

Évaluation des interventions pouvant favoriser le rétablissement des personnes présentant à la fois un trouble de personnalité limite et un trouble de stress post-traumatique

Rapport d'ETMIS-SS

Mylène Lévesque, M.Sc.
Aldanie Rho, M.Sc.
Marc-Olivier Trépanier, Ph.D.
Julie Mayrand, M.S.I.
Sylvie Beauchamp, Ph.D.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en 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

Mai 2019
Déposé en Novembre 2018

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 

SOMMAIRE DE GESTION

Le plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux établit plusieurs priorités relatives à la santé mentale des Québécois. Il accorde une importance particulière au rétablissement, aux problématiques complexes et à la collaboration. Le rétablissement des usagers est aussi une priorité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM). Parmi ces 20 projets prioritaires, le CIUSSS-ODIM a mis l'accent sur la fluidité des trajectoires de soins, dont la fluidité des urgences. Pour répondre à ses priorités, le CIUSSS-ODIM vise à intervenir auprès de ses grands utilisateurs.

Pour le secteur de la santé mentale, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMIS-SS) du CIUSSS-ODIM a été sollicitée afin d'évaluer les interventions pouvant favoriser le rétablissement des usagers présentant à la fois un trouble de personnalité limite (TPL) et un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les usagers présentant ces troubles concomitants posent un défi particulier quant à leur rétablissement et leur utilisation de services sociaux et de santé, notamment des services d'urgence.

La revue systématique des publications scientifiques sur les interventions psychothérapeutiques pouvant favoriser le rétablissement des usagers avec TPL et TSPT nous a permis d'identifier différents modèles d'interventions. La thérapie dialectique comportementale associée à la thérapie d'exposition semble être d'une efficacité presque établie pour les symptômes du TSPT, tout comme la thérapie d'exposition. Une méta-analyse des études contrôlées randomisées incluses démontre l'efficacité dans leur ensemble des thérapies psychothérapeutiques dédiées aux usagers présentant les troubles de TPL-TSPT par rapport aux interventions usuelles pour les symptômes de TSPT, de dépression et les symptômes psychologiques généraux. Les données expérientielles et contextuelles indiquent qu'il n'y a pas d'offre de services intégrés pour les personnes ayant le double diagnostic au CIUSSS-ODIM. À cet effet, l'UETMIS-SS recommande de réviser le continuum de services afin d'intégrer les psychothérapies et donner accès à des services efficaces reliés au rétablissement.

© 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 :

Lévesque, Mylène; Rho, Aldanie; Trépanier, Marc-Olivier; Mayrand, Julie; Beauchamp, Sylvie (2019). Évaluation des interventions pouvant favoriser le rétablissement des personnes présentant à la fois un trouble de personnalité limite et un trouble de stress post-traumatique. 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, 2019

ISBN : 978-2-550-84007-7

www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

AUTEURS

Mylène Lévesque, M.Sc.	Agente de planification, de programmation et de recherche
Aldanie Rho, M.Sc.	Agente de planification, de programmation et de recherche
Marc-Olivier Trépanier, Ph.D.	Agent de planification, de programmation et de recherche
Julie Mayrand, M.S.I.	Agente de planification, de programmation et de recherche
Sylvie Beauchamp, Ph.D.	Chef de l'UETMISSS

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Alain Brunet, Ph.D.	Directeur, Division de recherche psychosociale, Institut en santé mentale Douglas
Christine Maltais, Ph.D.	Agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COMITÉ DE SUIVI

Les auteurs aimeraient remercier les personnes suivantes pour leur contribution à ce rapport.

Nom	Titre	Direction
André Mpiana	Chef de services ambulatoires intégrés troubles complexes de l'humeur	Direction santé mentale et dépendances
Catherine Rodrigue	Conseillère cadre en éthique	Direction accès, qualité, performance et bureau de projet
François Provost	Chef de services ambulatoires troubles complexes de l'humeur	Direction santé mentale et dépendances
Jean-Sébastien Leblanc	Psychologue	Direction santé mentale et dépendances
Jessica Le	Psychologue	Direction santé mentale et dépendances
Marie-Chantale Riverin-Simard	Infirmière à la gestion des épisodes de soins	Direction santé mentale et dépendances
Marion Lepage	Chef de services intégrés de suivi dans la communauté	Direction santé mentale et dépendances
Roxanne Ste-Marie	Conseillère cadre réadaptation sociale	Direction des services multidisciplinaires

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêt à signaler.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leur soutien à la réalisation du présent rapport :

Frederique Van Den Eynde, MD, PhD	Psychiatre, chef de l'urgence IUSMD, CIUSSS-ODIM
Iuliana Pohontu Paunet	Spécialiste en procédés administratifs, Direction accès, qualité, performance et bureau de projet, CIUSSS-ODIM
Mark Rabinovitch, MD	Psychiatre, MEL, IUSMD, CIUSSS-ODIM
Ruben Martins	Psychiatre, IUSMD, CIUSSS-ODIM

COORDONNÉES

Uetmis-ss.comtl@ssss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DE GESTION.....	ii
LISTE DE FIGURES.....	vi
LISTE DE TABLEAUX	vi
ABRÉVIATIONS.....	vii
GLOSSAIRE	viii
1 INTRODUCTION.....	10
1.1 Contexte.....	10
1.2 Description du TPL et du TSPT	11
2 OBJECTIFS	12
2.1 Question d'évaluation.....	12
2.2 Cadre d'analyse.....	13
3 MÉTHODES.....	14
3.1 Revue systématique.....	14
3.1.1 Sources des données et stratégie de recherche	14
3.1.2 Sélection des études	14
3.1.3 Extraction des données.....	15
3.1.4 Évaluation de la qualité.....	15
3.1.5 Analyse des données.....	16
3.2 Collecte de données contextuelles et expérientielles	16
3.3 Développement des recommandations.....	17
3.4 Validation scientifique	17
4 RÉSULTATS.....	17
4.1 Revue systématique.....	17
4.1.1 Résultats de la recherche documentaire	17
4.1.2 Caractéristiques des études	17
4.1.3 Évaluation de la qualité.....	17
4.1.4 Résultats d'efficacité rapportés selon le type d'intervention.....	18
4.1.5 Synthèse des résultats scientifiques	25
4.2 Données contextuelles.....	31
4.2.1 Portait des soins et services de santé mentale au sein du CIUSSS-ODIM.....	31
4.2.2 Services communautaires	33
4.2.3 Autres services	33
4.2.4 Efficacité des thérapies	33
4.3 Données expérientielles.....	34
5 SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES, CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES	35
6 DISCUSSION	35
7 RECOMMANDATIONS.....	39
RÉFÉRENCES	40
ANNEXES.....	47

Annexe 1. Requêtes dans les bases de données	47
A1.1 Medline	47
A1.2. PubMed.....	48
A1.3. PsycINFO	51
A 1.4. CINAHL	52
A 1.5. Embase.....	53
A 1.6. Cochrane Library	54
Annexe 2. Autres sources de documents	55
Annexe 3. Grille d'extraction	56
Annexe 4. Canevas d'entrevue	57
Annexe 5. Diagramme de flux PRISMA.....	58
Annexe 6. Articles exclus et raisons d'exclusion.....	59
Annexe 7. Évaluation de la qualité des études incluses	68
Annexe 8. Caractéristiques des sujets selon le type de thérapie	70
Annexe 9. Efficacité des différentes thérapies selon les dimensions du rétablissement	74
Annexe 10. Données des méta-analyses	79

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Diagramme de Forest (TSPT)	29
Figure 2. Diagramme de Forest (TPL)	29
Figure 3. Diagramme de Forest (dépression)	30
Figure 4. Diagramme de Forest (anxiété)	30
Figure 5. Diagramme de Forest (symptômes psychologiques généraux)	31
Figure 6. Évaluation de la qualité des ECR, ECNR, études de cohorte et des études avant-après selon l'échelle <i>Downs and Black</i>	68
Figure 7. Évaluation de la qualité des études de cas et de séries de cas selon l'échelle CARE	69

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1. Nombre moyen d'heures de séjour au département de l'urgence de l'IUSMD selon les principaux diagnostics associés pour la période du 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017	10
Tableau 2. Nombre d'usagers présentant un TPL et/ou un TSPT ayant consulté aux urgences du CIUSSS-ODIM du 1 ^{er} juillet 2016 au 30 juin 2017	12
Tableau 3. Élément PICOTS de la question d'évaluation.....	13
Tableau 4. Dimensions du rétablissement et facteurs associés selon le cadre théorique de Whitley	13
Tableau 5. Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature scientifique et de la littérature grise	15
Tableau 6. Système de classification de l'efficacité des interventions	16
Tableau 7. Synthèse des résultats de la revue systématique présentés par thérapie et selon le type de rétablissement en lien avec le niveau de preuve.....	25
Tableau 8. Offre de services pour TPL et TSPT au CIUSSS-ODIM	32
Tableau 9. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TDC-TE.....	70
Tableau 10. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TDC.....	71
Tableau 11. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TE.....	71
Tableau 12. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TCC	72
Tableau 13. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité des autres modes d'interventions.....	73
Tableau 14. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la TDC-TE	74
Tableau 15. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TDC.....	75
Tableau 16. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TE	76
Tableau 17. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TCC	76
Tableau 18. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour les autres thérapies..	77
Tableau 19. Résultats des essais contrôlés randomisés liés aux symptômes de TSPT	79
Tableau 20. Résultats des essais contrôlés randomisés liés aux symptômes de TPL	79
Tableau 21. Résultats des essais contrôlés randomisés liés aux symptômes de dépression	80
Tableau 22. Résultats des essais contrôlés randomisés liés aux symptômes d'anxiété.....	80
Tableau 23. Résultats des essais contrôlés randomisés liés aux symptômes psychologiques généraux.....	80

ABRÉVIATIONS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
CHSM	Centre hospitalier Saint-Mary
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
CIUSSS-ODIM	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
DARE	<i>Database of Abstracts of Reviews of Effects</i>
DAUER	Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
DLL	Dorval-Lasalle-Lachine
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ECR	Essai contrôlé randomisé
ECNR	Essai contrôlé non randomisé
ET	Écart type
ETMIS-SS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
MEL	Module d'évaluation liaison
MIR	Module d'intervention rapide
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'action en santé mentale
PICOTS	Population/Problème, intervention, comparaison, <i>outcome</i> (résultat), temporalité et setting (ou milieu)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDC	Thérapie dialectique comportementale
TDC-TE	Thérapie dialectique comportementale avec thérapie d'exposition
TE	Thérapie d'exposition
THAI	Trouble de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité
TPL	Trouble de personnalité limite
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UETMIS-SS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
UIB	Unité d'intervention brève

GLOSSAIRE

Dramathérapie	Approche active et expérientielle utilisant les outils du théâtre et du drame dans un but thérapeutique. Elle peut fournir le contexte pour que les usagers racontent leurs histoires, fixent des buts et résolvent des problèmes, expriment des sentiments, ou réalisent la catharsis. Les usagers peuvent élargir leur répertoire de rôles dramatiques pour constater que leurs propres rôles dans la vie ont été renforcés (traduction libre) (1).
Étude avant-après	« Plan de recherche selon lequel un groupe de sujets est observé avant et après une intervention ou une exposition à un facteur donné » (2).
Étude de cas	« Étude d'observation sans groupe témoin portant sur une intervention, ou l'exposition à un facteur donné, et son résultat chez un seul individu » (2).
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 » (2).
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 » (2).
Étude contrôlée non randomisée	« Essai clinique dans lequel les sujets sont répartis entre un groupe expérimental et un groupe témoin par une méthode non randomisée, en fonction des contraintes pratiques des chercheurs, par exemple, ou par d'autres méthodes comme l'allocation des traitements en alternance » (2).
Étude contrôlée randomisée	« Essai portant sur au moins deux interventions, dans lequel les personnes admissibles sont réparties aléatoirement entre le groupe traité et le groupe témoin » (2).
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 » (3).
Services de première ligne	« Le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide » (4).
Service de deuxième ligne	« Ces derniers sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées, en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. Cependant, dans le secteur des jeunes en difficulté, bien que la Direction de la protection de la jeunesse offre des services spécialisés, elle constitue aussi une porte d'entrée en vertu des lois en vigueur » (4).
Service de troisième ligne	« Ces derniers sont, habituellement, des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares » (4).
Thérapie cognitivo-comportementale	Approche thérapeutique fondée sur la prémisse que les cognitions influencent les sentiments et comportements, de même que les comportements subséquents et les émotions peuvent influencer les cognitions. La TCC comporte donc deux aspects: la thérapie comportementale et la thérapie cognitive. La thérapie cognitive est basée sur la théorie que des idées négatives ainsi que des comportements inadaptés sont le résultat de modes de pensée erronés. Alors que la thérapie comportementale repose sur la théorie que le comportement peut être modifié. Les interventions thérapeutiques visent alors à remplacer ces pensées dysfonctionnelles, ce qui conduit à une remédiation des pensées, des émotions et des comportements problématiques (traduction libre) (5).
Thérapie d'admission brève	Mode d'intervention proposé aux usagers avec TPL lors d'épisodes de crise. Il consiste en une admission d'une durée maximale prédéterminée, et ce dans le cadre d'un plan de traitement négocié entre le clinicien et l'utilisateur (6).
Thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux	Psychothérapie structurée qui encourage l'utilisateur à se concentrer brièvement sur la mémoire du traumatisme tout en expérimentant une stimulation bilatérale (mouvements oculaires généralement); elle est associée à une réduction de l'émotion associée aux souvenirs traumatiques. Elle comprend huit phases (histoire de l'utilisateur et planification, préparation, évaluation, désensibilisation, installation de la croyance positive, scan corporel, fermeture de la session, réévaluation) (traduction libre) (7).
Thérapie d'exposition	Approche thérapeutique de type cognitivo-comportemental conçue pour aider les usagers présentant un TSPT.

	Ils sont invités à traiter leurs expériences traumatisantes en les amenant à confronter certains souvenirs (situations, lieux, choses) de manière répétée. Les usagers sont également invités à s'exposer eux-mêmes aux souvenirs traumatiques durant les séances de thérapie, afin de consolider l'apprentissage que les souvenirs ne sont pas nuisibles et qu'ils sont capables de tolérer la détresse associée à la confrontation de ces souvenirs. La psychoéducation sur les traumatismes et le TSPT ainsi que de la rééducation respiratoire font également partie de cette thérapie (traduction libre)(8).
Thérapie dialectique comportementale	Approche thérapeutique développée pour les usagers avec TPL présentant des idées suicidaires. Fondée sur la thérapie cognitivo-comportementale, elle cible les comportements suicidaires, ceux qui interfèrent avec la thérapie et ceux jugés dangereux ou déstabilisants. Elle vise à amener les usagers à développer des capacités d'adaptation plutôt que de réagir de manière polarisée et à s'engager à améliorer leur situation. Quatre composantes fondamentales constituent la TDC : 1. Psychothérapie individuelle hebdomadaire pour discuter des problèmes, définir des objectifs de traitement hiérarchique et améliorer l'utilisation des aptitudes. 2. Psychothérapie de groupe hebdomadaire pour apprendre à utiliser des aptitudes spécifiques, dont la pleine conscience, les relations interpersonnelles, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse. 3. Consultation téléphonique au besoin. 4. Équipe de consultation entre les thérapeutes (9).
Thérapie dialectique comportementale associée à la thérapie d'exposition	Modèle incorporant d'une part des stratégies et procédures de la TDC de sorte à adresser le TPL et de l'autre, il utilise la thérapie d'exposition pour le TSPT. La thérapie procède par 4 phases dont : 1. Assurer la stabilité, sécurité et alliance thérapeutique. 2. Exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques. 3. Synthèse des apprentissages. 4. Augmentation du respect de soi, travail sur l'accomplissement et l'atteinte des objectifs personnels, développement de la capacité de ressentir de la joie (10).
Thérapie intégrative	Approche prenant en compte plusieurs perspectives du fonctionnement humain : psychodynamique, comportementaliste, centré sur l'utilisateur, thérapie familiale, psychanalytique, et autres, chacun fournissant une explication valable de la fonction psychologique et comportementale. Cette approche renvoie également au processus d'intégration de la personnalité dans les domaines affectif, cognitif, comportemental, physiologique et systémique. Les interventions visent à engager l'utilisateur dans une prise de conscience de ses problèmes dans ses relations avec les autres et à le rendre plus autonome en maximisant son fonctionnement (11).
Thérapie interpersonnelle	Approche brève et structurée traitant des problèmes interpersonnels. Elle est fondée sur la présomption que les problèmes de santé mentale et les problèmes interpersonnels sont interreliés. Elle vise à aider les usagers à comprendre l'influence des problèmes interpersonnels sur leur situation de vie actuelle, ce qui occasionne de la détresse et les mettent à risque de développer des problèmes de santé mentale. Les problèmes interpersonnels spécifiques ainsi conceptualisés dans la psychothérapie interpersonnelle incluent les conflits interpersonnels, les transitions de rôles, les deuils et les déficits interpersonnels. Cette thérapie explore les perceptions individuelles et les attentes relationnelles, de sorte à améliorer la communication et les compétences interpersonnelles (traduction libre) (5).

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

Les problématiques de santé mentale touchent plus de 20% de la population québécoise (12). Compte tenu de ces données populationnelles et de l'impact significatif des problèmes de santé mentale, le gouvernement et les différents prestataires de soins et de services sociaux ont établi des objectifs et des orientations afin de favoriser le bien-être psychologique de la population québécoise. Le gouvernement provincial a établi ses priorités en santé mentale par le plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 (13). Le PASM institue différentes orientations quant aux soins et services en santé mentale (13). Entre autres, le PASM favorise les soins diversifiés orientés vers le rétablissement, la continuité des services, les pratiques collaboratives, la capacité à soutenir des personnes atteintes de problèmes complexes, l'amélioration des résultats cliniques, de la qualité des services et de la performance.

En cohérence avec le PASM, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM) a inscrit l'accès et la continuité des services et soins en santé mentale comme l'une de ses priorités, dont le programme de fluidité de la trajectoire des usagers, incluant les services d'urgence. Ces projets visent, entre autres, à créer une trajectoire de services adaptée aux grands utilisateurs et à donner des alternatives aux visites à l'urgence. En lien avec cette orientation, les travaux de l'infocentre du CIUSSS-ODIM ont permis d'identifier les grands utilisateurs de services. Les personnes ayant un trouble de personnalité limite (TPL) représentent les troisièmes plus grands utilisateurs en termes de nombre d'heures moyen du séjour à l'urgence (voir tableau 1). Aussi en lien avec les problématiques complexes, le TPL et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) sont deux troubles souvent concomitants (14-16).

Tableau 1. Nombre moyen d'heures de séjour au département de l'urgence de l'IUSMD selon les principaux diagnostics associés pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017

Diagnostic	# heures	%
1. Dépression	4222	10
2. Schizophrénie	3548	9
3. Trouble de personnalité limite	2739	7
4. Psychose non organique, sans précision	2220	5
5. Trouble schizo-affectif, sans précision	2037	5

Sources : Infocentre, Service de performance et statistiques, infocentre du CIUSSS-ODIM

Les priorités ministérielles orientées vers le rétablissement et les problèmes complexes, ainsi que le projet organisationnel sur la fluidité des urgences a dirigé les travaux de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMIS-SS) vers l'évaluation des meilleures pratiques pour le rétablissement des usagers présentant un double diagnostic TPL et de TSPT. L'évaluation portera plus précisément sur

L'efficacité des interventions sociales, éducatives et psychologiques pour les usagers ayant le double diagnostic.

1.2 Description du TPL et du TSPT

Le TPL est un trouble psychiatrique de l'axe 2 caractérisé par de l'instabilité identitaire et relationnelle, de l'impulsivité et de la dérégulation émotionnelle (17). Selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec, le TPL a une prévalence variant de 0,7 à 5,9% (18). Celui-ci est associé à un risque suicidaire élevé (4-10 %) et à de profondes altérations du fonctionnement psychosocial (19, 20). Le TPL est donc associé à une utilisation importante de services reliés à des coûts substantiels pour le système de santé et de services sociaux (21-23). Le suicide constitue, par ailleurs, la première cause de décès de ces usagers, avec plus de 20 % du taux de mortalité (18). Malgré la sévérité et la complexité du TPL, les écrits suggèrent un rétablissement du TPL au long terme, avec un taux de rémission de 50 % après dix ans (24).

La notion de traumatisme est centrale à l'établissement d'un diagnostic de TSPT. La personne ayant un TSPT peut avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confrontée à une ou plusieurs situations pouvant occasionner la mort ou des blessures graves (17). Dans le mois qui suit l'exposition à l'évènement traumatique, il peut se développer un état de stress aigu avec des symptômes d'hyperactivation neurovégétative (irritabilité, réaction de sursaut, trouble de sommeil), des évitements comportementaux et cognitifs, de l'émoussement émotionnel¹, des signes de réexpériences de l'évènement traumatique (souvenirs, flashbacks, rêves) et des difficultés fonctionnelles, sociales et professionnelles. Lorsque ces symptômes durent plus d'un mois, le diagnostic de TSPT est posé. Au Canada, on rapporte une prévalence de TSPT de 9,2 % (25). Des coûts sociaux et économiques considérables y sont associés (26, 27). Par ailleurs, ceux n'ayant pas recours aux services seraient plus à risque d'avoir des symptômes qui perdurent, de développer d'autres problèmes de santé mentale et d'être réadmis (28).

Le TPL et le TSPT sont deux troubles de santé mentale distincts, mais possèdent un potentiel de chevauchement important pour certains symptômes (29). En termes de données épidémiologiques de cette concomitance TPL et TSPT, une prévalence variant de 30 à 79 % de TSPT dans un contexte de TPL est estimée (14-16). Réciproquement, on évalue à entre 20 et 44,6 % de cas de TPL au sein d'une population présentant un diagnostic primaire de TSPT (15, 16). Dans notre CIUSSS, la prévalence d'un TSPT concomitant pour les usagers avec un TPL est de 44% (tableau 2). L'importance de la cooccurrence de ces troubles appuie la décision d'accorder une attention particulière au rétablissement de cette clientèle.

