %	PCL-5	CPT (2) PE (2) EDMR (2)	Gestion de la dépression (1)	Entre 42 à 84 jours
Broschat et al. (1998)	Thèse - Série de cas	Clinique résidentielle	300	100 %	M-PTSD	S.O.	S.O.	Entre 42 et 91 jours
Ford (1997)	Série de cas	Clinique résidentielle	74	100 %	M-PTSD et Penn PTSD scale	S.O.	Psychoéducation (2)	120
Occhietti (2012)	Thèse - Série de cas	Clinique résidentielle	124	96 %	PCL	PE (2) CBT (2)	Psychoéducation (2)	45
Kovacevic et al. (2022)	Série de cas	Clinique résidentielle	332	67 %	PCL-5 et CAPS	CPT (2 et 1)	Psychoéducation (2) Prévention des rechutes (2) Compétences en communication (2) Éducation en TSPT (2) Gestion de la colère (2) Récréothérapie (2) Spiritualité (2) Nutrition (2)	49
Goetter et al. (2021)	Série de cas	Intensif en clinique externe	296	84 %	PCL-5	CPT (1) PE (2) DBT (2)	Programme de résilience (2) Pleine conscience (2) Art-thérapie (2)	14

Auteur (année)	Devis	Type de programme	Nombre de participants	Genre (% hommes)	Outil d'évaluation	Intervention (1 individuel ; 2 en groupe)	Traitement complémentaire (1 individuel ; 2 en groupe)	Durée de séjour (jours ou M [SD])
Held et al. (2020)	Série de cas	Intensif en clinique externe	209	63 %	PCL-5	CPT (2 et 1)	Psychoéducation (2) Pleine conscience (2) Yoga (2)	21
Beidel et al. (2017)	Série de cas	Intensif en clinique externe	100	95 %	PCL-M et CAPS	PE (1)	Compétences sociales (2) Gestion de la colère (2)	21
Yasinski et al. (2022)	Série de cas	Intensif en clinique externe	367	64 %	PCL-5	PE (2 et 1)	Gestion des cas (2) Formation professionnelle (2) Yoga (2) Soutien au bien-être (2)	21
Hoyt et al. (2018)	Série de cas	Intensif en clinique externe	38	91 %	PCL	CPT (2)	Programme de résilience (2) Yoga (2)	14
Lande et al. (2011)	Série de cas	Intensif en clinique externe	39	33 %	PCL-M	CBT (1)	Art-thérapie (2) Gestion des médicaments (2)	21
Hilton et al. (2019)	Série de cas	Intensif en clinique externe	595	S.O.	PCL-M	S.O.	Thérapie conventionnelle (2) Gestion de la colère (2) Pleine conscience (2) Carrière/soutien financier (2) Gestion des médicaments (2) Éducation familiale (2)	14

Légende : CAPS (*Clinician-Administered PTSD Scale*); CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*); CPT (*Cognitive Processing Therapy*); DBT (*Dialectical Behaviour Therapy*); EDMR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*); M-PTSD (*Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*); PCL (*PTSD Checklist*); PCL-5 (*PTSD Checklist for DSM-5*); PCL-M (*PTSD Checklist-Military*); PCL-S (*PTSD Checklist-Specific*); PENN (*Penn Inventory for PTSD*); PSS-I (*PTSD Symptom Scale - Interview*); TSPT (Trouble de stress post-traumatique)