Deux hypothèses majeures ont été avancées afin d'expliquer la cooccurrence élevée des deux troubles. La première hypothèse expose que chacun des troubles pourrait être un facteur de risque à développer l'autre. Alors que la seconde propose une étiologie pathologique se ressemblant (1). En regard à la première hypothèse, une étude a démontré que les sujets ayant un TPL avaient trois fois plus de chance de développer un TSPT comparativement à des sujets

¹ « Réduction de l'intérêt général, sentiment de détachement ». Termium Plus, , consulté le 2 août 2018

ayant d'autres troubles de personnalité (2). D'autres suggèrent que la difficulté à réguler les émotions présentes chez les individus ayant un TPL pourrait augmenter les chances d'une réaction anxieuse à un événement traumatique(3, 4). En ce qui concerne la seconde hypothèse, certaines ressemblances neurobiologiques ont aussi été rapportées. Le TPL et le TSPT ont été associés à un volume de l'hippocampe et de l'amygdale inférieur à la moyenne (5-7). Les sujets ayant un des deux troubles démontrent aussi plus de symptômes dissociatifs que les sujets ayant d'autres troubles de santé mentale (8-10).

Les traumatismes durant l'enfance sont aussi associés au développement à la fois du TPL et du TSPT (11, 12). Dans une revue de littérature systématique, Ibrahim et al. ont démontré une association entre des traits de TPL chez les enfants de moins de 12 ans et la maltraitance (13). Toutes les études incluses dans cette revue ont démontré des résultats en ce sens. Différentes études de cohorte ont démontré que les enfants ayant été maltraités développaient plus de TPL ou de symptômes TPL (14-16). De plus, jusqu'à 71 % des individus ayant un diagnostic de TPL rapportent des histoires de maltraitance durant l'enfance (17, 18). Le TSPT est aussi souvent relié à l'abus durant l'enfance (19). Des taux plus hauts de maltraitance durant l'enfance ont été associés aux TSPT (20-22).

Tableau 2. Nombre d'usagers présentant un TPL et/ou un TSPT ayant consulté aux urgences du CIUSSS-ODIM du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2017

Établissements	LakeShore (42444)	LaSalle (26 843)	St-Mary (36886)	IUSMD (6115)	CIUSSS (112 288)
Indicateurs					
Usagers TPL	7	0	ND	407	414
Usagers TSPT	5	3	ND	57	65
Usagers TPL et TSPT	5	ND	ND	324	329

Les nombres entre parenthèses représentent le nombre total de visites à l'urgence pour période établie

Source : Infocentre, Service performance et statistiques du CIUSSS-ODIM

2 OBJECTIFS

2.1 Question d'évaluation

La question décisionnelle retenue à l'étape de cadrage et validée par le demandeur était la suivante : « Quelles sont les interventions efficaces et acceptables pour le rétablissement des usagers présentant un TPL et un TSPT? ». Le tableau 3 présente les éléments du PICOTS (population, intervention, comparateur, résultats/outcomes, temporalité, milieu d'intervention/*setting*) établis à partir de la question décisionnelle.

Tableau 3. Élément PICOTS de la question d'évaluation

P	Trouble de personnalité limite et trouble de stress post-traumatique
I	Toute intervention sociale, éducative et psychologique thérapeutique
C	Avec ou sans comparateur
O	Rétablissement
T	Tels que rapportés
S	Tels que rapportés

À partir du PICOTS, la question d'évaluation suivante a été formulée : « Quelles sont les interventions pouvant favoriser le rétablissement des personnes présentant à la fois un TPL et un TSPT ? ».

2.2 Cadre d'analyse

La Substance Abuse and Mental Health Service (SAMHSA) définit le rétablissement comme : « Un processus de changement durant lequel les individus améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie qu'ils dirigent et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel » (traduction libre) (30). En lien avec cette définition, le cadre théorique du rétablissement proposé par Whitley (31) a été retenu pour structurer l'analyse des données scientifiques de ce rapport. L'auteur propose un ensemble de dimensions qui recoupe à la fois la perspective des services centrés sur l'utilisateur et l'amélioration des symptômes cliniques et physiques. Le modèle présente cinq dimensions du rétablissement, soit le rétablissement : clinique, existentielle, fonctionnelle, physique et social. Le tableau 4 présente les indicateurs de rétablissement des cinq dimensions.

Tableau 4. Dimensions du rétablissement et facteurs associés selon le cadre théorique de Whitley

Dimensions	Facteurs
Clinique	Symptômes Soins médicaux Médication psychotrope Thérapies verbales et comportementales
Existentiel	Religion et spiritualité Capacité d'agir et auto-efficacité Sentiment d'autonomie
Fonctionnel	Emploi Éducation Logement
Physique	Diète Exercice physique Tabagisme Abus et dépendance aux substances
Social	Famille, amis, pairs Communauté Activités sociales

Tiré, traduit et adapté de Whitley et al. (2010) (31)

3 MÉTHODES

3.1 Revue systématique

Afin de répondre à la question d'évaluation, une revue systématique a été réalisée. La revue systématique a été faite en suivant un plan de réalisation préétabli en accord avec le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (32).

3.1.1 Sources des données et stratégie de recherche

La recherche documentaire a été menée par une professionnelle de l'information (JM) en collaboration avec les professionnelles scientifiques du projet (AR et ML). Les stratégies de recherche dans les bases de données bibliographiques principales reposent sur la combinaison de deux concepts clés : le TPL et le TSPT. Les bases de données qui ont été interrogées les 6 et 7 septembre 2017 sont : Medline (via Ovid), PubMed, PsycINFO (via Ovid), CINAHL Complete (via Ebsco), Embase (via Ovid) et la *Cochrane Database of Systematic Reviews* (via la *Cochrane Library*). Les stratégies de recherche, constituées de vocabulaire libre et contrôlé, ont été développées spécifiquement pour chaque base de données, en tenant compte des particularités de celles-ci (voir les stratégies détaillées dans l'[annexe 1](#)). Aucune limite n'a été appliquée pour les dates de publication, mais seuls les articles en anglais et en français ont été retenus. La stratégie de recherche pour Medline a été révisée par une paire selon la méthode PRESS (33) et jugée adéquate. Les doublons des bases de données bibliographiques ont été éliminés manuellement en une série d'étapes dans le logiciel EndNote.

D'autres sources spécialisées, incluant des sources de littérature grise, ont été fouillées (voir la liste complète dans l'[annexe 2](#)). Parmi celles-ci, on retrouve la base de données *Published International Literature on Traumatic Stress*, qui a été interrogée avec le concept de TPL, et le registre de protocoles de revues systématiques *Prospero*. L'interrogation de la *Cochrane Database of Systematic Reviews* via la *Cochrane Library* a aussi permis de fouiller simultanément d'autres bases secondaires, dont la *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, la *Health Technology Assessment Database* et le *Cochrane Central Register of Controlled Trials*.

D'autres méthodes de recherche ont aussi été utilisées, telles que la recherche par citations. Une tentative de recherche avec la fonction « Cité par » de Google Scholar a été tentée à partir des articles sélectionnés. Cette recherche a généré trop de bruit et n'a donc pas été retenue. La recherche par citations a plutôt été effectuée via un examen des bibliographies des études sélectionnées ainsi que des bibliographies de revues de littérature exclues.

3.1.2 Sélection des études

Ce projet contient les études sélectionnées répondant aux critères décrits dans le tableau 5, en accord avec les éléments du PICOTS (tableau 3). Pour les revues systématiques, seules celles répondant aux critères suivants ont été retenues : recherche de la littérature dans au moins trois bases de données, évaluation de la qualité des études, liste claire de critères d'inclusion et d'exclusion, étapes de sélection, extraction et évaluation de la qualité faites par deux évaluateurs. Les articles ont été sélectionnés, dans un premier temps, à partir des titres et

des abrégés. Dans un second temps, suite à la lecture complète des articles sélectionnés, les articles pertinents ont été retenus. Les décisions quant à l'inclusion ou l'exclusion des études ont été faites indépendamment et par consensus par deux professionnelles scientifiques (ML et AR). En cas de désaccord, un troisième professionnel scientifique de l'UETMIS-SS du CIUSSS-ODIM a été sollicité pour trancher la décision.

Tableau 5. Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature scientifique et de la littérature grise

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Études évaluant l'efficacité d'une ou des intervention(s) ou programme(s) ou modèle(s) pour les personnes présentant à la fois un TPL et un TSPT ; • Études publiées en anglais et en français.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Études portant strictement sur le traitement pharmacologique ; • Études dont l'échantillon comporte moins de 50 % de participants présentant le double diagnostic TPL et TSPT et ne présentant pas de sous-analyse spécifique sur le TPL et le TSPT ; • Revue non systématique.

3.1.3 Extraction des données

Suite à la sélection des études, les données retenues ont été colligées grâce à une grille d'extraction préétablie. Celle-ci incluait des éléments relatifs au PICOTS et certains éléments méthodologiques (voir [annexe 3](#)). L'extraction des données a été réalisée par une professionnelle scientifique (AR) et validée pour 50 % par deux autres professionnelles scientifiques (ML et MOT).

3.1.4 Évaluation de la qualité

Deux professionnelles scientifiques ont évalué la qualité méthodologique des études incluses de manière indépendante (AR et ML). Les désaccords ont été résolus par consensus avec un troisième professionnel scientifique de l'UETMIS-SS.

L'échelle de *Downs and Black* (34) est une liste de contrôle validée qui permet l'évaluation des essais contrôlés randomisés (ECR), des essais contrôlés non randomisés (ECNR), des études avant-après, et des études de cohorte. Cet outil comprend 27 items répartis en 5 domaines qui évaluent la qualité et l'exhaustivité de l'étude (10 items), la validité externe (3 items), la validité interne reliée au biais (7 items), la validité interne reliée aux éléments confondants (6 items) ainsi que la puissance statistique (1 item). Le score maximal est de 28. Une échelle de notation a été utilisée avec les catégories : faible (0-9 points), moyen (10-18 points) et bon (19-28 points).

N'ayant pas recensé d'outil d'évaluation de la qualité validé pour les études de cas ou les séries de cas, l'outil CARE (*Case Report*) a été utilisé. La grille CARE est une liste de vérification élaborée par un groupe d'experts afin d'augmenter l'exhaustivité et la transparence lors de la rédaction d'études de cas (35). Elle comporte 13 sections pour un total de 30 questions cotées selon la présence ou l'absence de l'item (non = 0 ; oui = 1). Une échelle de notation avec les catégories : faible (0-10 points), moyen (11-20 points) et bon (21-30 points) a été utilisée.

3.1.5 Analyse des données

L'analyse des résultats a été faite en regroupant les études par catégories de thérapies : thérapie dialectique comportementale avec thérapie d'exposition (TDC-TE), thérapie dialectique comportementale (TDC), thérapie d'exposition (TE), thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et autres thérapies. Les études classées ont ensuite été analysées selon le cadre de conceptuel relié au rétablissement (31). L'analyse des résultats a été faite par méta-analyse et par analyse narrative descriptive.

Pour la méta-analyse, les articles qui présentaient des données quantitatives ont été exploités pour comparer les thérapies aux traitements usuels, tout en respectant le cadre d'analyse. La méta-analyse a été réalisée avec le logiciel RevMan (version 5) (36). Les différences des moyennes standardisées ont été regroupées et analysées selon un modèle à effets aléatoires.

Pour l'analyse narrative, les facteurs relatifs aux dimensions du rétablissement ont été rapportés en termes d'augmentation (↑), de diminution (↓) ou d'aucune différence (↔). Les résultats rapportés prennent en compte la signification statistique de ceux-ci, mis à part pour les études de cas. Afin de caractériser l'efficacité des thérapies, le système proposé par Beauchamp et coll. (37), dérivé du système de classification du *National Autism Center* (38) a été utilisé (voir tableau 6). Le niveau d'évidence sera attribué en tenant compte de l'analyse de la qualité des études.

Tableau 6. Système de classification de l'efficacité des interventions

Niveau de preuve	Description
Établie	Il y a suffisamment de données scientifiques pour avancer qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées.
Presque établie	Les données scientifiques convergent, mais il y a des incohérences.
Émergente	Quelques études de qualité indiquent qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité théorique.
Non établie	Il n'existe pas de données scientifiques de qualité permettant de déterminer si une intervention a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les personnes concernées.

3.2 Collecte de données contextuelles et expérientielles

La collecte des données contextuelles et expérientielles s'est effectuée lors des rencontres avec le comité de suivi et lors de rencontres individuelles téléphoniques avec des experts du domaine. Des professionnels et gestionnaires de la santé et des services sociaux provenant de différentes directions, en collaboration avec les professionnels scientifiques de l'UETMIS-SS du CIUSSS-ODIM, ont pris part au comité de suivi des professionnels. Des canevas d'entrevue ont été élaborés et utilisés (exemple présenté dans l'[annexe 4](#)).

3.3 Développement des recommandations

Les recommandations préliminaires ont été formulées en prenant en compte la convergence entre les données scientifiques, expérientielles et contextuelles. Elles ont été présentées au comité de suivi à de fins de discussion.

3.4 Validation scientifique

Deux experts n'ayant pas participé au projet ont été invités à évaluer le contenu du rapport et à émettre leurs commentaires.

4 RÉSULTATS

4.1 Revue systématique

4.1.1 Résultats de la recherche documentaire

La présente revue systématique a permis de répertorier 5542 documents. L'[annexe 5](#) présente le processus de sélection des études. Des 5542 documents, 2194 doublons ont été retirés. Ainsi, la lecture de 3348 titres et résumés a été faites, dont 193 articles ont été retenus pour une lecture complète. Cent quarante-sept documents ont été exclus. L'[annexe 6](#) présente les articles exclus lors de cette étape ainsi que la raison de leur exclusion. Au terme de la recherche documentaire, 45 documents provenant de 38 études ont été retenus. Les autres documents étaient des analyses secondaires d'étude incluses. La grille d'extraction pour les données des articles inclus est disponible sur demande.

4.1.2 Caractéristiques des études

Les 45 publications dataient de 2001 à 2017 et provenaient des États-Unis (26), de l'Allemagne (8), des Pays-Bas (4), du Royaume-Uni (2), de l'Afrique du Sud (2), du Canada (2) et de l'Australie (1). Aucune revue systématique ou guide de pratique répondant aux critères d'inclusion n'a été repérée. Les devis des études étaient les suivants : 15 études de cas, 8 ECR, 7 études avant-après, 5 études de cohorte, 6 analyses secondaires, 3 séries de cas, et 1 ECNR. Dans l'ensemble, ces études regroupaient un nombre total de 1218 sujets, dont 1090 femmes et 128 hommes. L'âge moyen des sujets était de 31,1 ans (ET = 7,3). Dans l'ensemble du corpus, 83% des sujets présentaient à la fois un TPL et un TSPT. La durée moyenne des interventions était estimée à 13,1 mois (ET = 15,6), allant d'une semaine à 84 mois. Seize publications portaient sur la TDC-TE, huit sur la TCC, sept sur la TE et six sur la TDC. Les huit autres publications évaluaient diverses interventions soit : la désensibilisation et la reprogrammation par le mouvement des yeux (2), la psychothérapie interpersonnelle (2), la psychothérapie intégrative (2), l'admission brève (1) et la dramathérapie (1).

4.1.3 Évaluation de la qualité

Le score moyen pour les études évaluées avec le *Downs and Black* était à 17,4 (ET = 3,7) sur 28. Les études évaluées avec l'échelle CARE ont obtenu un score moyen de 20,8 (ET = 5,2)

sur 30. Les résultats détaillés de l'évaluation de la qualité des études sont présentés à l'[annexe 7](#).

4.1.4 Résultats d'efficacité rapportés selon le type d'intervention

4.1.4.1 Résultats de la TDC-TE

Seize publications portant sur l'efficacité de la TDC-TE ont été repérées, totalisant 173 sujets, dont 156 femmes. L'âge moyen était de 32,5 années (ET = 8,1). La durée moyenne de la TDC-TE était de 14,9 mois (ET = 11,7). Les caractéristiques des sujets pour chacune des études sont présentées au tableau 9 de l'[annexe 8](#). Les résultats d'efficacité pour l'ensemble des études sont présentés au tableau 14 à l'[annexe 9](#).

Le **rétablissement clinique** a été évalué au moyen de deux ECR (10, 39) et d'un ECNR (40), de cinq analyses avant-après (41-45), et de huit études de cas (46-53). Dans un premier ECR, Bohus et coll. (39) ont évalué l'efficacité de la TDC-TE auprès de 74 femmes hospitalisées pendant une période de 12 semaines. Toutes avaient subi des abus sexuels durant l'enfance. La TDC-TE a été comparée à un groupe contrôle recevant le traitement usuel (six mois de n'importe quel traitement choisi par le thérapeute sauf la TDC-TE). Dans le deuxième ECR, Harned et coll. (10) ont comparé l'efficacité de la TDC-TE à la TDC en suivi externe sur une période de 12 mois auprès de 26 femmes. Toutes étaient victimes de multiples traumatismes. Dans le ECNR, Harned et coll. (40) ont fait une analyse secondaire de deux de ses précédentes publications (10, 41), en comparant la TDC à la TDC-TE. Bohus et coll. ont rapporté une diminution des symptômes de TSPT et de dépression suite à la TDC-TE comparé au groupe contrôle, tandis qu'Harned et coll. n'ont pas observé de différence significative entre les groupes (10, 54). Bohus et coll. n'ont observé aucun changement des symptômes de TPL et de troubles dissociatifs suite à l'intervention comparée au groupe contrôle (39). Aucun changement significatif pour les symptômes psychiatriques généraux entre les groupes d'interventions et groupes contrôles n'a été observé dans les deux études (10, 39). Harned et coll. n'ont rapporté aucune différence significative entre les groupes pour les symptômes d'anxiété, les tentatives de suicide, les idées suicidaires et les automutilations (55). L'ECNR de Harned et coll. (40) a démontré une augmentation significative du bien-être global pour le groupe ayant reçu la TDC-TE. Aucune différence significative n'a été établie pour les symptômes de TSPT, de TPL, de trouble dissociatif, d'idées suicidaires et d'automutilations (56).

L'efficacité de la TDC-TE pour diminuer les symptômes de TSPT (10, 39-41, 43), de TPL (39), de dépression (10, 39), de trouble dissociatif (39, 41), psychiatriques généraux (10, 41), de détresse (57) et d'anxiété (10, 41) a été démontrée dans cinq analyses avant-après. Par ailleurs, des résultats non significatifs pour les symptômes de TPL et de trouble dissociatif ont été obtenus par Harned et coll. (56). Une diminution significative des idées suicidaires a aussi été observée dans deux études (41, 43), alors que trois études n'ont pas démontré de changement (10, 40, 54). L'efficacité de la TDC-TE n'a pas été démontrée pour les tentatives de suicide (10), les automutilations (10, 39-41) et pour le bien-être global (56). Kleindienst et coll. (58) ont démontré, dans une analyse secondaire de l'étude de Bohus et coll. (39), que la réduction des

symptômes de TSPT suite à la TDC-TE était inversement corrélée au score moyen de dissociation des sujets, suggérant une modulation de l'effet de la thérapie par les symptômes dissociatifs. L'étude d'Harned (44) a démontré un effet de la thérapie sur la diminution de certaines émotions durant le traitement. La peur, la culpabilité, la honte, et le dégoût étaient significativement différents entre les sessions, alors que la colère et la tristesse n'ont pas subi de changements significatifs. Quant à l'utilisation des services de santé, Lanius et Tuhan ont rapporté une diminution de 65 % de la durée d'hospitalisation et de 45 % du nombre de visites à l'urgence ainsi qu'une augmentation du nombre de visites en clinique externe de 153 % (59). Les résultats de Lanius et Tuhan n'ont pas fait l'objet d'analyses statistiques.

Des résultats de **rétablissement clinique** similaires à ceux rapportés dans les ECR et les études avant-après ont été observés dans les sept études de cas (46, 48, 51-53, 60, 61) et dans la série de cas (49). Six (46, 49, 51, 53, 61) de huit (48, 52) sujets ont rapporté une atténuation de leurs symptômes de TSPT. Une diminution des symptômes TPL a été observée pour un (49) de quatre sujets (46, 49, 52). Une réduction des symptômes de dépression a été observée dans quatre études (46, 51, 53, 60), ainsi qu'une réduction des symptômes d'anxiété (46, 53, 61) et de trouble dissociatif (46, 48, 61). Cinq (48, 49, 53, 61) de huit sujets (51, 52, 60) évalués ont rapporté une diminution d'acte d'automutilation et deux (51, 53) de trois sujets (60) ont mentionné une baisse des idées suicidaires. Harned et coll. ont aussi mesuré une réduction des tentatives de suicide pour deux sujets ayant reçu la TDC-TE (49). Une autre étude de Harned a fait état d'une diminution de l'utilisation de médication anxiolytique, remplacé par des stratégies TDC pour la gestion de l'anxiété (50). Brown et coll. ont observé une augmentation des visites à l'urgence et des admissions (47). Scheiderer et coll. ont aussi observé une augmentation des admissions (53).

Le **rétablissement existentiel** a été évalué dans quatre études de cas. Une augmentation de la capacité d'agir des sujets a été observée dans les quatre études (44, 46, 48, 61). Une augmentation du sentiment d'autonomie a aussi été démontrée dans trois des études (44, 46, 61).

Le **rétablissement fonctionnel** suite à la TDC-TE a été mesuré dans trois études de cas (46, 49, 60) et une étude avant-après (59). Les auteurs de deux études de cas (46, 47) et de l'étude avant-après (59) ont rapporté un retour à l'emploi des sujets. Toutefois, les auteurs d'une troisième étude de cas (49) ont souligné qu'un des deux sujets avait perdu son emploi en raison de l'anxiété croissante durant la thérapie. Des résultats positifs pour un maintien ou un retour aux études ont aussi été démontré dans une étude avant-après (59) et quatre études de cas (44, 52, 53, 60).

Pour la dimension du **rétablissement social**, cinq sujets ont souligné participer à des activités sociales (44, 46, 52, 53, 60). Trois sujets ont aussi mentionné avoir de meilleures interactions avec des membres de leur famille (44, 46, 61) et deux ont souligné développer de nouvelles relations amicales (44, 46).

L'efficacité de la TDC-TE pour le **rétablissement physique** a été évaluée dans une analyse secondaire d'un ECR (40) et cinq analyses de cas. Harned et coll. (40) n'ont rapporté aucune différence entre le groupe de sujets ayant reçu la TDC-TE comparé aux sujets ayant reçu seulement la TDC, l'analyse avant-après du groupe TDC-TE n'a pas non plus démontré de résultats significatifs pour l'urgence d'utiliser des substances. Parmi les cinq études de cas évaluant l'effet de la thérapie sur l'abus ou l'utilisation de substances, trois sujets rapportent une réduction (53, 60, 61) et deux sujets ne rapportent aucun effet (48, 52).

Pour les ECR, ECNR et études avant-après, le score moyen sur la grille *Downs and Black* était de 17 (ET= 5,5), démontrant une qualité globale moyenne. Pour les études de cas, le score moyen sur la grille CARE était de 20,4 (ET = 7,0), démontrant une bonne qualité.

4.1.4.2 Résultats de la TDC

Six publications portant sur l'évaluation de la TDC ont été incluses dans cette analyse, soit trois ECR avec deux sous-analyses avant-après et trois avant-après. Ces publications incluaient un total de 411 sujets, dont 353 femmes. L'âge moyen était de 34,6 ans (ET = 8,5). La durée moyenne de la TDC était de 20,5 mois (ET = 17,0). Les caractéristiques des sujets pour chacune des études sont présentées au tableau 10 de l'[annexe 8](#). Les résultats d'efficacité pour l'ensemble des études sont présentés au tableau 15 de l'[annexe 9](#).

Des résultats pour le **rétablissement clinique** ont été rapportés dans les trois ECR (62-64). Linehan et coll. et Boritz et coll. n'ont pas démontré de résultat significatif pour les automutilations (62, 64). Linehan et coll. ont trouvé une réduction significative des tentatives de suicide entre les groupes, contrairement à Boritz et coll. qui n'ont pas mesuré de différence. Harned et coll. ont démontré une réduction significative des symptômes de troubles dissociatifs (63). Quant aux services de santé, une réduction significative a été rapportée pour les visites à l'urgence, les admissions hospitalières, l'usage de la médication psychotrope et les coûts directs des services (62). Harned et coll. souligne aussi une différence significative dans le nombre de pertes au suivi entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, le premier ayant moins quitté le traitement prématurément (63). Les résultats n'étaient pas significatifs pour les symptômes de TSPT (63), de TPL (64), de détresse psychologique (64), de dépression (62, 63), de troubles alimentaires (63), d'anxiété (63) et d'idées suicidaires (62). Boritz et coll. (64) ont comparé les sujets ayant un TPL seul à ceux ayant un TPL et un TSPT. Ils ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes à la fin du traitement pour les automutilations et les tentatives de suicide, et que les sujets avec le double diagnostic avaient une détresse psychologique globale plus élevée à la fin du traitement.

Dans leur étude avant-après, Barnicot et Priebe ont souligné une réduction significative des symptômes de TPL (65). Une réduction significative des troubles dissociatifs (66), des idées suicidaires (62, 66) des symptômes de dépression (67) et des automutilations (62, 66, 68) ont été mesurées.

Sur le plan du **rétablissement physique**, Harned et coll. ont rapporté dans un ECR (63) et dans une étude avant-après (69) des réductions significatives de trouble de dépendance aux substances. Aucun auteur n'a rapporté des résultats sur les dimensions existentielles, fonctionnelles et sociales du rétablissement. Une évaluation économique partielle réalisée auprès d'un échantillon de vétérans (n=41) a été identifiée (70). La qualité méthodologique de cette étude économique a été évaluée avec la liste de critères du BMJ (71). Basée sur cette liste, l'étude répondait à peu de critères. Certaines lacunes méthodologiques limitaient l'interprétation des résultats dont : l'absence de groupe contrôle, l'absence de données sur l'utilisation des services au cours de la période de suivi, le manque de considération des coûts indirects et l'absence de précision sur l'année de référence des coûts.

Les études portant sur l'évaluation de la TDC étaient de bonne qualité avec un score moyen de 18,3 (ET = 3,4) sur la grille *Downs and Black*.

4.1.4.3 Résultats de la TE

Sept publications sur la TE ont été incluses dans cette analyse, soit trois ECR avec une sous-analyse avant-après, trois avant-après et une série de cas, totalisant 139 sujets dont 138 femmes. L'âge moyen était de 35,2 années (ET = 4,4). La durée moyenne de l'intervention était de 4,0 mois (ET = 4,1). Parmi ces études, quelques différences dans les approches thérapeutiques ont été notées, soit la thérapie d'exposition intensive à l'interne pendant cinq jours (72), la thérapie d'exposition narrative (73-76), et celle combinant l'exposition imaginative et *in vivo* (77). Les caractéristiques des sujets pour chacune des études sont présentées au tableau 11 de l'[annexe 8](#). Les résultats d'efficacité pour l'ensemble des études sont présentés au tableau 16 de l'[annexe 9](#).

Les auteurs de deux ECR ont mesuré l'efficacité d'une TE sur le **rétablissement clinique** (73, 77), démontrant des résultats contradictoires. Une réduction significative des symptômes de TSPT, de dépression, des symptômes psychologiques généraux et d'anxiété a été démontrée dans un ECR (77). Dans l'autre ECR (73), des résultats non significatifs ont été observés, tant pour les symptômes de TSPT que pour les symptômes de TPL, de dépression et de troubles dissociatifs. Feeny et coll. (78) ont aussi comparé les sujets TSPT avec et sans caractéristique TPL. Pour tous les symptômes mesurés (anxiété, dépression, TSPT, fonctionnement social), il n'y avait pas de différence entre les groupes, ceux-ci expérimentaient la même diminution.

Les auteurs des études avant-après ont observé une réduction significative des symptômes de TSPT (73, 74, 78, 79), de TPL (73, 74, 79), de dépression (73, 74, 78, 79), de trouble dissociatif (73, 74, 79) et d'anxiété (78). Hendriks et coll. (72) ont aussi démontré une réduction des symptômes de TSPT et d'anxiété par leur série de cas (dans deux cas sur trois), ainsi qu'une amélioration sur le **rétablissement existentiel** en soulignant l'accroissement d'un sentiment d'autonomie chez les sujets (72).

Une seule étude portant sur le **rétablissement physique** a été repérée (76). Cette publication est une analyse secondaire d'un ECR (73). Une amélioration du sommeil avec une

réduction des périodes d'éveils, une réduction dans la latence du sommeil, ainsi qu'un sommeil paradoxal plus long ont été mesurés.

Le score moyen sur la grille *Downs and Black* était de 16,3 (ET = 1,5), démontrant une qualité globale moyenne. La série de cas d'Hendricks (72) a obtenu un score de 27 sur l'échelle CARE, correspondant à un bon score de qualité.

4.1.4.4 Résultats de la TCC

Huit publications portant sur la TCC ont été incluses dans cette analyse, incluant trois ECR dont deux avec sous-analyse avant-après, un avant-après, une étude de cohorte et trois études de cas. En tout, 286 sujets, dont 234 femmes, ont été inclus dans ces études. L'âge moyen des sujets était de 34,1 années (ET = 7,4) et la durée moyenne de l'intervention était de 6,1 mois (ET = 4,2). Les interventions repérées dans ces publications incluaient des techniques distinctes de TCC, dont la restructuration cognitive (80, 81), la thérapie cognitive selon le modèle de Ehlers et Clark (82), la thérapie des processus cognitifs (83, 84), ainsi que le modèle intégrant la TCC à la TE (85, 86). Les caractéristiques des sujets pour chacune des études sont présentées au tableau 12 de l'[annexe 8](#). Les résultats d'efficacité pour l'ensemble des études sont présentés au tableau 17 de l'[annexe 9](#).

Les auteurs des huit études ont évalué l'effet de la TCC sur le **rétablissement clinique**. Une diminution significative des symptômes de TSPT a été observée dans un ECR (85), mais pas dans les deux autres (81, 86). Quoique la majorité des sujets était diagnostiqué TPL et TSPT, seuls les auteurs d'un ECR ont évalué les effets de la TCC sur les symptômes de TPL et leurs résultats étaient non significatifs (86). Des changements non significatifs ont aussi été rapportés pour la dépression (85, 87), les troubles dissociatifs (86), les symptômes psychologiques généraux (87) et l'anxiété (81, 85). Cependant, les auteurs des études avant-après ont observé une réduction significative des symptômes de TSPT (85, 86, 88) et de dépression et d'anxiété (85). Une seconde analyse (89) des données de Dorrepaal et coll. (86), faite uniquement chez les sujets ayant reçu l'intervention, démontre que le sous-type de sujet, appelé adaptatif, avait significativement plus abandonné le traitement.

Les auteurs des études de cas ont rapporté des résultats en faveur de la TCC. Ils ont noté une diminution des symptômes de TSPT et de la dépression (80, 82, 83), des symptômes d'anxiété (82, 83), des symptômes du TPL et de trouble dissociatif (83), des automutilations, ainsi que dans les admissions hospitalières (80).

Deux études de cas portant sur l'efficacité de la TCC sur le **rétablissement fonctionnel** ont été repérées (83, 90). Les auteurs ont suggéré que la TCC favorisait un retour à l'emploi (83) ou aux études (83, 90). Ces mêmes auteurs font mention d'un effet de la TCC sur le **rétablissement social** des sujets, en terme d'avoir de meilleures relations avec des membres de leur famille (80, 83). Quant aux données sur le **rétablissement physique**, Mills et coll. (85) ont mené un ECR suivi d'une étude avant-après. Les auteurs n'ont pas relevé de résultat significatif en termes de

dépendance aux substances comparé au groupe contrôle de l'ECR. Par contre, le groupe expérimental a présenté une diminution significative pour les mesures avant-après.

Le score moyen de qualité sur la grille *Downs and Black* était de 19,2 (ET = 3,0), pour une qualité globale moyenne. Pour les études de cas, le score moyen était de 18,3 (ET = 4,0), pour une bonne qualité globale.

4.1.4.5 Résultats des autres modes d'interventions

D'autres modes d'interventions ont été repérés : la psychothérapie intégrative (91, 92), la psychothérapie interpersonnelle (93, 94), la thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvements des yeux (95, 96), l'admission brève (97) et la dramathérapie (98). Les caractéristiques des sujets pour chacune des études sont présentées au tableau 13 de l'[annexe 8](#). Les résultats d'efficacité pour l'ensemble des études sont présentés au tableau 18 de l'[annexe 9](#).

La psychothérapie intégrative a été utilisée dans deux études de cas (91, 92). Stein et Allen (92) ont utilisé un modèle basé sur la mentalisation, auquel ils ont intégré la thérapie d'exposition, de la psychothérapie interpersonnelle ainsi qu'un traitement hospitalier en combinaison avec des psychotropes chez un sujet de 37 ans, et ce, sur une période de 48 mois. Les auteurs ont observé une réduction du nombre d'automutilations, ainsi qu'une amélioration des symptômes de troubles dissociatifs. Aucune amélioration n'a été mesurée pour le nombre d'admissions ou la prise de médication. Cependant, les auteurs ont observé des bénéfices sur le plan du rétablissement fonctionnel et physique (maintien du logement, entraînement physique, gestion financière). Sur le plan social et existentiel, le sujet s'était engagé dans des activités artistiques, était en couple et se disait meilleur pour analyser les situations. Cependant, le sujet a dû être hospitalisé en cours de traitement pour stabilisation. Padmanabhanunni et Edwards (91) ont plutôt utilisé le modèle de thérapie schématique, en tentant de cibler les schémas cognitifs inadaptés qui occasionnent des comportements dysfonctionnels auprès d'une adolescente de 17 ans pendant 5,5 mois. Les auteurs ont observé une amélioration des symptômes de TPL avec une augmentation des symptômes de dépression, mais aucun effet sur les symptômes de dissociation. Néanmoins, le sujet a abandonné le traitement. Pour les deux études de cas, une réduction des symptômes de TSPT a été rapportée. Selon l'échelle CARE, un score de 21 a été obtenu pour l'étude de Stein et Allen (92) et de 23 pour celle de Padmanabhanunni et Edwards (91), ces deux scores représentaient un bon niveau de qualité.

La psychothérapie interpersonnelle a été utilisée dans un ECNR (93) et une étude de cas (94). Dans leur ECNR, Cloitre et Koenen ont comparé la psychothérapie interpersonnelle à une liste d'attente. Les groupes expérimentaux étaient composés de 49 femmes ayant subi des abus sexuels durant l'enfance. La durée de l'intervention était de 12 semaines. Les symptômes de TSPT, de dépression et d'anxiété n'étaient pas différents entre les groupes, ni pour le groupe d'intervention lors de comparaison avant-après. Pour son étude de cas, Sherry (94) a proposé une exploration des problèmes interpersonnels et psychiques associés aux comportements dysfonctionnels. Le sujet était une femme de 48 ans. L'intervention s'est pratiquée durant 10

mois. Une diminution des symptômes de TPL, d'anxiété et de dépression avec moins d'idées suicidaires et moins d'épisodes de troubles alimentaires a été observée. La prise de médication n'a pas changé durant la thérapie. Sur le plan du **rétablissement social et existentiel**, le sujet disait avoir développé de nouvelles amitiés et être plus enclin à établir des limites avec ses parents. L'étude de Cloitre et Koenen (93) est de moyenne qualité avec un score de 17 sur l'échelle de *Downs and Black*, tandis que celle de Sherry (94) a été évaluée de bonne qualité avec un score de 23 sur l'échelle CARE.

L'efficacité de la thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux a été évaluée dans une étude avant-après (99) et une série de cas (95), totalisant 155 sujets. Dans son étude avant-après, Sachsse et coll. ont évalué l'efficacité d'une intervention comprenant de la thérapie de désensibilisation et de reprogrammation par les mouvements des yeux et une psychothérapie psychodynamique (99). Les symptômes de TPL et de trouble dissociatif, ainsi que la durée de séjour étaient significativement réduits après l'intervention. Korn et Leeds (95) ont présenté les résultats d'une variante de la thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux, en y intégrant une thérapie cognitive comportementale brève et de la psychoéducation. L'intervention était d'une durée de 2 mois. Les deux sujets étaient âgés de 31 et 39 ans et avaient vécu des épisodes d'abus durant l'enfance. Une réduction des symptômes de dépression a été observée pour les deux sujets, alors que seul un sujet a eu une diminution des symptômes d'anxiété, de troubles dissociatifs et de troubles alimentaires. Aucun des sujets n'a expérimenté une diminution des symptômes de TSPT et un seul sujet a eu une diminution de ses automutilations. Pour le **rétablissement existentiel**, les deux sujets ont souligné être plus optimistes et motivés à se prendre en charge, dénotant une amélioration de la capacité d'agir et de l'auto-efficacité. L'étude de Sachsse et coll. (96) était de moyenne qualité avec un score de 13 selon l'échelle de *Downs and Black* et celle de Korn et Leeds (95) était de bonne qualité avec un score de 23 sur l'échelle CARE.

Le modèle thérapeutique utilisant principalement l'admission brève combinée à d'autres modèles thérapeutiques a été utilisé dans l'étude de cas d'Helleman et coll. (97). Le sujet était une femme âgée de 37 ans ayant vécu des épisodes d'abus durant l'enfance. L'intervention a duré 84 mois. Une réduction dans le nombre d'admissions hospitalières, de la durée de séjour, de l'utilisation de médication et des idées suicidaires a été observée. De plus, une diminution des symptômes d'automutilation, de TPL, de TSPT, d'anxiété et de trouble dissociatif a été observée. Le sujet s'est également amélioré sur le plan du **rétablissement fonctionnel, existentiel et social** : il faisait du bénévolat, prenait part à des activités sociales et disait se prendre en charge lors de situations de crise. Cette étude était de qualité moyenne avec un score de 20 sur l'échelle CARE.

Morris (98) a mené une étude cas portant principalement sur la dramathérapie combinée à d'autres méthodes thérapeutiques. Le sujet était une femme de 35 ans ayant vécu des épisodes d'abus durant l'enfance. Une réduction des symptômes de TPL, de dépression et d'anxiété ainsi qu'une diminution dans les admissions hospitalières ont été rapportées. De plus, l'auteur a noté une amélioration du rétablissement **existentiel, social et fonctionnel**. Le sujet

faisait du bénévolat, avait rejoint des groupes communautaires variés (église locale, expression artistique, théâtre, etc.), soulignait l'importance de la spiritualité et se disait être plus confiant à interagir socialement. Cette étude était de bonne qualité avec un score de 21 sur l'échelle CARE.

4.1.5 Synthèse des résultats scientifiques

L'ensemble des résultats est présenté au tableau 7. Le corpus est décrit selon les différentes thérapies. Le nombre d'analyses et les résultats par type de comparaison représentent le nombre de fois où le symptôme ou la caractéristique reliés au rétablissement a été mesurés dans différents articles ainsi que le changement associé à la thérapie. Le nombre de sujets et la moyenne du score de qualité ont aussi été fournis. Finalement, le niveau de preuve est spécifié pour chaque indicateur.

Tableau 7. Synthèse des résultats de la revue systématique présentés par thérapie et selon le type de rétablissement en lien avec le niveau de preuve

Thérapie	Indicateurs	Nombre d'analyses et résultats	Résultats par types de comparaison	Nombre de sujets	Score de qualité* ⁵	Niveau de preuve
TDC-TE	TSPT	11/16 ↓	ACR 1/3 ↓	136 [#]	20	Efficacité presque établie
			AAA 5 ↓	126 [#]	16	
			AC 6/8 ↓	8	22	
	TPL	2/8 ↓	ACR 2 ↔	94	22	Efficacité non-établie
			AAA 1/2 ↓	74 [#]	20	
			AC 1/4 ↓	4	28	
	Dépression	7/8 ↓	ACR 1/2 ↓	100	22	Efficacité presque établie
			AAA 2 ↓	60	22	
			AC 4 ↓	4	19	
	Anxiété	5/6 ↓	ACR 1 ↔	26	22	Efficacité émergente
			AAA 2 ↓	30 [#]	21	
			AC 3 ↓	3	21	
	Trouble dissociatif	5/8 ↓	ACR 2 ↔	112	22	Efficacité non-établie
			AAA 2/3 ↓	67 [#]	20	
			AC 3 ↓	3	21	
	Symptômes psychologiques généraux	2/4 ↓	ACR 2 ↔	100	22	Efficacité non-établie
			AAA 2 ↓	30 [#]	21	
	Tentatives de suicide	2/4 ↓	ACR 1 ↔	26	22	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↔	13	22	
			AC 2 ↓	2	29	
Idées suicidaires	4/10 ↓	ACR 2 ↔	64	22	Efficacité non-établie	
		AAA 2/5 ↓	124 [#]	19		
		AC 2/3 ↓	2	16		
Automutilations	5/14 ↓	ACR 2 ↔	64	22	Inefficacité établie	
		AAA 4 ↔	99 [#]	19		
		AC 5/8 ↓	8	19		
Détresse	1/1	AAA 1 ↓	16	15	Efficacité non-établie	
Émotions ^A	1/1	AAA 1 ↓	16	15	Efficacité non-	

Thérapie	Indicateurs	Nombre d'analyses et résultats	Résultats par types de comparaison	Nombre de sujets	Score de qualité* ⁵	Niveau de preuve
						établie
	Bien-être global	1/2 ↑	ACR 1 ↑	38	17	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↔	18 [#]	17	
	Visites à l'urgence	1/2 ↓	AAA 1 ↓	18	5	Efficacité non-établie
			AC 1 ↑	1	12	
	Visites à la clinique externe	1/1 ↑	AAA 1 ↑	18	5	Efficacité non-établie
	Admissions	2/2 ↑	AC 2 ↑	2	13	Efficacité non-établie
	Durée de séjour	1/1 ↓	AAA 1 ↓	18	5	Efficacité non-établie
	Médication	1 ↓	AC 1 ↓	1	12	Efficacité non-établie
	Capacité d'agir et auto-efficacité	4/4 ↑	AC 4 ↑	4	19	Efficacité non-établie
	Sentiment d'autonomie	3/3 ↑	AC 3 ↑	3	17	Efficacité non-établie
	Emploi	3/4 ↑	AAA 1 ↑	18	5	Efficacité non-établie
			AC 2/3 ↑	3	23	
	Éducation	5/5 ↑	AAA 1 ↑	18	5	Efficacité non-établie
			AC 4 ↑	4	18	
	Abus et dépendance aux substances	3/7 ↓	ACR 1 ↔	38	17	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↔	18	17	
			AC 3/5 ↓	5	19	
	Famille	3/3 ↑	AC 3 ↑	3	17	Efficacité non-établie
	Amis	2/2 ↑	AC 2 ↑	2	20	Efficacité non-établie
	Activités sociales	5/5 ↑	AC 5 ↑	5	19	Efficacité non-établie
TDC	TSPT	1/1 ↔	ACR 1 ↔	101	22	Efficacité non-établie
	TPL	1/2 ↓	ACR 1 ↔ AAA 1 ↓	269	16	Efficacité non-établie
	Dépression	1/3 ↓	ACR 2 ↔	202 [#]	23	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↓	52	23	
	Anxiété	1/1 ↔	ACR 1 ↔	101	22	Efficacité non-établie
	Trouble dissociatif	2/2 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité émergente
			AAA 1 ↓	26	16	
	Tentatives de suicide	1/2 ↓	ACR 1/2 ↓	281	20	Efficacité non-établie
	Idées suicidaires	2/3 ↓	ACR 1 ↔	101	23	Efficacité émergente
			AAA 2 ↓	78 [#]	20	
Automutilations	3/5 ↓	ACR 2 ↔	281	20	Efficacité non-établie	
		AAA 3 ↓	168 [#]	18		

Thérapie	Indicateurs	Nombre d'analyses et résultats	Résultats par types de comparaison	Nombre de sujets	Score de qualité ^{*.5}	Niveau de preuve
	Détresse psychologique	1/1 ↔	ACR 1 ↔	180	16	Efficacité non-établie
	Trouble alimentaire	1/1 ↔	ACR 1 ↔	101	22	Efficacité non-établie
	Visites à l'urgence	1/1 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité non-établie
	Admissions	1/1 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité non-établie
	Coût	1/1 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité non-établie
	Abandon	1/1 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité non-établie
	Médication	1/1 ↓	ACR 1 ↓	101	22	Efficacité non-établie
	Abus et dépendance aux substances	2/2 ↓	ACR 1 ↓ AAA 1 ↓	101 26	22 16	Efficacité non-établie
TE	TSPT	8/9 ↓	ACR 1/2 ↓	43	18	Efficacité presque établie
			AAA 4 ↓	138	16	
			AC 3 ↓	3	27	
	TPL	3/4 ↓	ACR 1 ↔	22	17	Efficacité émergente
			AAA 3 ↓	31	16	
	Dépression	5/6 ↓	ACR 1/2 ↓	43	18	Efficacité émergente
			AAA 4 ↓	138	16	
	Anxiété	4/5 ↓	ACR 1 ↓	21	18	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↓	107	15	
			AC 2/3 ↓	3	27	
	Trouble dissociatif	3/4 ↓	ACR 1 ↔	22	17	Efficacité non-établie
			AAA 3 ↓	31	16	
Symptômes psychologiques généraux	1/1 ↓	ACR 1 ↓	21	18	Efficacité non-établie	
Sentiment d'autonomie	3/3 ↑	AC 3 ↑	3	27	Efficacité non-établie	
TCC	TSPT	6/9 ↓	ACR 1/3 ↓	256	21	Efficacité émergente
			AAA 3 ↓	201	20	
			AC 3 ↓	3	18	
	TPL	1/2 ↓	ACR 1 ↔	103	22	Efficacité non-établie
			AC 1 ↓	1	19	
	Dépression	4/6 ↓	ACR 2 ↔	185	20	Efficacité émergente
			AAA 1 ↓	103	20	
			AC 3 ↓	3	18	
	Anxiété	4/5 ↓	ACR 2 ↔	185	20	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↓	103	20	
			AC 3 ↓	3	21	
	Trouble dissociatif	1/2 ↓	ACR 1 ↔	71	22	Efficacité non-établie
AC 1 ↓			1	19		

Thérapie	Indicateurs	Nombre d'analyses et résultats	Résultats par types de comparaison	Nombre de sujets	Score de qualité ^{*.5}	Niveau de preuve
	Symptômes psychologiques généraux	1 ↔	ACR 2 ↔	82	17	Efficacité non-établie
	Automutilations	1/1 ↓	AC 1 ↓	1	14	Efficacité non-établie
	Abus et dépendance aux substances	1/2 ↓	ACR 1 ↔	103	23	Efficacité non-établie
			AAA 1 ↓	103		
	Admission	1/1 ↓	AC 1 ↓	1	14	Efficacité non-établie
	Emploi	1/1 ↑	AC 1 ↑	1	19	Efficacité non-établie
	Éducation	2/2 ↑	AC 2 ↑	1	17	Efficacité non-établie
	Famille	2/2 ↑	AC 2 ↑	1	17	Efficacité non-établie

ACR : analyses contrôlées randomisées, AAA : analyses avant-après, ACO : analyses de cohorte, AC : analyses de cas

* Si plus d'une étude, le score représente la moyenne des scores des études.

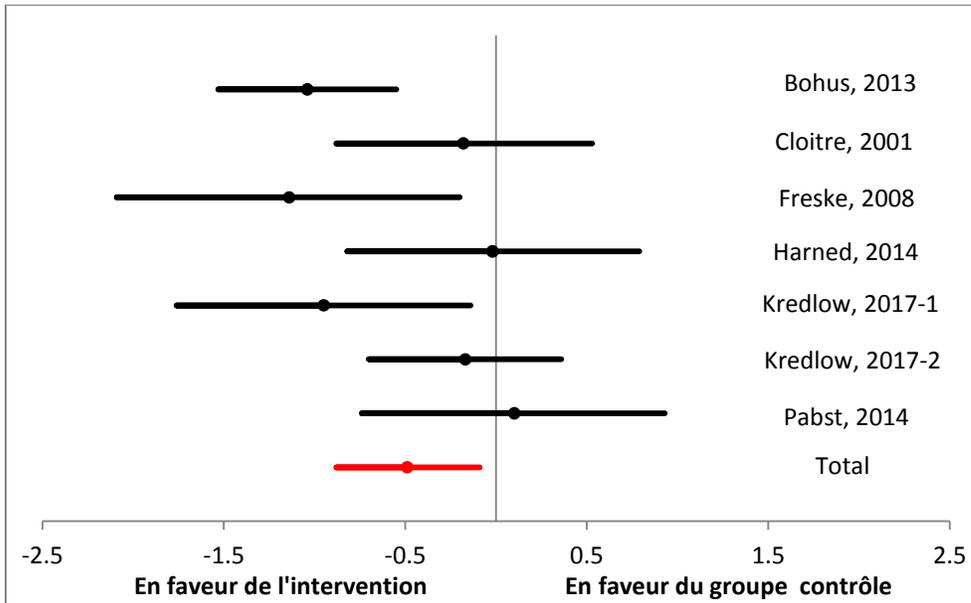
⁵ Score de *Downs and Black* pour ACR, AAA, et ACO (0-9 faible/rouge, 10-19 moyen/jaune, 20-28 bon/vert). Score de CARE pour AC (0-10 faible/rouge, 11-20 moyen/jaune, 21-30 bon/vert).

⁶ Certains sujets ont été inclus 2 fois dans l'analyse.

[^] La différence avant-après était significative pour la peur, la culpabilité, la honte et le dégoût; non significative pour la tristesse et la colère.

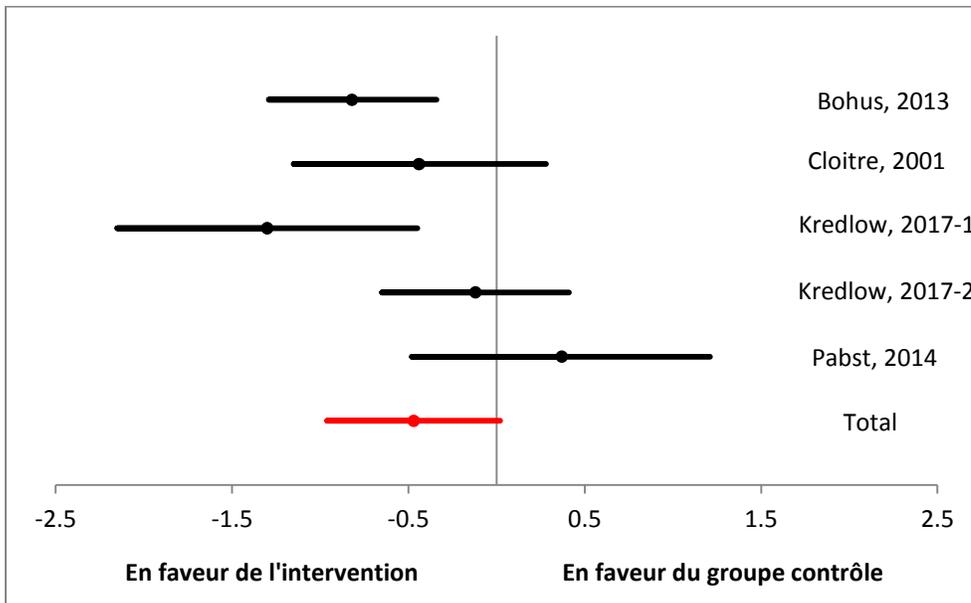
Les résultats des études contrôlées randomisées, pour toutes interventions confondues, ont été synthétisés sous forme de méta-analyse. Cinq différentes analyses portant sur les symptômes suivants ont été réalisées : 1) TSPT, 2) TPL, 3) dépression, 4) anxiété et 5) symptômes psychologiques généraux. Les données ont été mises en commun en utilisant une moyenne pondérée puisque différents outils de mesures ont été utilisés dans les études. Les sujets des groupes expérimentaux ont démontré une amélioration significative de leurs symptômes TSPT comparativement aux groupes contrôles ($z=2,42$; $p=0,02$; figure 1). Il n'y avait pas de différence significative des symptômes de TPL ($z= 1,87$; $p= 0,06$; figure 2). Les sujets des groupes expérimentaux ont démontré une amélioration significative de leurs symptômes de dépression comparativement aux groupes contrôles ($z= 2,20$; $p= 0,03$; figure 3). Il n'y avait pas de différence significative dans les symptômes d'anxiété ($z= 1,02$; $p= 0,31$; figure 4). Les sujets des groupes expérimentaux ont démontré une amélioration significative de leurs symptômes psychologiques généraux comparativement aux groupes contrôles ($z= 2,20$; $p= 0,03$; figure 5). Les données des différentes méta-analyses sont présentées à l'[annexe 10](#).

Figure 1. Diagramme de Forest (TSPT)



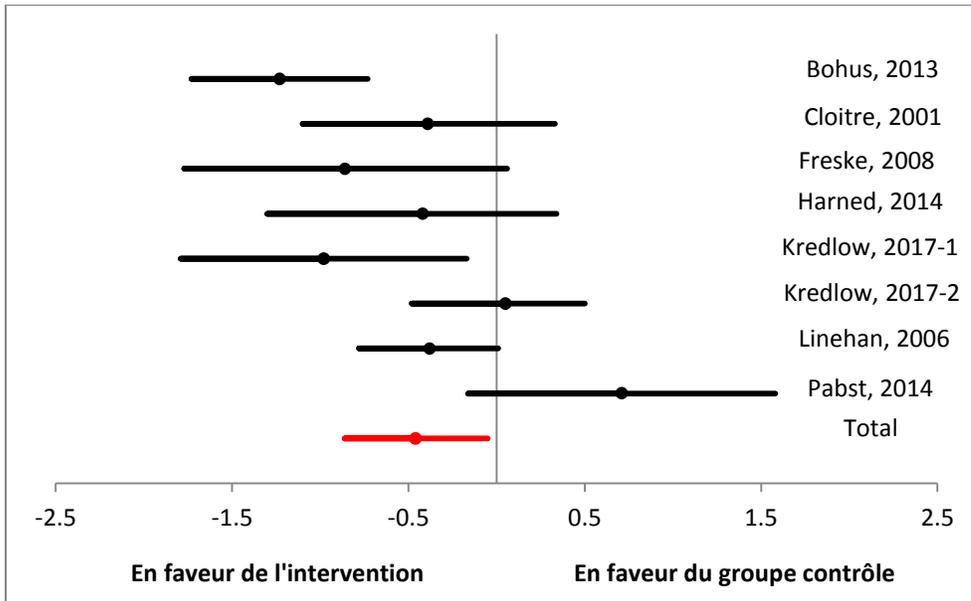
Hétérogénéité : $Tau^2 = 0,15$; $Chi^2 = 13,31$; $ddl = 6$ ($p=0,04$) ; $I^2 = 55\%$
 Test pour l'effet global : $z=2,42$ ($p=0,02$)
 Effet global et intervalle de confiance : $-0,49$ [$-0,88$; $-0,09$]

Figure 2. Diagramme de Forest (TPL)



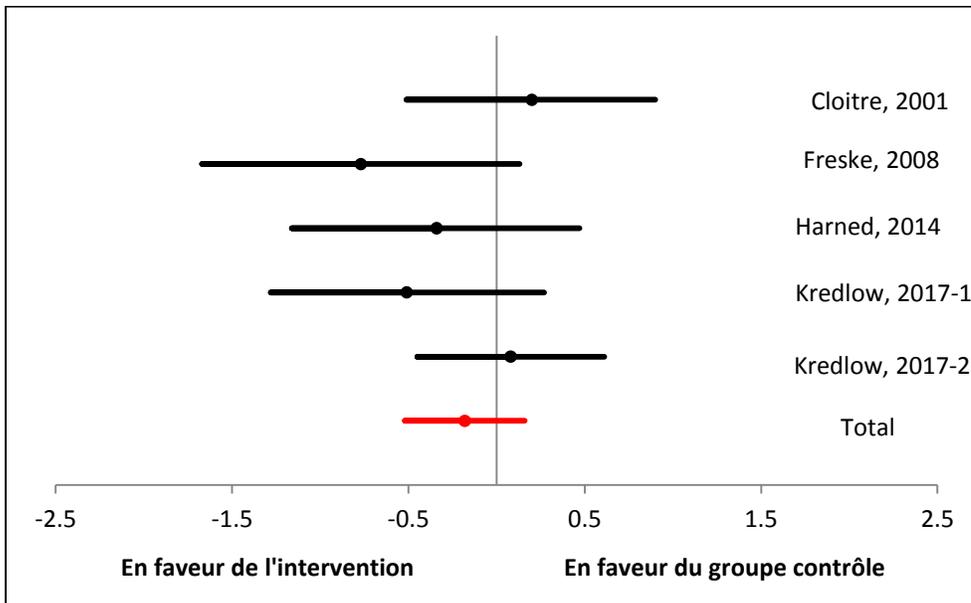
Hétérogénéité : $Tau^2 = 0,19$; $Chi^2 = 11,19$; $ddl = 4$ ($p=0,02$) ; $I^2 = 64\%$
 Test pour l'effet global : $z=2,87$ ($p=0,06$)
 Effet global et intervalle de confiance : $-0,47$ [$-0,96$; $0,02$]

Figure 3. Diagramme de Forest (dépression)



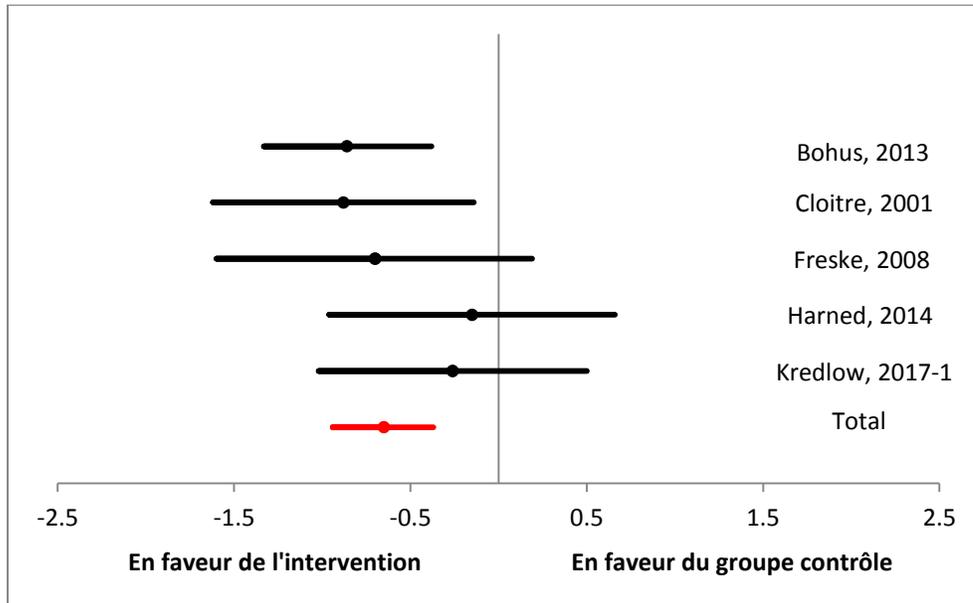
Hétérogénéité : $Tau^2 = 0,22$; $Chi^2 = 22,21$; $ddl = 7$ ($p = 0,002$) ; $I^2 = 68\%$
 Test pour l'effet global : $z = 2,20$ ($p = 0,03$)
 Effet global et intervalle de confiance : $-0,46$ [$-0,86$; $-0,05$]

Figure 4. Diagramme de Forest (anxiété)



Hétérogénéité : $Tau^2 = 0,02$; $Chi^2 = 4,52$; $ddl = 4$ ($p = 0,34$) ; $I^2 = 11\%$
 Test pour l'effet global : $z = 1,02$ ($p = 0,31$)
 Effet global et intervalle de confiance : $-0,18$ [$-0,52$; $0,16$]

Figure 5. Diagramme de Forest (symptômes psychologiques généraux)



Hétérogénéité : $\text{Chi}^2 = 3,57$; ddl = 4 ($p=0,47$) ; $I^2 = 0\%$
 Test pour l'effet global : $z=4,15$ ($p<0,0001$)
 Effet global et intervalle de confiance : -0,65 [-0,95 ; -0,34]

4.2 Données contextuelles

La section suivante présente les services disponibles au sein du CIUSSS-ODIM pour le traitement des usagers ayant un TPL ou un TSPT, car aucun service n'intègre les deux troubles. Les informations présentées ont été validées auprès du comité de suivi. Les données sur le nombre d'usagers, l'utilisation des services et la trajectoire de soins ont été fournies par l'Infocentre du CIUSSS-ODIM.

4.2.1 Portait des soins et services de santé mentale au sein du CIUSSS-ODIM

Le CIUSSS-ODIM couvre les territoires de Dorval-Lachine-LaSalle (DLL) et celui de l'Ouest-de-l'Île. Le CIUSSS-ODIM offre aussi des services aux usagers hors de son territoire, de par la mission de l'IUSMD et la localisation géographique de celui-ci. Les CLSC du Lac-Saint-Louis, de Pierrefonds, de Dorval-Lachine et de Lasalle offrent des soins de première ligne. Les hôpitaux Sainte-Anne, St-Mary et Général du Lakeshore offrent des services de 1^{ère}, 2^e ligne et l'IUSMD, des services de 2^e et 3^e ligne. Le tableau 8 présente l'offre de services actuelle dans le CIUSSS-ODIM.

Tableau 8. Offre de services pour TPL et TSPT au CIUSSS-ODIM

Offre de services	Emplacement	TPL	TSPT
Première ligne	CLSC de Dorval-Lachine	Groupe inspiré TDC	Thérapie individuelle
	CLSC de LaSalle	Groupe inspiré TDC	Thérapie individuelle
	CLSC de Pierrefonds	TDC	Psychothérapie individuelle
	CLSC du Lac-Saint-Louis	TDC	Psychothérapie individuelle
Deuxième et troisième ligne	Hôpital de LaSalle	Aucun	
	Hôpital général du Lakeshore	Appui aux CLSC Pierrefonds et Lac-Saint-Louis	
	Hôpital Sainte-Anne	Services de psychothérapie, clinique de stress opérationnel	
	Hôpital St. Mary	Approches variées	
	IUSMD-UIB	Stabilisation crise	
	IUSMD-MIR	Soutien psychothérapeutique individuel	
	IUSMD-MEL	Évaluation des demandes du GASMA	
	IUSMD-Clinique THAI	TDC	Psychoéducation et éléments TE

CLSC : Centre local de services communautaires, TDC : Thérapie dialectique comportementale, IUSMD : Institut universitaire en santé mentale Douglas, UIB : Unité d'intervention brève, MIR : Module d'intervention rapide, MEL : Module d'évaluation et de liaison, GASMA : Guichet d'accès santé mentale adulte, THAI : trouble de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité, TE : thérapie d'exposition

4.2.1.1 Services en 1^{ère} ligne

Les CLSC du territoire ODIM et DLL dispensent des services d'évaluation, d'orientation et d'intervention pour les usagers aux prises avec un trouble de santé mentale. Il peut s'agir de services psychosociaux et psychothérapeutiques pour des programmes de santé mentale, jeunesse ou adulte. Un guichet d'accès en santé mentale adulte est disponible pour le traitement des demandes de services jusqu'à l'assignation à une équipe d'intervention. Par la suite, des interventions individuelles ou de groupes adaptés aux besoins des usagers peuvent également être offertes afin de les soutenir dans leur démarche respective de rétablissement (100).

Les CLSC offrent des services aux usagers présentant un TPL et un TSPT, séparément. Après une évaluation, les usagers sont référés vers les services appropriés pour un suivi. Ils peuvent aussi être transférés vers des services de 2^{ème} ou 3^{ème} ligne ou dans la communauté. Aux CLSC de Lac-Saint-Louis et Pierrefonds, la TDC est fournie sur une période de 15 semaines pour les usagers ayant un TPL. Ils proposent un suivi individuel pour les usagers ne pouvant pas adhérer au groupe et des interventions de crises ponctuelles au besoin. À ces mêmes CLSC, les usagers présentant un TSPT reçoivent de la psychothérapie individuelle. Aucun soin intégré pour les deux troubles de santé n'est proposé. Les CLSC travaillent également en collaboration avec les organismes communautaires, tels que l'Autre Maison et le Centre de crise de l'Ouest de l'île, pour offrir des services variés.

4.2.1.2 Services en 2^{ème} et 3^{ème} ligne

Les soins et services de 2^{ème} et de 3^{ème} ligne sont fournis par l'IUSMD et les centres hospitaliers. Les différentes installations offrent des services cliniques, tels les soins d'urgences, les admissions hospitalières et les cliniques externes. L'hôpital Lakeshore ne fournit pas de soins de 2^e ligne en psychothérapie. Les thérapeutes appuient plutôt les CLSC de Lac-Saint-Louis et Pierrefonds.

Le département des urgences de l'IUSMD dispose d'une unité d'intervention brève (UIB). Les usagers arrivant en situation de crise peuvent y être admis à des fins de stabilisation. L'IUSMD fournit aussi le Module d'évaluation liaison (MEL) où les demandes du guichet d'accès en santé mentale des CLSC sont évaluées. Cette équipe multidisciplinaire offre des services variés pour répondre aux demandes d'évaluations psychiatriques et professionnelles des usagers aux prises avec un problème de santé mentale. Suite à l'évaluation, les usagers peuvent être dirigés vers les services spécialisés de l'IUSMD ou d'autres services. À partir du MEL, de l'UIB, ou de l'urgence de l'IUSMD, les usagers peuvent être référés au Module d'Intervention Rapide (MIR) afin de fournir un soutien thérapeutique de deux à six sessions individuelles pour les stabiliser. Pour finir, l'IUSMD offre le programme THAI desservant la clientèle adulte pour les troubles de personnalité limite et les troubles de stress post-traumatique. Plus spécifiquement, une équipe intervient sur les symptômes majeurs des troubles anxieux et une autre équipe sur les troubles de personnalité. Ces troubles concomitants sont donc considérés en alternance. Pour accéder aux services de la clinique THAI, une référence d'un médecin est nécessaire.

4.2.2 Services communautaires

Des organismes communautaires sont susceptibles de fournir des services aux usagers présentant un TPL et un TSPT. L'Autre Maison, un centre d'intervention de crise, offre des services de suivi à court terme lors des situations de crise. Les professionnels rencontrés dans le cadre de ce projet ont évoqué la tendance des centres de crise à acheminer les usagers aux urgences des centres hospitaliers durant une phase aigüe. Entre autres services, l'Autre Maison offre aussi gratuitement des services d'orientation et de référence, d'intervention individuelle, familiale et de réseau, de l'hébergement temporaire et de l'intervention post-traumatique.

4.2.3 Autres services

Pour les usagers avec un TSPT, certains bénéficient de services de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). En plus de fournir une indemnisation aux usagers, ils peuvent aussi bénéficier d'autres services visant à atténuer les conséquences de l'évènement traumatique et un accompagnement dans la démarche de rétablissement. Néanmoins, cet accompagnement est parfois déficitaire. Il arrive que les usagers soient invités à choisir eux-mêmes un psychologue sans pouvoir vérifier les compétences de ce dernier en matière de TSPT.

4.2.4 Efficacité des thérapies

Les données d'efficacité des thérapies étaient disponibles uniquement pour la thérapie TDC de la clinique THAI. L'efficacité de 15 semaines de thérapie de groupe inspiré de la TDC a été évaluée et présentée au congrès annuel de l'*American Psychiatric Association* (APA) en mai

2014. Les symptômes psychologiques des sujets, incluant dépression, anxiété, impulsivité, abus de substance et problèmes de personnalité, ont été mesurés avant et après la thérapie de groupe. Suite au traitement, une réduction significative des symptômes dépressifs a été détectée. Aucun changement des symptômes anxieux, d'impulsivité et d'abus de substances n'a été observé. Par contre, les sujets ont démontré un progrès dans quatre domaines reliés aux comportements mesurés par l'outil *Severity Indices of Personality Problem* (SIPP-118). Les auteurs concluent que malgré le fait que la majorité des symptômes psychologiques ne se sont pas améliorés suite au traitement, les sujets étaient mieux équipés à les gérer.

4.3 Données expérientielles

Les données expérientielles ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels ou de groupes auprès de divers experts (cliniciens et gestionnaires), afin de mieux saisir la pratique d'intervention, l'organisation des services ainsi que la trajectoire des usagers durant l'épisode de soins.

Les cliniciens travaillant à la clinique THAI ont rapporté disposer des connaissances sur les différentes approches cognitivo-comportementales dans les interventions de prise en charge des usagers avec TPL et TSPT. Certains d'entre eux ont bénéficié de formations spécifiques sur la TDC pour la clientèle avec TPL au *Linehan Institute* (101). Des interventions de groupe fondées sur le modèle de la TDC sont offertes à la clinique THAI pour les usagers présentant un TPL. Le groupe TDC est offert sur une période de 24 semaines pour 20 à 25 usagers et fonctionne selon un mode ouvert en raison des abandons. La clinique THAI dessert aussi les usagers présentant un diagnostic d'un ou de plusieurs troubles anxieux. Pour les usagers avec un TSPT, les professionnels ont rapporté utiliser des techniques reliés à la TE dans un groupe de psychoéducation. Pour être admis au groupe, ils doivent être stables cliniquement, être capables de tolérer la détresse et pouvoir réguler leurs émotions de sorte à prendre part aux activités. Ce groupe d'une durée de huit semaines est adapté selon le type de traumatisme (agression, accident, etc.) et compte environ quatre usagers. Selon les cliniciens, le groupe démontre une certaine flexibilité avec possibilité de prolonger l'intervention.

Selon les symptômes prédominants, les professionnels vont orienter l'utilisateur vers l'un ou l'autre des deux équipes qui s'occupent des troubles de personnalité ou troubles anxieux. Habituellement, ils sont dirigés vers le groupe TDC de sorte à stabiliser les troubles comportementaux et à faciliter la régulation des émotions. Une fois stabilisé, l'utilisateur est référé vers la clinique des troubles anxieux. Par contre, la trajectoire des usagers à travers le système de soins et services serait difficile en raison de problèmes d'arrimage entre les équipes, causant des obstacles autant dans l'accès que dans le continuum des services lors des transferts. Quoique connue des professionnels, la TDC jumelée à la TE n'est pas disponible à la clinique externe THAI. De plus, les services offerts semblent insuffisants pour satisfaire les besoins de la clientèle.

La nécessité de fournir des soins intégrés a été évoquée unanimement par les cliniciens et les experts. Ces derniers ont relaté le parcours thérapeutique parfois chaotique des usagers

avec TPL et TSPT, en raison des problèmes d'assiduité aux interventions psychothérapeutiques, des crises psychosociales diverses et des capacités institutionnelles limitées. Le manque de ressources a aussi été soulevé durant les entretiens. Les cliniciens et experts ont évoqué les délais et listes d'attente pour obtenir des services. Pour certains points de services, l'attente peut atteindre un an avant d'avoir accès à la psychothérapie. De plus, certains services sont parfois annulés, faute d'intervenants.

Les professionnels ont aussi soulevés que les usagers présentent parfois un niveau de dysfonctionnement élevé et que ces derniers peuvent être difficiles à traiter. Il arrive que l'offre de service en psychothérapie de groupe ne convienne pas aux usagers. Ces usagers n'arrivent donc pas à obtenir une thérapie adaptée à leurs besoins. Le problème de surutilisation des services par les usagers avec TPL et TSPST a également été rapporté par les experts rencontrés. Les cliniciens ont évoqué plusieurs facteurs afin d'expliquer cette situation : profil symptomatologique des usagers (dysphorie chronique, tentative de suicide, instabilité émotionnelle, etc.), instabilité psychosociale (perte de logement, rupture amoureuse, perte d'emploi, etc.) et une expérience difficile des services (changement de thérapeute et bris de la relation thérapeutique, modalités de prise en charge inadaptées, etc.).

5 SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES, CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES

La méta-analyse a démontré qu'une thérapie traitant à la fois un TSPT et un TPL était supérieure aux thérapies contrôles pour les symptômes de TSPT, de dépression et psychologiques généraux. Une thérapie spécifique aux troubles est donc bénéfique pour plusieurs symptômes. De plus, l'analyse narrative a permis de déterminer que la thérapie jumelant la TDC et la TE semblait démontrer une efficacité presque établie pour le traitement des symptômes de TSPT et prometteuse pour plusieurs autres symptômes. La thérapie d'exposition a démontré une efficacité presque établie pour les symptômes de TSPT et émergente pour les symptômes TPL. Il y avait toutefois moins d'études pour ce type de thérapie que pour la TDC-TE. Aucune thérapie n'a démontré d'efficacité établie pour les symptômes de TPL. Les données contextuelles démontrent le potentiel d'offrir une thérapie adaptée aux usagers présentant le double diagnostic. Afin d'y arriver, une réorganisation des services pourrait être nécessaire. Les données expérientielles démontrent que les intervenants sont en faveur d'un changement pour une pratique intégrée et sont d'avis que ce serait bénéfique pour le rétablissement des usagers. Par ailleurs, les intervenants du milieu sont familiers avec la TDC et avec la TE, facilitant l'implantation de cette thérapie.

6 DISCUSSION

L'objectif de cette ETMI était d'évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques pour les usagers présentant à la fois un TPL et un TSPT. Les thérapies recensées grâce à la revue systématique ont été classées en cinq groupes : TDC-TE, TDC, TE, TCC et autres. La catégorie

autre a été définie de cette manière dû au faible nombre d'études pour chacune des thérapies. Elles représentent les thérapies : intégrative, interpersonnelle, désensibilisation et reprogrammation par le mouvement des yeux, admissions brèves et dramathérapie. Les catégories d'interventions thérapeutiques ont été analysées selon leur effet sur le rétablissement des sujets. Le cadre théorique retenu proposait d'analyser le rétablissement sous cinq dimensions : clinique, existentiel, fonctionnel, physique et social (31).

La TDC-TE a été la thérapie la plus étudiée en termes de nombre d'études et d'indicateurs du rétablissement. Son efficacité est presque établie pour les symptômes de TSPT et non-établie pour les symptômes de TPL. La TDC-TE a aussi démontré une efficacité presque établie pour la dépression et émergente pour l'anxiété. Pour les autres indicateurs, elle démontrait une efficacité non-établie. La TDC seule a démontré une efficacité non établie pour les symptômes TPL et TSPT. Pour les autres indicateurs, elle démontrait une efficacité émergente ou non-établie. La TE a démontré une efficacité presque établie pour les symptômes de TSPT et émergente pour les symptômes de TPL et de dépression. La TCC a démontré une efficacité émergente pour les symptômes TSPT tout comme les symptômes de dépression. L'efficacité était non-établie pour les symptômes TPL et d'anxiété. Aucun niveau de preuve n'a pu être établi pour les autres interventions étant donné le faible nombre d'études pour chaque thérapie.

Une méta-analyse des essais contrôlés randomisés a été réalisée. Pour toutes interventions confondues, le groupe intervention a été comparé au groupe contrôle pour cinq types de symptômes : TSPT, TPL, dépression, anxiété et symptômes psychologiques généraux. L'analyse a démontré des résultats significatifs favorisant le groupe intervention pour les symptômes de TSPT, de dépression et psychologiques généraux. Les deux autres comparaisons ne démontraient pas de résultat significatif, mais étaient, néanmoins, en faveur du traitement. Ces données sont en accord avec la synthèse narrative des résultats et soulignent une plus grande efficacité des thérapies à traiter les symptômes post-traumatiques que les symptômes TPL. Pour trois des cinq résultats de la méta-analyse (TSPT, TPL et dépression), l'hétérogénéité entre les études était élevée et significative. L'hétérogénéité démontre une réelle différence entre les études imposant une précaution lors de la mise en commun de celles-ci. Les différences entre les outils de mesure et les thérapies pourraient expliquer l'hétérogénéité. Par contre, les caractéristiques similaires des sujets et des symptômes mesurés permettent de comparer les études. L'utilisation d'une méthode à effet aléatoire permet aussi de contrôler cette limite.

L'analyse des résultats des ECR a démontré des résultats non significatifs pour certains indicateurs lorsque l'intervention était comparée au contrôle. Alors que les analyses avant-après en provenance de ces mêmes études ont rapporté des résultats significatifs autant pour les groupes expérimentaux que pour les groupes contrôles. Deux explications potentielles peuvent être avancées à ce propos. Premièrement, un manque de puissance pourrait expliquer les résultats non significatifs des analyses contrôlées randomisées, étant donné le faible nombre de participants de la majorité des études. Deuxièmement, les groupes contrôles bénéficiaient, en

majorité, d'une intervention thérapeutique, soit la thérapie usuelle. Ces derniers démontraient aussi des résultats significatifs lors des comparaisons avant-après. Il semble donc être difficile de démontrer la supériorité d'une intervention par rapport à une autre. Néanmoins, la méta-analyse a rapporté des effets significatifs favorisant l'intervention par rapport au contrôle pour certains symptômes. Il est donc difficile de déterminer si un manque de puissance ou un effet des interventions contrôles, ou un mélange des deux effets est à l'origine de cette observation.

La qualité des études incluses était, pour la plupart, moyenne ou bonne. Une étude était de faible qualité (59), principalement parce qu'il manquait des informations importantes dans la publication. Les auteurs de cette étude ont été contactés, mais aucune réponse n'a été obtenue. Les données de cette étude étaient toutefois en accord avec les données d'autres études sur la même thérapie.

Le faible nombre d'études repéré limite notre capacité à établir l'efficacité de chaque thérapie. Ceci est en accord avec quelques revues de littérature qui n'ont pas été incluses dans l'analyse concernant les psychothérapies pour le double diagnostic de TPL et de TSPT (102-106). Ces dernières n'émettent aucune recommandation quant aux interventions thérapeutiques à favoriser. Leurs conclusions soulignent la nécessité d'améliorer l'efficacité des interventions thérapeutiques pour le TPL chez les sujets qui présentent également un TSPT puisque les deux troubles sont souvent concomitants. À ce propos, Frias et coll. (105) soulignent qu'il existe principalement deux méthodes pour traiter les personnes ayant un double diagnostic, soit l'application d'une thérapie efficace pour le TSPT aux usagers avec TPL ou la combinaison de deux psychothérapies pour en former une seule. La même tendance a été observée dans notre analyse où les interventions utilisées étaient soit spécifiques pour l'une des problématiques ou adaptées spécialement pour traiter les deux troubles. La majorité des auteurs conclut que plus de recherche est nécessaire sur le sujet.

Dans ce rapport, le niveau d'efficacité de plusieurs thérapies pour les sujets ayant le double diagnostic a été presque établi. Avec la haute prévalence de la cooccurrence du TPL et du TSPT (14-16), il serait souhaitable de mettre en place un guide de pratique concernant les thérapies traitant à la fois ces deux troubles, pourtant aucun guide pratique n'a été repéré. Certains guides ont une section sur les comorbidités associées au TPL, mais la problématique n'est abordée qu'en surface. Par exemple, l'APA propose des grandes lignes sur les interventions thérapeutiques sans être plus explicite sur celles à privilégier. Le gouvernement australien propose un guide pratique pour le TPL qui mentionne quelques études incluant le TSPT, mais n'émet pas de recommandation à ce sujet (107). Les guides pratiques sur le TSPT sont comparables à ceux du TPL dans leur inclusion des comorbidités. Contrairement à ce qui a été rapporté dans ce rapport, le guide canadien sur le TSPT précise que la TDC, développée pour le TPL, pouvait être utile chez les usagers avec un TSPT et un TPL concomitant (108).

Tel que défini dans ce rapport, le rétablissement est un concept multidimensionnel de cinq composantes (31). Une limite importante des études incluses dans l'analyse est que la plupart de celles-ci ne s'intéressent qu'au rétablissement clinique. Les études de cas sont plus

susceptibles de rapporter des résultats concernant d'autres types de rétablissements, mais leur validité externe est très limitée. Une autre limite de la revue systématique scientifique est le nombre limité de publications pour chaque modèle d'intervention thérapeutique étudiée. Il y a donc peu de données par type de thérapie pour en établir l'efficacité. De plus, les études recensées ont un échantillonnage majoritairement féminin (89%), ce qui constitue une limite de généralisation pour la population. Plus d'études devraient inclure des sujets masculins afin que ceux-ci puissent bénéficier des résultats de recherche.

Certaines limites de ce rapport concernent les données contextuelles récoltées. Les données contextuelles, fournies par l'infocentre, ne semblent pas en accord avec les observations des intervenants du milieu. Il serait important que les données soient systématiquement récoltées afin de maintenir une culture d'évaluation et d'amélioration continue des pratiques. Les données d'efficacité terrain sont également limitées puisque seule la thérapie TDC offerte aux usagers avec un TPL à la clinique THAI avait des données disponibles. Les autres points de services et les thérapies pour le TSPT n'avaient pas de donnée d'efficacité disponibles.

7 RECOMMANDATIONS

À la lumière des données scientifiques, contextuelles et expérientielles colligées, l'UETMIS-SS recommande que :

- Des services intégrés tenant compte des troubles concomitants TPL-TSPT dans leur ensemble soient mis en place en première, deuxième et troisième ligne, sous l'autorité d'un comité d'experts.
 - Ces services intégrés soient organisés de façon à offrir un continuum de services.
 - Les intervenants de première ligne soient formés pour identifier les besoins.
 - Les intervenants de deuxième et troisième ligne soient formés pour établir les diagnostics et offrir une thérapie.
 - La TDC-TE soit considérée comme thérapie à implanter et que les intervenants soient dûment formés à intervenir.
 - L'implantation d'autres interventions, telles que la TE ou la TCC, soit considérée si la TDC-TE n'est pas applicable.
 - Une liaison soit faite entre les services TPL et TSPT lorsqu'aucun service intégré n'est disponible.
 - Les données sur les effets des interventions sur toutes les dimensions du rétablissement soient colligées, à des fins d'amélioration continue.
- Des mécanismes d'accès aux services de professionnels de la santé mentale comme alternatives aux visites à l'urgence soient disponibles.
- Une équipe multidisciplinaire prenne en charge les usagers afin de les soutenir dans toutes les dimensions de leur rétablissement (clinique, existentiel, fonctionnel, physique et social).
- Les données sur l'utilisation des services et les résultats escomptés soient colligées afin de dresser un portrait des besoins des usagers TPL-TSPT et de l'efficacité des interventions.
- Une attention particulière soit donnée aux traumatismes durant l'enfance:
 - Les interventions soient offertes particulièrement auprès de jeunes placés en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse ou la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.
 - Les intervenants jeunesse soient formés pour agir sur le rétablissement du traumatisme.

RÉFÉRENCES

1. North American Drama Therapy Association. Dramatherapy. 2018. Repéré à <http://www.nadta.org/assets/documents/nadt-brochure.pdf>
2. 2018. HTA Glossary.
3. Code des professions, (2013).
4. Québec Gd. L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes-services et les programmes-soutien. Dans: Québec Sess, éditeur. Québec2004.
5. The Australian Psychological Association. Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review. 2010.
6. Helleman M, Goossens, P., Kaasenbrood, A., van Achterberg, T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23:442-50.
7. American Psychological Association. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. 2017. Repéré à <http://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/eye-movement-reprocessing.aspx>
8. American Psychological Association. Prolonged Exposure (PE). 2017. Repéré à <http://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/prolonged-exposure.aspx>
9. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York : Guilford Press. 1993.
10. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther*. 2014;55(1):7-17. doi: 10.1016/j.brat.2014.01.008.
11. Edward DJA. Treating posttraumatic stress disorder in South Africa : An integrative model grounded in case-based research. *Journal of Psychology in Africa*. 2009;19(2):189- 99.
12. Institut de la statistique du Québec. Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action. Québec. 2010.
13. MSSS. Plan d'Action en Santé Mentale 2015-2020 Faire ensemble et autrement. 2015.
14. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1998;39(5):296-302.
15. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res*. 2010;44(16):1190-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>.
16. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):533-45.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5: Arlington, VA : American Psychiatric Association, Fifth Edition; 2013.
18. Caihol L, Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L., David, P. Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. INSPQ (Institut National de santé publique du Québec). 2015.
19. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(5):487-504. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.487.

20. Lieb K, Rexhausen JE, Kahl KG, Schweiger U, Philipsen A, Hellhammer DH, et al. Increased diurnal salivary cortisol in women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2004;38(6):559-65. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.04.002.
21. Cailhol L, Bui E, Roussignol B, Moncany AH, Klein R, Simonetta-Moreau M, et al. Transcranial magnetic stimulation for borderline personality disorder: Rationale, stimulation site and methods. *European Psychiatry*. 2009;24:S768.
22. Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *J Behav Health Serv Res*. 2016;43(2):272-80. doi: 10.1007/s11414-014-9416-9.
23. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 2007;22(6):354-61. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.04.001.
24. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):530-9. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825.
25. Van Ameringen m, Mancini, C., Patterson, B., Boyle, M.H. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther*. 2008;14(3):171-81.
26. Walker EA, Katon W, Russo J, Ciechanowski P, Newman E, Wagner AW. Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):369-74.
27. Poirier-Bisson J, Roberge P, Marchand A, Grégoire R. Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux: une recension des écrits. *Sante Ment Que*. 2010;35(1):129-52.
28. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
29. Kulkarni J. Complex PTSD - a better description for bordeline personality disorder? 2017.
30. SAMHSA. SAMHSA's working definition of recovery-10 guiding principles of recovery. 2010. Repéré à <https://blog.samhsa.gov/2012/03/23/defintion-of-recovery-updated/#.W03vp9JKhpg>
31. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1248-50. doi: 10.1176/ps.2010.61.12.1248.
32. Higgins J, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: The Cochrane Collaboration*; 2011. Available from: <http://handbook.cochrane.org/>.
33. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.01.021.
34. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1998;52(6):377-84.
35. CARE group. Care case report guidelines. 2018. Repéré à <http://www.care-statement.org/resources/checklist>
36. Review Manager. 4.2 éd. Copenhagen: The Cochrane Collaboration; 2003.
37. Beauchamp S, Drapeau, M., Dionne, C. Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data. *International Journal of Hospital-Based Health Technology Assesment*. 2018;1:12.
38. (NAC) NAC. The national standards project-Adressinf the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders. Randolph, MA: National Autism center. 2009.

39. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 2013;82(4):221-33. doi: 10.1159/000348451.
40. Harned MS, Gallop RJ, Valenstein-Mah HR. What changes when? The course of improvement during a stage-based treatment for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Psychotherapy Research*. 2016:1-15. doi: 10.1080/10503307.2016.1252865.
41. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behav Res Ther*. 2012;50(6):381-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.011>.
42. Lanius RA, Tuhan I. Stage-oriented trauma treatment using dialectical behaviour therapy. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2003;48(2):126-7. doi: 10.1177/070674370304800212.
43. Meyers L, Voller EK, McCallum EB, Thuras P, Shallcross S, Velasquez T, et al. Treating Veterans With PTSD and Borderline Personality Symptoms in a 12-Week Intensive Outpatient Setting: Findings From a Pilot Program. *Journal of Traumatic Stress*. 2017;30(2):178-81. doi: 10.1002/jts.22174.
44. Harned MS, Ruork AK, Liu J, Tkachuck MA. Emotional Activation and Habituation During Imaginal Exposure for PTSD Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(3):253-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/jts.22013>.
45. Kleindienst N, Priebe K, Gorg N, Dyer A, Steil R, Lyssenko L, et al. State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7:30375. doi: 10.3402/ejpt.v7.30375.
46. Becker CB. Integrated Behavioral Treatment of Comorbid OCD, PTSDm and Borderline Personality Disorder : A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002;9:100-10.
47. Brown M, Dahlin K. Dialectical behavior therapy for treating the effects of trauma. 2017.
48. Granato HF, Wilks CR, Miga EM, Korslund KE, Linehan MM. The Use of Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Comorbid Dissociation and Self-Harm: The Case of a Client With Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of clinical psychology*. 2015;71(8):805-15. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.22207>.
49. Harned MS, Linehan MM. Integrating Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Co-Occurring Borderline Personality Disorder and PTSD: Two Case Studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2008;15(3):263-76. doi: 10.1016/j.cbpra.2007.08.006.
50. Harned MS. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Borderline Personality Disorder. 2013;Chap 14. doi: 10.1007/978-1-4614-6458-7_14.
51. Harned MS, Korslund, K. E. . Treating PTSD and Borderline Personality Disorder. Chap 17. 2015;in Schnyder, U., Cloitre, M. (eds), *Evidence Based Treatment for Trauma-Related Psychological Disorder: A Practical Guide for Clinicians*.:331 - 46. doi: 10.1007/978-3-319-07109-1_17.
52. Rizvi SL, Salters-Pedneault, K. . Borderline Personality Disorder. in *Case Studies in Clinical Psychology Science: Bridging the Gap from Science to Practice*, O'Donohue, W, Lllienfeld, SO (eds). 2013.
53. Scheiderer E, Carlile JA, Aosved AC, Barlow A. Concurrent Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure Reduces Symptoms and Improves Overall Quality of Life for a Veteran

- with Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder. *Clinical Case Studies*. 2017;16(3):216-33. doi: 10.1177/1534650116688557.
54. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Kruger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(4):221-33. doi: 10.1159/000348451.
55. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;55:7-17. doi: 10.1016/j.brat.2014.01.008.
56. Harned MS, Gallop RJ, Valenstein-Mah HR. What changes when? The course of improvement during a stage-based treatment for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2016:1-15. doi: 10.1080/10503307.2016.1252865.
57. Harned MS, Ruork AK, Liu J, Tkachuck MA. Emotional Activation and Habituation During Imaginal Exposure for PTSD Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(3):253-7. doi: 10.1002/jts.22013.
58. Kleindienst N, Priebe K, Görg N, Dyer A, Steil R, Lyssenko L, et al. State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7. doi: 10.3402/ejpt.v7.30375.
59. Lanius RA, Tuhan, I. . Stage-Oriented Trauma Treatment using Dialectical Behavior Therapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(2):126 - 7.
60. Brown MZ, Dahlin K. Dialectical behavior therapy for treating the effects of trauma. Dans: Gold SN, Gold SN, directeurs. *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice*. APA handbooks in psychology. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2017. p. 275-94.
61. Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000Prime Reports*. 2013;5. doi: 10.12703/P5-15.
62. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.
63. Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan MM. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):1068-75. doi: 10.1037/a0014044.
64. Boritz T, Barnhart R, McMain SF. The Influence of Posttraumatic Stress Disorder on Treatment Outcomes of Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016;30(3):395-407. doi: <https://dx.doi.org/10.1521/pedi.2015.29.207>.
65. Barnicot K, Priebe S. Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality & Mental Health*. 2013;7(3):181-90. doi: 10.1002/pmh.1227.
66. Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(4):421-9. doi: 10.1002/jts.20553.

67. Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2010;167(10):1210-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081213.
68. Barnicot K, Priebe S. Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*. 2013;7(3):181-90. doi: 10.1002/pmh.1227.
69. Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(4):421-9. doi: 10.1002/jts.20553.
70. Meyers LL, Landes, S. J., Thuras, P. . Veterans' service utilization and associated costs following participation in Dialectical Behavior Therapy : A Preliminary Investigation. *Military Medicine*. 2014;179(11):1368 - 73.
71. Drummond MF, Jefferson, T. O. on behalf of the BMJ Economic Evaluation Working Party. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ*. 1996;313:275 - 83.
72. Hendriks L, de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C., van Minne, A. Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: a brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*. 2010;1: 5216:1-7.
73. Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf-Leuschner M, Goder R, Elbert T, et al. Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2014;11(3):108-17.
74. Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf M, Goder R, Rosentraeger R, et al. Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using narrative exposure therapy: a feasibility study. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 2012;81(1):61-3.
75. Steuwe C, Rullkötter N, Ertl V, Berg M, Neuner F, Beblo T, et al. Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder - a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1). doi: 10.1186/s12888-016-0969-4.
76. Weinhold SL, Göder R, Pabst A, Scharff AL, Schauer M, Baier PC, et al. Sleep recordings in individuals with borderline personality disorder before and after trauma therapy. *Journal of Neural Transmission*. 2017;124:99-107. doi: 10.1007/s00702-016-1536-3.
77. Feske U. Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder: a pilot study comparing Prolonged Exposure and Treatment as Usual conducted by Community Therapists. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008;23(8):1027 - 40.
78. Feeny NC, Zoellner, L. A., Foa, E. B. Treatment outcome for chronic PTAS among female assault victims with borderline personality characteristics : a preliminary examination. *J Pers Disord*. 2002;16(1):30 - 40.
79. Steuwe C, Rullkotter N, Ertl V, Berg M, Neuner F, Beblo T, et al. Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder - a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:254. doi: 10.1186/s12888-016-0969-4.
80. Bolton EE, Mueser KT. Borderline Personality Disorder. Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program: American Psychological Association; 2009. p. 225-38.

81. Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2017;249:86-93.
82. van der Linde F, Edwards D. "It's Like Uprooting Trees": Responsive Treatment for a Case of Complex Post-Traumatic Stress Disorder Following Multiple Rapes. *Journal of Psychology in Africa.* 2013;23(1):21-9.
83. Muller-Engelmann M, Dittmann C, Wesslau C, Steil R. The Cognitive Processing Therapy - Cognitive Therapy Only for the treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie.* 2016;26(3):195-203. doi: 10.1159/000448548.
84. Holder N, Holliday R, Pai A, Suris A. Role of Borderline Personality Disorder in the Treatment of Military Sexual Trauma-related Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Processing Therapy. *Behavioral Medicine.* 2017;43(3):184-90.
85. Mills K, Teeson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., Ewer, P. L. Integrated Exposure-Based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence. A randomized controlled trial. *JAMA.* 2012;308, August 15,(7):690 - 9.
86. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(4):217-25.
87. Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2017;249:86–93.
88. Holder N, Holliday R, Pai A, Suris A. Role of Borderline Personality Disorder in the Treatment of Military Sexual Trauma-related Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Processing Therapy. *Behavioral medicine (Washington, DC).* 2017;43(3):184-90. doi: 10.1080/08964289.2016.1276430.
89. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, van Balkom AJ, et al. Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: A preliminary study. *European Journal of Psychotraumatology.* 2013;4(1):21171.
90. Bolton EE, Mueser KT. Borderline personality disorder. Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program. 2009:225-38. doi: 10.1037/11889-011.
91. Padmanabhanunni A, Edwards D. Treating complex post-traumatic stress disorder following childhood neglect, sexual abuse and revictimisation: Interpretative reflections on the case of Khuselwa. *Child Abuse Research in South Africa.* 2012;13(1):40-54.
92. Stein H, Allen JG. Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bull Menninger Clin.* 2007;71(4):273-90.
93. Cloitre M, Koenen KC. The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Int J Group Psychother.* 2001;51(3):379-98.
94. Sherry A. An attachment theory approach to the short-term treatment of a woman with borderline personality disorder and comorbid diagnoses. *Clinical Case Studies.* 2007;6(2):103-18.

95. Korn DL, Leeds AM. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychology*. 2002;58(12):1465-87.
96. Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F. Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin*. 2006;70(2):125-44.
97. Helleman M, Goossens PJJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Brief Admissions During Prolonged Treatment in a Case Involving Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2016;22(3):215-24. doi: 10.1177/1078390316636196.
98. Morris N. Silenced in childhood: A survivor of abuse finds her voice through group Dramatherapy. *Dramatherapy*. 2014;36(1):3-17.
99. Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F. Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2006;70(2):125-44. doi: 10.1521/bumc.2006.70.2.125.
100. Dorval-Lachine-LaSalle Cdsedssd. Groupes d'intervention au programme de santé mentale adulte aux CLSC de Dorval-Lachine et de LaSalle. [date d'accès: June 26 2018]. Repéré à https://ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/csss_dll/Soins_et_services/Sante_mentale/Adulte/Offre_service_groupes.pdf
101. The Linehan Institute. The Linehan Institute: DBT Changes Lives. 2018 [date d'accès: June 27 2018]. Repéré à <https://linehaninstitute.org/>
102. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017;4(1):21-30. doi: 10.1007/s40473-017-0103-z.
103. Vignarajah B, Links PS. The clinical significance of co-morbid post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: Case study and literature review. *Personal Ment Health*. 2009;3(3):217-24. doi: 10.1002/pmh.89.
104. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A Review of the Long-Term Impact of Child Maltreatment on Posttraumatic Stress Disorder and Its Comorbidities: An Emotion Dysregulation Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2017;24(2):154-69. doi: 10.1111/cpsp.12193.
105. Frias A, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.1159/000363145>.
106. Seliga M. Empirically supported treatment interventions for persons with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Comorbid Borderline Personality Disorder (BPD): Loyola University Chicago; 2012.
107. Council NHaMR. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: Australian Government. 2012.
108. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1-S.

ANNEXES

Annexe 1. Requêtes dans les bases de données

A1.1 Medline

Base de données	MEDLINE Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present	
Interface	Ovid	
Date de la recherche	7 septembre 2017	
Syntaxe : Champs et opérateurs		
tw	Champ <i>Text Word</i> , qui inclut les champs <i>Title (TI)</i> et <i>Abstract (AB)</i>	
kw	Champ <i>Keyword Heading</i> : Mots-clés définis par les auteurs	
/	Vedette-matière du <i>Medical Subject headings</i> excluant tous ses sous-descripteurs hiérarchiques (not exploded)	
Opérateurs	AND, OR	
Adj(n)	Adjacence des mots à une distance de <i>n</i> mots, peu importe l'ordre des mots	
\$	Troncature illimitée et optionnelle	
Stratégie		
1	(PTSD or "post-traumatic stress" or "post-traumatic disorder\$" or "posttraumatic stress" or "posttraumatic disorder\$").tw,kw.	29632
2	Stress Disorders, Post-Traumatic/	27737
3	Stress Disorders, Traumatic/	607
4	1 or 2 or 3	38660
5	Borderline Personality Disorder/	6141
6	Personality Disorders/	19797
7	((cluster adj3 b) and (personality or personalities or disorder\$)).tw,kw.	692
8	((borderline adj5 disorder\$) or (borderline and (personality or personalities))).tw,kw.	7742
9	5 or 6 or 7 or 8	27143
10	4 and 9	898
11	limit 10 to english language	814
12	limit 10 to (english or french)	826
Filtres ou limites		
Langues	Anglais ou français	

A1.2. PubMed

Base de données	PubMed	
Interface	National Center for Biotechnology Information (NCBI)	
Date de la recherche	7 septembre 2017	
Syntaxe : Champs et opérateurs		
ot	Champ <i>Other Term</i> : Mots-clés définis par les auteurs	
tiab	Champs <i>Title</i> et <i>Abstract</i> : titre et résumé de l'article si présent	
Mesh	Vedette-matière du <i>Medical Subject headings</i>	
Mesh :NoExp	Vedette-matière du <i>Medical Subject headings</i> excluant tous ses sous-descripteurs hiérarchiques (not exploded)	
Opérateurs	AND, OR	
*	Troncature illimitée	
Stratégie		
#15	<p>Search (((((((((((Borderline[tiab] AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((("cluster b"[tiab] OR "b cluster"[tiab]) AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((borderline[ot] and (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR (((("cluster b"[ot] OR "b cluster"[ot]) AND (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR "Personality Disorders"[Mesh :NoExp] OR "Borderline Personality Disorder"[Mesh])) AND (((((((PTSD[tiab] OR "Post-Traumatic stress"[tiab] OR "Posttraumatic stress"[tiab] OR "posttraumatic disorder"[tiab] OR "post-traumatic disorder"[tiab] OR "posttraumatic disorders"[tiab] OR "post-traumatic disorders"[tiab]))) OR (((PTSD[ot] OR "Post-Traumatic stress"[ot] OR "Posttraumatic stress"[ot] OR "posttraumatic disorder"[ot] OR "post-traumatic disorder"[ot] OR "posttraumatic disorders"[ot] OR "post-traumatic disorders"[ot]))) OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp]) Filters: English; French</p>	825
#14	<p>Search (((((((((((Borderline[tiab] AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((("cluster b"[tiab] OR "b cluster"[tiab]) AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((borderline[ot] and (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR (((("cluster b"[ot] OR "b cluster"[ot]) AND (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR "Personality Disorders"[Mesh :NoExp] OR "Borderline Personality Disorder"[Mesh])) AND (((((((PTSD[tiab] OR "Post-Traumatic stress"[tiab] OR "Posttraumatic stress"[tiab] OR "posttraumatic disorder"[tiab] OR "post-traumatic disorder"[tiab] OR "posttraumatic disorders"[tiab] OR "post-traumatic disorders"[tiab]))) OR (((PTSD[ot] OR "Post-Traumatic stress"[ot] OR "Posttraumatic stress"[ot] OR "posttraumatic disorder"[ot] OR "post-traumatic disorder"[ot] OR "posttraumatic disorders"[ot] OR "post-traumatic disorders"[ot]))) OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp])</p>	813

	Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp]) Filters: English	
#13 (AND : 11-12)	Search (((((((((((Borderline[tiab] AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((("cluster b"[tiab] OR "b cluster"[tiab]) AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((borderline[ot] and (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR (((("cluster b"[ot] OR "b cluster"[ot]) AND (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR "Personality Disorders"[Mesh :NoExp]) OR "Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND (((((((PTSD[tiab] OR "Post-Traumatic stress"[tiab] OR "Posttraumatic stress"[tiab] OR "posttraumatic disorder"[tiab] OR "post-traumatic disorder"[tiab] OR "posttraumatic disorders"[tiab] OR "post-traumatic disorders"[tiab]))) OR (((PTSD[ot] OR "Post-Traumatic stress"[ot] OR "Posttraumatic stress"[ot] OR "posttraumatic disorder"[ot] OR "post-traumatic disorder"[ot] OR "posttraumatic disorders"[ot] OR "post-traumatic disorders"[ot]))) OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp])	897
#12 (OR : 7-10)	Search (((((((PTSD[tiab] OR "Post-Traumatic stress"[tiab] OR "Posttraumatic stress"[tiab] OR "posttraumatic disorder"[tiab] OR "post-traumatic disorder"[tiab] OR "posttraumatic disorders"[tiab] OR "post-traumatic disorders"[tiab]))) OR (((PTSD[ot] OR "Post-Traumatic stress"[ot] OR "Posttraumatic stress"[ot] OR "posttraumatic disorder"[ot] OR "post-traumatic disorder"[ot] OR "posttraumatic disorders"[ot] OR "post-traumatic disorders"[ot]))) OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp]	36910
#11 (OR : 1-6)	Search (((((((((((Borderline[tiab] AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((("cluster b"[tiab] OR "b cluster"[tiab]) AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab]))) OR (((borderline[ot] and (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR (((("cluster b"[ot] OR "b cluster"[ot]) AND (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot]))) OR "Personality Disorders"[Mesh :NoExp]) OR "Borderline Personality Disorder"[Mesh]	27420
#10	Search "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh :NoExp]	582
#9	Search "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]	26204
#8	Search (((PTSD[ot] OR "Post-Traumatic stress"[ot] OR "Posttraumatic stress"[ot] OR "posttraumatic disorder"[ot] OR "post-traumatic disorder"[ot] OR "posttraumatic disorders"[ot] OR "post-traumatic disorders"[ot]))	4505
#7	Search (((PTSD[tiab] OR "Post-Traumatic stress"[tiab] OR "Posttraumatic stress"[tiab] OR "posttraumatic disorder"[tiab] OR "post-traumatic disorder"[tiab] OR "posttraumatic disorders"[tiab] OR "post-traumatic disorders"[tiab]))	28352

#6	Search "Borderline Personality Disorder"[Mesh]	5828
#5	Search "Personality Disorders"[Mesh :NoExp]	18949
#4	Search (((("cluster b"[ot] OR "b cluster"[ot]) AND (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot])))	6
#3	Search (((borderline[ot] and (personality[ot] OR personalities[ot] OR disorder*[ot])))	670
#2	Search (((("cluster b"[tiab] OR "b cluster"[tiab]) AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab])))	617
#1	Search (((Borderline[tiab] AND (personality[tiab] OR personalities[tiab] OR disorder*[tiab])))	8952
Filtres ou limites		
Langues		Anglais ou français

A1.3. PsycINFO

Base de données	PsycINFO 1967 to August Week 4 2017	
Interface	Ovid	
Date de la recherche	6 septembre 2017	
Syntaxe : Champs et opérateurs		
tw	Champ <i>Text Word</i> , qui inclut les champs <i>Table of Contents (TC)</i> , <i>Title (TI)</i> , <i>Abstract (AB)</i> et <i>Key Concepts (ID)</i> .	
/	Vedette-matière du thésaurus de l'American Psychological Association (APA)	
Exp .../	Vedette-matière du thésaurus de l'APA et tous ses sous-descripteurs hiérarchiques (explode)	
Opérateurs	AND, OR	
Adj(n)	Adjacence des mots à une distance de <i>n</i> mots, peu importe l'ordre des mots	
\$	Troncature illimitée	
Stratégie		
1	anxiety disorders/	16359
2	borderline personality disorder/	5546
3	personality disorders/	10703
4	((borderline adj5 disorder\$) or (borderline and (personality or personalities))).tw.	12753
5	((cluster adj3 b) and (personality or personalities or disorder\$)).tw.	909
6	2 or 3 or 4 or 5	21887
7	exp Posttraumatic Stress Disorder/	27941
8	(PTSD or "post-traumatic disorder\$" or "posttraumatic disorder\$" or ("posttraumatic stress" or "post-traumatic stress") adj5 disorder\$)).tw.	35363
9	1 or 7 or 8	52941
10	6 and 9	1406
11	limit 10 to english	1262
12	limit 10 to (english or french)	1276
Filtres ou limites		
Langues	Anglais ou français	

A 1.4. CINAHL

Base de données	CINAHL Complete	
Interface	Ebsco	
Date de la recherche	7 septembre 2017	
Syntaxe : Champs et opérateurs		
TI	Champ <i>Title</i> : titre en anglais	
AB	Champ <i>Abstract</i> : résumé de l'article	
(MH "...")	Vedette-matière de CINAHL, excluant tous ses sous-descripteurs hiérarchiques	
(MH "...+")	Vedette-matière de CINAHL, incluant tous ses sous-descripteurs hiérarchiques	
Opérateurs	AND, OR	
Nn	Adjacence des mots à une distance de <i>n</i> mots, peu importe l'ordre des mots	
*	Troncature illimitée et optionnelle	
Stratégie		
S15	S11 AND S12 Limiters - Language: English, French	537
S14	S11 AND S12 Limiters - Language: English	536
S13	S11 AND S12	538
S12	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	6,091
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4	26,816
S10	AB ((cluster N3 b) AND (personality OR personalities OR disorder*))	150
S9	TI ((cluster N3 b) AND (personality OR personalities OR disorder*))	23
S8	AB (borderline N5 disorder*) OR (borderline AND (personality OR personalities))	1,830
S7	TI (borderline N5 disorder*) OR (borderline AND (personality OR personalities))	1,702
S6	(MH "Personality Disorders")	3,415
S5	(MH "Borderline Personality Disorder")	2,252
S4	AB PTSD OR "post-traumatic stress" OR "post-traumatic disorder" OR "posttraumatic stress" OR "posttraumatic disorder" OR "posttraumatic disorders" OR "post-traumatic disorders"	9,110
S3	TI PTSD OR "post-traumatic stress" OR "post-traumatic disorder" OR "posttraumatic stress" OR "posttraumatic disorder" OR "posttraumatic disorders" OR "post-traumatic disorders"	7,468
S2	(MH "Anxiety Disorders")	7,992
S1	(MH "Stress Disorders, Post-Traumatic+")	16,225
Filtres ou limites		
Langues	Anglais ou français	

A 1.5. Embase

Base de données	Embase 1974 to 2017 September 06
Interface	Ovid
Date de la recherche	7 septembre 2017
Stratégie enregistrée	« TPL-PTSD _Embase_ avec limites_ »
Syntaxe : Champs et opérateurs	
ti	Champ <i>Title</i> : titre en anglais
ab	Champ <i>Abstract</i> : Résumé de l'auteur
kw	Champ <i>Keyword</i> : Mots-clés définis par les auteurs
.../	Vedette-matière du thésaurus Emtree
Opérateurs	AND, OR
Adj(n)	Adjacence des mots à une distance de <i>n</i> mots, peu importe l'ordre
\$	Troncature illimitée et optionnelle
Stratégie	
1	personality disorder/ 26610
2	borderline state/ 11439
3	((borderline adj5 disorder\$) or (borderline and (personality or personalities))).ti,ab,kw. 9847
4	posttraumatic stress disorder/ 47595
5	(PTSD or "post-traumatic disorder\$" or "posttraumatic disorder\$" or ("posttraumatic stress" or "post-traumatic stress") adj5 disorder\$).ti,ab,kw. 34589
6	((cluster adj3 b) and (personality or personalities or disorder\$)).ti,ab,kw. 914
7	1 or 2 or 3 or 6 36810
8	4 or 5 52125
9	7 and 8 2108
10	limit 9 to english language 1941
11	limit 9 to (english or french) 1971
Filtres ou limites	
Langues	Anglais ou français

A 1.6. Cochrane Library

Bases de données	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Database of Abstracts of Reviews of Effects (Dare) et Health Technology Assessment Database (HTAd)
Interface	Cochrane Library - Wiley
Date de la recherche	7 septembre 2017
Syntaxe : Champs et opérateurs	
ti	Champ <i>Title</i> : titre en anglais
ab	Champ <i>Abstract</i> : résumé de l'article
kw	Champ <i>keywords</i> : mots-clés
MeSH descriptor : [...] this term only	Vedette-matière du <i>Medical Subject headings</i> excluant tous ses sous-descripteurs hiérarchiques
Opérateurs	AND, OR
NEAR/n	Adjacence des mots à une distance de <i>n</i> mots, peu importe l'ordre des mots
*	Troncature illimitée et optionnelle
Stratégie	
#1	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Traumatic] this term only (25)
#2	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Post-Traumatic] this term only (1386)
#3	MeSH descriptor: [Personality Disorders] this term only (427)
#4	PTSD or "post-traumatic stress" or "post-traumatic disorder" or "posttraumatic stress" or "posttraumatic disorder" or "posttraumatic disorders" or "post-traumatic disorders":ti,ab,kw (2967)
#5	MeSH descriptor: [Borderline Personality Disorder] this term only (306)
#6	(borderline near/5 disorder*) or (borderline and (personality or personalities)):ti,ab,kw (578)
#7	((cluster near/3 b) and (personality or personalities or disorder*)):ti,ab,kw (48)
#8	#1 or #2 or #4 (3175)
#9	#3 or #5 or #6 or #7 (962)
#10	#8 and #9 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews, Trials and Technology Assessments (52)
Détails	
	CDSR = 1
	CENTRAL = 50
	Dare = 0
	HTAd = 1
Filtres ou limites	
Aucun	

Annexe 2. Autres sources de documents

- *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - U.S. Department of Health and Human Services*
- *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*
- *American Psychiatric Association*
- *American Psychological Association*
- *Ascodocpsy : Base SantéPsy*
- *Association médicale canadienne - CPG Infobase*
- *BC Guidelines*
- *Campbell Library - Campbell Collaboration*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH/ACMTS)*
- *Canadian Network For Mood And Anxiety Treatments (CANMAT)*
- *Canadian Psychiatric Association*
- *Centre for Reviews and dissemination (CRD)*
- *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, via la Cochrane Library)*
- *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE, via la Cochrane Library)*
- *Guidelines International Network (G-I-N)*
- *Health Improvement Scotland*
- *Health Technology Assessment Database (HTAd, via la Cochrane Library)*
- *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA): rapports dans le CRD database*
- *Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)*
- *Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)*
- *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews*
- *King's Fund*
- *Manitoba Centre for Health Policy*
- *Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS): documentation*
- *National Health and Medical Research Council (NHMRC) - Australian Government*
- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*
- *National Institute for Health and Care Excellence - Evidence Search*
- *National Institute for Health Research NHS, Health Technology Assessment Program*
- *Published International Literature on Traumatic Stress (PILOTS)*
- *Prospero (Protocoles de revues systématiques)*
- *PsycARTICLES*
- *Queensland Health - Queensland Government*
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*
- *Santé Mentale au Québec (périodique)*
- *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) - U.S. Department of Health and Human Services*
- *TRIP - Turning Research into practice Database*
- *UBC's Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR)*
- *Unités d'évaluation des technologies et méthodes d'intervention en santé et services sociaux au Québec : CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, centre universitaire de santé McGill, CHU de Montréal, CHU de Québec et CHU de Sherbrooke)*
- *WHO/OMS Guidelines*

Annexe 3. Grille d'extraction

Données	Contenu
ÉTUDE	a. Auteurs
	b. Date de publication
	d. Lieu de l'étude
	c. Titre de l'étude et objectifs
	e. Objectifs de l'étude
	f. Devis
	g. Randomisation
	h. Durée du recrutement des sujets
	i. Conclusion
	j. Limites / Conflits d'intérêts
	k. Références bibliographiques pertinentes
POPULATION	a. Caractéristiques démographiques
	b. Diagnostic principal
	c. Troubles concomitants
	d. Types de traumatisme
	e. Nombre de groupes
INTERVENTION	a. Intervention principale et description
	b. Autres interventions : type et description
	c. Description des groupes
	d. Temps de mesure d'évaluation
	e. Nombre et profil des thérapeutes
	f. Outils de recherche
COMPARATEUR	a. Groupe de comparaison
	b. Type et description de l'intervention
RÉSULTATS	a. Méthode d'analyse
	b. Niveau d'adhérence à l'intervention
	c. Résultats mesurables rapportés
	d. Sommaire des résultats selon les dimensions du rétablissement
TEMPS DE SUIVI	a. Durée de l'étude

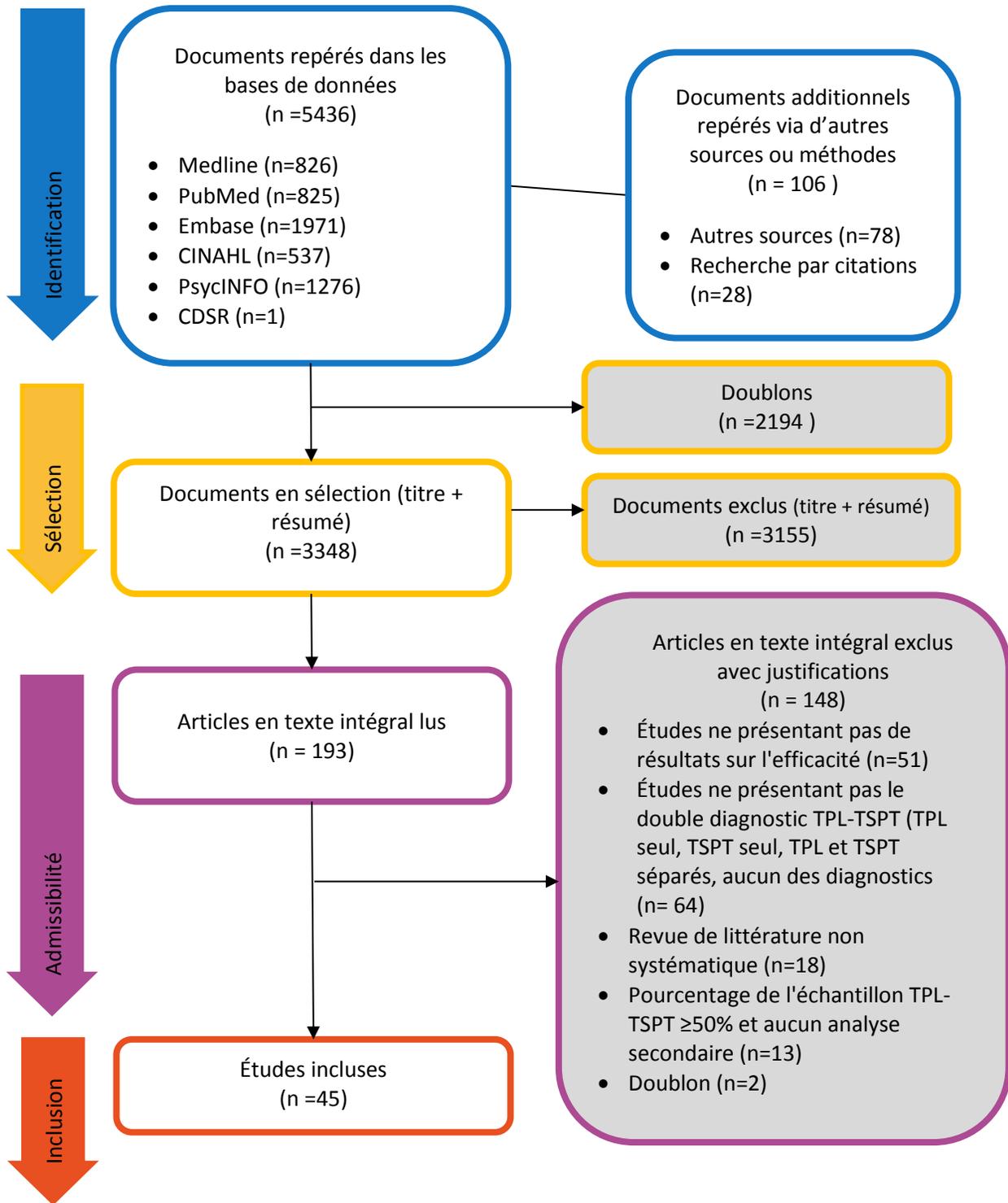
Annexe 4. Canevas d'entrevue

Projet	Rétablissement des usagers présentant à la fois un TPL et un TSPT
Objectif	Échanges sur les données contextuelles et expérientielles
Date	Le 2 mai 2018
Lieu	Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas – Pavillon Newman – Local H-2131
Durée	1 : 00 – 2 : 30 PM
Participants	Sylvie Beauchamp, Christiane Chalfoun, Jean Sébastien Leblanc, Mylène Lévesque, François Provost, Aldanie Rho, Marc-Olivier Trépanier
Se sont excusés	Marion Lepage, André Mpiana, Marie-Chantale Riverin-Simard, Catherine Rodrigue

Canevas d'entrevue pour données expérientielles et contextuelles

SUJET	Tableau des ressources sur le territoire du CIUSSS-ODIM
Interventions thérapeutiques	<p>Dans vos cliniques respectives, quelle est l'efficacité des modèles que vous utilisez ?</p> <p>Avez-vous beaucoup d'abandons ?</p> <p>Rencontrez-vous beaucoup d'effets adverses (tentatives de suicide, automutilations, abus de substance, autres) ?</p>
Données contextuelles : données de l'infocentre	<p>Est-ce que vous trouvez que les données par l'infocentre sont représentatives du terrain ?</p> <p>Il y a eu 0 tentative de suicide de dénombrer au Douglas. Est-ce que vous voyez ceci sur le terrain ? Comment pourrait-on arriver à les identifier ?</p> <p>Est-ce que les usagers vous sont tous référés ? Si non, ils sont référés à qui ?</p> <p>Lorsqu'ils sont admis, est-ce qu'ils sont ensuite référés à la clinique THAI ?</p> <p>Est-ce que ces données se rapprochent de ce que vous voyez ?</p> <p>Les taux de réadmissions sont plutôt bas. Que pensez-vous de cette donnée ?</p> <p>Quelle est votre expérience terrain ?</p> <p>Avez-vous en tête d'autres données que nous pourrions demander à l'infocentre ?</p> <p>Avez-vous d'autres suggestions, commentaires ?</p>
Données expérientielles : ressources	<p>Quels sont les services offerts (en TPL ou TSPT), à votre connaissance dans les différents milieux du CIUSSS ?</p> <p>Quels types de thérapies y pratique-t-on ?</p>

Annexe 5. Diagramme de flux PRISMA



Annexe 6. Articles exclus et raisons d'exclusion

#	Références	Raisons
1	Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> , 20(2), 97-108. doi:10.3109/10673229.2012.677347	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
2	Abbass, A., Town, J., Ogrodniczuk, J., Joffres, M., & Lilliengren, P. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy: Effectiveness and Role of "Unlocking the Unconscious". <i>Journal of Nervous & Mental Disease</i> , 205(6), 453-457. doi:10.1097/NMD.0000000000000684	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
3	Arntz, A. (2014). Treatment of comorbid anxiety disorders and personality disorders. <i>The Wiley handbook of anxiety disorders, Volume I: Theory and research; Volume II: Clinical assessment and treatment.</i> , 1183-1194.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
4	Binnie, J. (2012). Using Cognitive Behavioural Therapy with Complex Cases: Using the Therapeutic Relationship to Change Core Beliefs. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 33(7), 480-485. doi:10.3109/01612840.2012.669024	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
5	Bira, L. M. (2015). Brief psychological intervention for acute posttraumatic stress: Individual and trauma factors affecting recovery in low ses minorities. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> , 76(1-B(E)), No-Specified.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
6	Bohus, M., Priebe, K., Dyer, A., & Steil, R. (2009). Dialectical behavioral therapy for patients with borderline features and posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse (DBT-P). <i>European Psychiatry</i> , 24, S91.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
7	Bovin, M. J., Wolf, E. J., & Resick, P. A. (2017). Longitudinal Associations between Posttraumatic Stress Disorder Severity and Personality Disorder Features among Female Rape Survivors. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 8, 6. doi:10.3389/fpsy.2017.00006	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
8	Brockman, R. N., & Calvert, F. L. (2017). Imagery rescripting for PTSD and personality disorders: Theory and application. <i>Journal of Contemporary Psychotherapy</i> , 47(1), 23-30. doi:10.1007/s10879-016-9329-4	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
9	Burton, J. K., & Marshall, R. D. (1999). Categorizing fear: The role of trauma in a clinical formulation. <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 156(5), 761-766.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
10	Butterfield, M. I., Panzer, P. G., & Forneris, C. A. (1999). Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. <i>Psychiatric Clinics of North America</i> , 22(4), 875-896. doi:10.1016/S0193-953X%2805%2970131-3	Revue non systématique
11	Byrne, M. K., & Howells, K. (2002). The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management. <i>Psychiatry Psychology and Law</i> , 9(1), 34-43. doi:10.1375/132187102760196871	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
12	Carmel, A., Comtois, K. A., Harned, M. S., Holler, R., & McFarr, L. (2016). Contingencies create capabilities: Adjunctive treatments in dialectical behavior therapy that reinforce behavior change. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 23(1), 110-120. doi:10.1016/j.cbpra.2015.04.001	Revue non systématique
13	Case, W. M., & Dubey, B. L. (2011). Childhood PTSD roots of Borderline Personality Disorder-Emotionally Unstable Personality Disorder. <i>Journal of Projective Psychology & Mental Health</i> , 18(1), 4-13.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
14	Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. <i>Current behavioral neuroscience reports</i> , 4(1), 21-30. doi:10.1007/s40473-017-0103-z	Revue non systématique
15	Chu, J. A. (1996). Posttraumatic responses to childhood abuse and implications for treatment. <i>Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives.</i> , 381-397. doi:10.1007/978-1-4899-0310-5_18	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité

16	Clarke, S. B., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. <i>Behavior Therapy</i> , 39(1), 72-78. doi:10.1016/j.beth.2007.05.002	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
17	Cohen, J. A., Berliner, L., & March, J. S. (2000). Treatment of children and adolescents. <i>Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.</i> , 106-138.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
18	Coles, R. (2012). A service user reflects on a journey to hopefulness. <i>Mental Health Practice</i> , 16(2), 27-29.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
19	Cox, T. A. (2008). Impact of personality disorders on cognitive processing therapy for veterans with posttraumatic stress disorder. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> , 69(1-B), 670.	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
20	Cramer, M. A. (2002). Under the influence of unconscious process; Countertransference in the treatment of PTSD and substance abuse in women. <i>American Journal of Psychotherapy</i> , 56(2), 194-210.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
21	Da Costa, M. P. (2012). Complex post-traumatic stress disorder and co-morbidities: Clinical case over 40 years after war. <i>European Psychiatry</i> , 27. doi:10.1016/S0924-9338%2812%2975141-6	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
22	Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. <i>Frontiers in Psychology</i> , 7.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
23	de Jongh, A., ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. <i>Journal of EMDR Practice and Research</i> , 4(1), 12-21. doi:10.1891/1933-3196.4.1.12	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
24	de Zulueta, F. (2010). Reflective practice using attachment therapy. <i>Reflective practice in mental health: Advanced psychosocial practice with children, adolescents and adults.</i> , 179-198.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
25	DeRosa, R. R., & Rathus, J. H. (2013). Dialectical behavior therapy with adolescents. <i>Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models.</i> , 225-245.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
26	Dierckx, A. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies: the state of the art. <i>Psychiatry</i> , 7(5), 212-216. doi:10.1016/j.mppsy.2008.03.005	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
27	Dittmann, C., Muller-Engelmann, M., Resick, P. A., Gutermann, J., Stangier, U., Priebe, K., . . . Steil, R. (2017). Adherence Rating Scale for Cognitive Processing Therapy - Cognitive Only: Analysis of Psychometric Properties. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i> , 1-21. doi:10.1017/S1352465816000679	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
28	Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 34(4), 284-288. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.003	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
29	Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 36(5), 483-504. doi:10.1016/S0005-7967%2898%2900026-6	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
30	Drisko, J. W., & Simmons, B. M. (2012). The Evidence Base for Psychodynamic Psychotherapy. <i>Smith College Studies in Social Work (Haworth)</i> , 82(4), 374-400. doi:10.1080/00377317.2012.717014	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
31	Ducasse, D., & Fond, G. (2015). [Acceptance and commitment therapy]. <i>L'Encephale</i> , 41(1), 1-9. doi:10.1016/j.encep.2013.04.017	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
32	Earl, W. L. (1991). Perceived trauma: its etiology and treatment. <i>Adolescence</i> , 26(101), 97-104.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT

33	Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2016). Exposure-based interventions. Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action., 2nd ed., 269-299. doi:10.1037/14691-009	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
34	Federici, A., & Wisniewski, L. (2013). An intensive DBT program for patients with multidagnostic eating disorder presentations: a case series analysis. The International journal of eating disorders, 46(4), 322-331. doi:10.1002/eat.22112	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
35	Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. The British journal of clinical psychology, 51(2), 121-141. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02017.x	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
36	Fenton, W. S. (1993). Sexual abuse and psychopathology. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 56(2), 205-216.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
37	Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 14(2), 137-150. doi:10.1002/wps.20235	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
38	Foote, B., & Van Orden, K. (2016). Adapting Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Dissociative Identity Disorder. American Journal of Psychotherapy, 70(4), 343-364.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
39	Ford, J. D. (2017). Complex trauma and complex posttraumatic stress disorder. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge., Vol. 1, 281-305. doi:10.1037/0000019-015	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
40	Frias, A., Navarro, S., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Salvador, A., . . . Solves, L. (2017). Early maladaptive schemas associated with dimensional and categorical psychopathology in patients with borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy. doi:10.1002/cpp.2123	Revue non systématique
41	Frias, A., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. Psychopathology, 48(1), 1-10. doi:10.1159/000363145	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
42	Fruzzetti, A. E., Crook, W., Erikson, K. M., Lee, J. E., & Worrall, J. M. (2008). Emotion regulation. Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice., 2nd ed., 174-186.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
43	Gainer, M. J., & Torem, M. S. (1993). Ego-state therapy for self-injurious behavior. The American journal of clinical hypnosis, 35(4), 257-266. doi:10.1080/00029157.1993.10403017	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
44	Garip, B., Balicki, A., Uzun, O., Ozdemir, B., Unlu, G., & Ak, M. (2012). What are the contrindications for prolonged exposure therapy for PTSD; A case report. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 22, S120.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
45	Gescher, D. M., Cohen, S., Ruttman, A., & Malevani, J. (2011). ECT revisited: Impact on major depression in borderline personality disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45(11), 1003-1004. doi:10.3109/00048674.2011.617723	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
46	Glucksman, M. L. (2013). Case presentation: long-term treatment. Psychodynamic psychiatry, 41(3), 385-392. doi:10.1521/pdps.2013.41.3.385	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
47	Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Personality disorders, 5(1), 97-107. doi:10.1037/per0000062	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
48	Grey, N. (2010). Review of Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(3), 376-382. doi:10.1017/S1352465810000147	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
49	Gunderson, J. G., & Chu, J. A. (1993). Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. Harvard Review of Psychiatry, 1(2), 75-81.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
50	Halaby, K. S. (2004). Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65(6-B), 3160.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT

51	Harned, M. S., Tkachuck, M. A., & Youngberg, K. A. (2013). Treatment preference among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. <i>Journal of Clinical Psychology, 69</i> (7), 749-761. doi:10.1002/jclp.21943	Revue non systématique
52	Harned, M. S., & Valenstein, H. R. (2013). Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. <i>F1000prime reports, 5</i> , 15. doi:10.12703/P5-15	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
53	Harte, C. B., & Hawkins, R. C., II. (2016). Impact of personality disorder comorbidity on cognitive-behavioral therapy outcome for mood and anxiety disorders: Results from a university training clinic. <i>Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19</i> (2), 114-125. doi:10.4081/ripppo.2016.210	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
54	Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: borderline personality disorder. <i>Child Maltreatment, 9</i> (2), 139-145.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
55	Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. <i>Journal of Personality Disorders, 18</i> (1), 117-127.	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
56	Holas, P., & Suszek, H. (2016). Group process and therapeutic protocol of intensive transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety and personality disorders in a day clinic. <i>International Journal of Group Psychotherapy, 66</i> (3), 422-430.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
57	Holas, P., Suszek, H., Szaniawska, M., & Kokoszka, A. (2016). Group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders with personality disorders in day clinic setting. <i>Perspectives in Psychiatric Care, 52</i> (3), 186-193. doi:10.1111/ppc.12115	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
58	Holmes, E. A., & Butler, G. (2009). Cognitive therapy and suicidality in post-traumatic stress disorder: And recent thoughts on flashbacks to trauma versus 'flashforwards' to suicide. A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions., 178-193.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
59	Howes, J. L., & Vallis, T. M. (1996). Cognitive therapy with nontraditional populations: Application to post-traumatic stress disorder and personality disorders. <i>Advances in cognitive-behavioral therapy, Vol. 2.</i> , 237-271.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
60	Hudgins, M. K., & Drucker, K. (1998). The containing double as part of the Therapeutic Spiral Model for treating trauma survivors. <i>Special Issue: Treating trauma survivors.</i> , 51(2), 63-74.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
61	Hunt, M. (2007). Borderline personality disorder across the lifespan. <i>Journal of women & aging, 19</i> (1-2), 173-191. doi:10.1300/J074v19n01_11	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
62	Johnson, D. M., Sheahan, T. C., & Chard, K. M. (2003). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. <i>Journal of Child Sexual Abuse, 12</i> (2), 19-39. doi:10.1300/J070v12n02_02	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
63	Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., Wilcox, D., & Bisson, J. I. (2012). Systematic review and meta-analyses of psychosocial interventions for veterans of the military. <i>European Journal of Psychotraumatology, 3</i> . doi:10.3402/ejpt.v3i0.19267	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
64	Knox, J. (2013). The analytic institute as a psychic retreat: Why we need to include research evidence in our clinical training. <i>British Journal of Psychotherapy, 29</i> (4), 424-448. doi:10.1111/bjp.12047	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
65	Kraftcheck, E. R., Muller, R. T., & Wright, D. C. (2007). Treatment of depressive symptoms in adult survivors of childhood trauma. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 15</i> (1), 37-58. doi:10.1300/J146v15n01_03	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
66	Kremers, I. P., Van Giezen, A. E., Van der Does, A. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. <i>Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38</i> (1), 1-10. doi:10.1016/j.jbtep.2005.12.003	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
67	Kroll, J. (1993). PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance. <i>PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance.</i>	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité

68	Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., & Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 5(1), 24470.	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
69	Kruger, A., Kleindienst, N., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., Schmahl, C., & Bohus, M. (2014). Non-suicidal self-injury during an exposure-based treatment in patients with posttraumatic stress disorder and borderline features. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 61, 136-141. doi:10.1016/j.brat.2014.08.003	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
70	Kuoch, T., Miller, R. A., & Scully, M. F. (1992). Healing the wounds of the Mahantdori. Special Issue: Refugee women and their mental health: Shattered societies, shattered lives: II, 13(3), 191-207. doi:10.1300/J015V13N03_02	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
71	Laddis, A. (2010). Outcome of crisis intervention for borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: a model for modification of the mechanism of disorder in complex post traumatic syndromes. <i>Annals of General Psychiatry</i> , 9, 19. doi:10.1186/1744-859X-9-19	Revue non systématique
72	Laddis, A. (2011). Lessons from the Natural Course of Complex Posttraumatic Disorders. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma</i> , 20(4), 426-444. doi:10.1080/10926771.2011.570197	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
73	Landes, S. J. (2013). The case: treating Jared through dialectical behavior therapy. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 69(5), 488-489. doi:10.1002/jclp.21984	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
74	Landes, S. J., Garovoy, N. D., & Burkman, K. M. (2013). Treating complex trauma among veterans: three stage-based treatment models. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 69(5), 523-533. doi:10.1002/jclp.21988	Revue non systématique
75	Landy, M. S. H., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A., & Monson, C. M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma</i> , 24(3), 215-236. doi:10.1080/10926771.2015.1002649	Revue non systématique
76	Lanius, R. A., & Tuhan, I. (2003). Stage-oriented trauma treatment using dialectical behaviour therapy. <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> , 48(2), 126-127. doi:10.1177/070674370304800212	Doublon
77	Lanius, R. A., & Tuhan, I. (2003). Stage-oriented trauma treatment using dialectical behaviour therapy [3]. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i> , 48(2), 126-127.	Doublon
78	Lanius, U. F. (2005). EMDR Processing with Dissociative Clients: Adjunctive Use of Opioid Antagonists. <i>EMDR solutions: Pathways to healing.</i> , 121-146.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
79	Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> , 17(5), 322-328. doi:10.3109/10673220903271848	Revue non systématique
80	Lietz, C. A., Lacasse, J. R., & Cheung, J. R. (2014). A case study approach to mental health recovery: Understanding the importance of trauma-informed care. <i>Ethical Human Psychology and Psychiatry</i> , 16(3), 167-182. doi:10.1891/1559-4343.16.3.167	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
81	Limandri, B. J. (2014). Dialectical behavior therapy for complex trauma. <i>Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: A how-to guide for evidence-based practice.</i> , 2nd ed., 509-528.	Revue non systématique
82	Links, P. S., Shah, R., & Eynan, R. (2017). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. <i>Current Psychiatry Reports</i> , 19(3), 16. doi:10.1007/s11920-017-0766-x	Revue non systématique
83	Lonergan, M. (2014). Cognitive behavioral therapy for PTSD: The role of complex PTSD on treatment outcome. <i>Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma</i> , 23(5), 494-512. doi:10.1080/10926771.2014.904467	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
84	Long, C. G., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2015). Treatment progress in medium security hospital settings for women: changes in symptoms, personality and service need from admission to discharge. <i>Criminal behaviour and mental health : CBMH</i> , 25(2), 99-111. doi:10.1002/cbm.1911	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
85	Lustig, S., Smrz, A., Sladen, P., Sellers, T. D., & Hellman, S. (2000). It takes a village: Caring for a traumatized art student. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> , 7(5), 290-298. doi:10.1093/hrp/7.5.290	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité

86	Mac Farlane, D. (2011). Identity exploration of borderline personality disorder. <i>European Psychiatry</i> , 26. doi:10.1016/S0924-9338%2811%2973656-2	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
87	Malcoun, E., & Rothbaum, B. O. (2010). Review of Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 17(3), 338-339. doi:10.1016/j.cbpra.2010.02.008	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
88	Markowitz, J. C., Neria, Y., Lovell, K., Meter, P. E., Petkova, E., & Van Meter, P. E. (2017). History of sexual trauma moderates psychotherapy outcome for posttraumatic stress disorder. <i>Depression & Anxiety</i> (1091-4269), 34(8), 692-700. doi:10.1002/da.22619	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
89	Marmar, C. R., & Horowitz, M. J. (1986). Phenomenological analysis of splitting. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> , 23(1), 21-29. doi:10.1037/h0085589	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
90	Masino, T., & Norman, S. (2015). Challenging presentations in PTSD. A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches., 163-178. doi:10.1037/14522-012	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
91	Matheson, C. (2016). A new diagnosis of complex Post-traumatic Stress Disorder, PTSD-a window of opportunity for the treatment of patients in the NHS? <i>Psychoanalytic Psychotherapy</i> , 30(4), 329-344. doi:10.1080/02668734.2016.1252943	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
92	McShane, C., & Doss, W. L. (2016). Conversion disorder rehabilitation: A case report. <i>PM and R</i> , 8(9 Supplement), S256.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
93	Mellinger, D. I. (1988). Anxiety disorder treatment with borderline personality disorder patients. <i>Phobia Practice & Research Journal</i> , 1(2), 129-140.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
94	Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> , 24(2), 154-169. doi:10.1111/cpsp.12193	Revue non systématique
95	Mosquera, D., Leeds, A. M., & Gonzalez, A. (2014). Application of EMDR therapy for borderline personality disorder. <i>Journal of EMDR Practice and Research</i> , 8(2), 74-89. doi:10.1891/1933-3196.8.2.74	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
96	Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., . . . Wolfe, R. S. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 206(6), 501-508.	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
97	Mueser, K. T., Noordsy, D. L., & Drake, R. E. (2016). Serious mental illness. <i>The Oxford handbook of substance use and substance use disorders.</i> , Vol. 2, 88-115.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
98	Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Rosenberg, H. J. (2009). Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program. <i>Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program.</i> doi:10.1037/11889-000	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
99	Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 76(2), 259-271. doi:10.1037/0022-006X.76.2.259	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
100	Mulick, P. S., Landes, S. J., & Kanter, J. W. (2011). Contextual Behavior Therapies in the Treatment of PTSD: A Review. <i>International Journal of Behavioral Consultation & Therapy</i> , 7(1), 23-32.	Revue non systématique
101	Neacsiu, A. D. (2013). A treatment mechanism for emotion dysregulation across mood and anxiety disorders. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> , 74(3-B(E)), No-Specified.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
102	Norcross, J. C., Campbell, L. F., Grohol, J. M., Santrock, J. W., Selagea, F., & Sommer, R. (2013). Self-help that works: Resources to improve emotional health and strengthen relationships. <i>Self-help that works: Resources to improve emotional health and strengthen relationships.</i>	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
103	Nysaeter, T. E., Nordahl, H. M., & Havik, O. E. (2010). A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> , 64(2), 87-93. doi:10.3109/08039480903406731	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité

104	Offringa, G. A., & Goff, D. (1995). Dissociative disorder, psychosis, or both? <i>Harvard Review of Psychiatry</i> , 3(4), 222-226. doi:10.3109/10673229509017188	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
105	Ornduff, S. R. (2005). Case report: Restitution 101. <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> , 15(1), 69-73. doi:10.1037/1053-0479.15.1.69	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
106	Parson, E. R. (1997). Traumatic stress personality disorder (TrSPD): Intertheoretical therapy for the PTSD/PD dissociogenic organization. Special Issue: Personality disorders: Theory, pathogenesis, diagnosis, comorbidity, research and practice., 27(4), 323-367. doi:10.1023/A:1025618625487	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
107	Pickard, H. (2015). Stories of recovery: The role of narrative and hope in overcoming PTSD and PD. <i>The Oxford handbook of psychiatric ethics</i> , Vol. 2, 1315-1327.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
108	Prasko, J., Grambal, A., Kasalova, P., Kamardova, D., Ociskova, M., Holubova, M., . . . Zatkova, M. (2016). Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 12.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
109	Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Kruger, A., & Bohus, M. (2012). Psychological Treatment of Posttraumatic Stress Disorder after Sexual Abuse: An Overview. <i>PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie</i> , 62(1), 5-17. doi:10.1055/s-0031-1295482	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
110	Roberts, R. J. (1997). Review of PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance. <i>Contemporary Psychology</i> , 42(8), 754. doi:10.1037/000188	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
111	Rockland, L. H. (1993). A review of supportive psychotherapy, 1986-1992. <i>Hospital and Community Psychiatry</i> , 44(11), 1053-1060.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
112	Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 30(1), 35-51. doi:10.1521/pedi_2015_29_179	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
113	Scheiderer, E. M., Wang, T., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Negative Affect Instability among Individuals with Comorbid Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. <i>Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science</i> , 4(1), 67-81. doi:10.1177/2167702615573214	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
114	Schnyder, U. (2014). Treating intrusions, promoting resilience: an overview of therapies for trauma-related psychological disorders. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 5, 26520. doi:10.3402/ejpt.v5.26520	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
115	Schnyder, U., & Cloitre, M. (2015). Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. doi:10.1007/978-3-319-07109-1	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
116	Seeck-Hirschner, M., Baier, C. P., Pabst, A., Scharff, A. L., Bernhardt, K., Goder, R., & Aldenhoff, J. B. (2013). Sleep in patients with borderline personality disorder: Relation to outcome after narrative exposure therapy. <i>Somnologie</i> , 17, 47. doi:10.1007/s12031-013-0105-6	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
117	Seliga, M. (2016). Empirically supported treatment interventions for persons with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Comorbid Borderline Personality Disorder (BPD). Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 76(9-A(E)), No-Specified.	Revue non systématique
118	Simeon, D. (2006). Self-Injurious Behaviors. <i>Clinical manual of impulse-control disorders</i> , 63-86.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
119	Smith, P. N., Gamble, S. A., Cort, N. A., Ward, E. A., He, H., & Talbot, N. L. (2012). Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women. <i>Depression and Anxiety</i> , 29(2), 123-130. doi:10.1002/da.20913	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
120	Solzbacher, S., & Rueddel, H. (2012). Effectiveness of E-therapy skill training in inpatients with anorexia nervosa, PTSD or personalty disorders. <i>Psychosomatic Medicine</i> , 74(3), A28-A29. doi:10.1097/PSY.0b013e3182583b27	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
121	Spermon, D., Darlington, Y., & Gibney, P. (2013). Complex posttraumatic stress disorder: voices of healing. <i>Qualitative health research</i> , 23(1), 43-53. doi:10.1177/1049732312461451	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT

122	Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. <i>Journal of Trauma & Dissociation</i> , 2(4), 79-116. doi:10.1300/J229v02n04_05	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
123	Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M., & Beblo, T. (2017). Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy. <i>Borderline personality disorder and emotion dysregulation</i> , 4, 14. doi:10.1186/s40479-017-0067-3	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire
124	Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> (8), CD005652. doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
125	Stone, M. H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. <i>The Psychiatric clinics of North America</i> , 23(1), 193-ix.	Revue non systématique
126	Storch, E. A., & McKay, D. (2013). Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders. <i>Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders</i> . doi:10.1007/978-1-4614-6458-7	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
127	Swart, J., & Apsche, J. (2014). A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma. <i>International Journal of Behavioral Consultation & Therapy</i> , 9(1), 23-29.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
128	Sweezy, M. (2011). Treating trauma after dialectical behavioral therapy. <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> , 21(1), 90-102. doi:10.1037/a0023011	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
129	Thornback, K., Muller, R. T., & Rosenkranz, S. E. (2014). The relationship between personality disorder features and symptom improvement at an inpatient treatment program for posttraumatic stress disorder. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma</i> , 23(6), 589-610. doi:10.1080/10926771.2014.920455	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
130	Tiet, Q. Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> , 31(4), 513-536. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00336.x	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
131	Tillett, R. (1993). Assessment and outcome in psychotherapy. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> , 6(3), 353-357.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
132	Valenti, S. A. M. (2002). Use of object relations and self-psychology as treatment for sex addiction with a female borderline patient. <i>Special Issue: Women and sexual addiction.</i> , 9(4), 249-262. doi:10.1080/10720160216047	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
133	Van Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 47, 9-22. doi:10.1016/j.aip.2015.09.003	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
134	van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 3. doi:10.3402/ejpt.v3i0.18805	Revue non systématique
135	van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current Psychiatry Reports</i> , 17(3), 549. doi:10.1007/s11920-015-0549-1	Revue non systématique
136	Vignarajah, B., & Links, P. S. (2009). The clinical significance of co-morbid post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: Case study and literature review. <i>Personality and Mental Health</i> , 3(3), 217-224. doi:10.1002/pmh.89	Revue non systématique
137	Virgona, A. (2013). The effect of brief planned admissions for patients with severe personality disorders. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 47, 71. doi:10.1177/0004867412486854	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
138	Vosmer, S. (2012). The usefulness of group analysis in the conceptualization and treatment of 'personality disorders' and 'complex/post-traumatic stress disorder'. <i>Group Analysis</i> , 45(4), 498-514. doi:10.1177/0533316412462526	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
139	Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2012). Emotional processing strategies in cognitive behavioral therapy. <i>Activitas Nervosa Superior Rediviva</i> , 54(4), 150-158.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT

140	Wagner, A. W., Rizvi, S. L., & Harned, M. S. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. <i>Journal of Traumatic Stress, 20</i> (4), 391-400. doi:10.1002/jts.20268	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
141	Walter, K. H., Bolte, T. A., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2012). The impact of personality disorders on treatment outcome for Veterans in a posttraumatic stress disorder residential treatment program. <i>Cognitive Therapy and Research, 36</i> (5), 576-584. doi:10.1007/s10608-011-9393-8	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
142	Weerkamp-Bartholomeus, P. J. P. W. (2015). Reattach a new schema therapy for adults and children? Part I: Adults. <i>Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 12</i> (1-2), 9-13.	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
143	Wheeler, K. (2014). Stabilization for trauma and dissociation. <i>Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: A how-to guide for evidence-based practice., 2nd ed., 469-507.</i>	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
144	Witkiewitz, K., Roos, C. R., Colgan, D. D., & Bowen, S. (2017). Mindfulness. <i>Mindfulness.</i> doi:10.1027/00414-000	Études ne présentant pas le double diagnostic TPL-TSPT
145	Yen, S., & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. <i>Current Psychiatry Reports, 3</i> (1), 52-58.	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
146	Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. <i>Journal of Psychotherapy Integration, 15</i> (1), 115-126. doi:10.1037/1053-0479.15.1.115	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
147	Yovev, M. (2014). TRIPP participants: Symptomatology and trauma characteristics at treatment baseline. <i>Early Intervention in Psychiatry, 8, 122.</i> doi:10.1111/eip.12199	Études ne présentant pas de résultats sur l'efficacité
148	Zayfert, C., Deviva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a "real world" clinical practice. <i>Journal of Traumatic Stress, 18</i> (6), 637-645. doi:10.1002/jts.20072	Pourcentage de l'échantillon TPL-TSPT ≥50% et aucune analyse secondaire

Annexe 7. Évaluation de la qualité des études incluses

Figure 6. Évaluation de la qualité des ECR, ECNR, études de cohorte et des études avant-après selon l'échelle *Downs and Black*

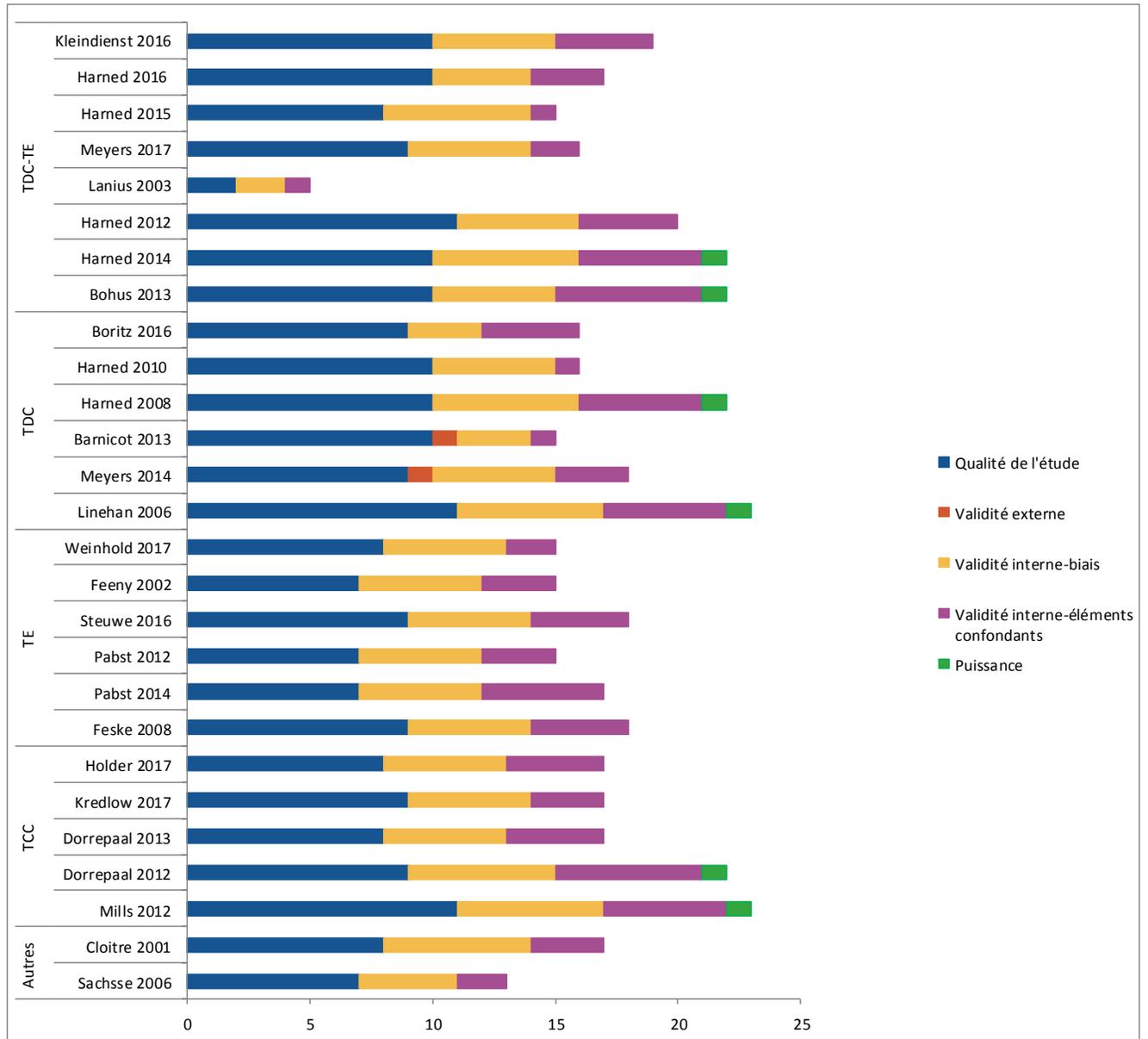
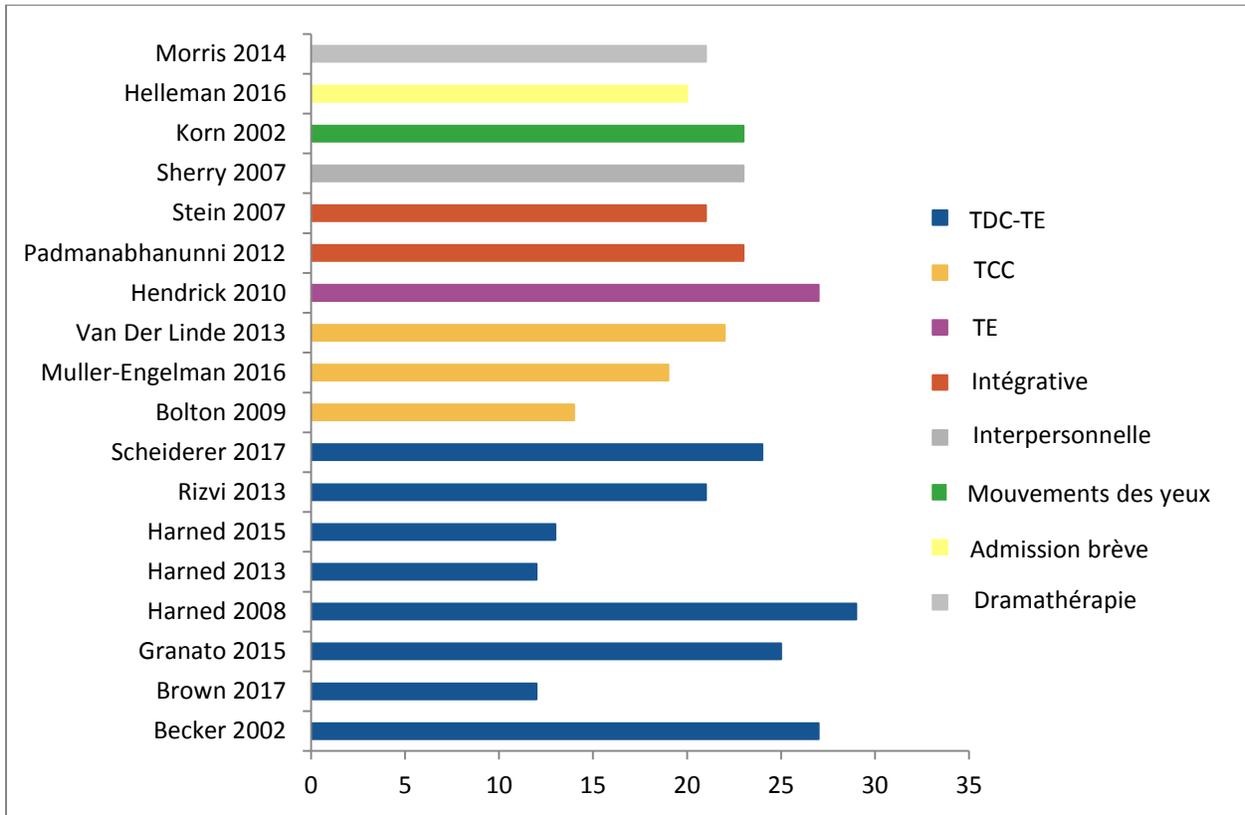


Figure 7. Évaluation de la qualité des études de cas et de séries de cas selon l'échelle CARE



Annexe 8. Caractéristiques des sujets selon le type de thérapie

Tableau 9. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TDC-TE

Auteurs, année	Données démographiques	Données cliniques	Traumatisme		Troubles concomitants
			Enfance	Adulte	
Études contrôlées randomisées					
Bohus, 2013 (39)	12 années d'éducation	Automutilation 44.59% TPL+TSPT	Oui	ND	Troubles de l'alimentation, dépression, abus de substances
Harned, 2014 (10)	Majorité célibataire, divorcée, séparée ou veuve (84,6%), éducation inférieure au niveau collégial (69,2%)	Automutilation récente 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	ND
Études avant-après					
Harned, 2012 (41)	Majorité non mariée (62%), n'a pas de diplôme collégial (69%)	Comportement suicidaire récent et/ ou imminent ou automutilation ; dans la dernière année ; 23.1% avaient eu une tentative de suicide et 92,3% avaient eu une automutilation 100% TPL+TSPT	Oui	ND	ND
Lanius, 2003 (59)	ND	ND 100% TPL+TSPT	ND	ND	Dysthymie, dépression, trouble dissociatif, trouble alimentaire, abus de substance, attaque de panique, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif
Meyers, 2017 (43)	Vétérans	ND 50% TPL+TSPT	ND	ND	ND
Analyses secondaires					
Harned, 2016 (40)	Voir Harned 2014 (10)				
Harned, 2015b (44)	Majorité non mariée (75%), n'a pas de diplôme collégial (75%)	Histoire récente de tentative de suicide ou d'automutilation (dans les derniers 2 ou 3 mois) – Au moins 2 tentatives de suicide ou automutilation dans les derniers 5 ans 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	ND
Kleindienst, 2016 (58)	12,69 années d'éducation	Automutilation 100% TPL+TSPT	Oui	ND	Troubles de l'alimentation ; dépression, abus de substances
Études de cas ou série de cas					
Becker, 2002 (46)	Divorcée, inapte à l'emploi	Évitement, hospitalisation pour suicide 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, boulimie, TOC, abus de substance
Brown, 2017 (47, 60)	Étudiante au collège	Tentatives de suicide, automutilation, dérégulation émotionnelle, impulsivité 100% TPL+TSPT	Oui	ND	Dépression, trouble dissociatif, trouble d'anxiété, abus de substance
Granato, 2015 (48)	ND	Automutilation pendant épisodes de dissociation, évitement, idées suicidaire 100% TPL+TSPT	Oui	ND	ND
Harned, 2008b (49)	En relation, a des enfants	Hospitalisation pour suicide, automutilation 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Abus de substance, abus d'alcool, impulsivité, boulimie
Harned, 2013 (61)	En relation, a des enfants	Hospitalisation 100% TPL+TSPT	Oui	ND	Dépression, abus de substances, TDAH, TOC, attaque de panique, trouble dissociatif
Harned, 2015(51)	Célibataire, étudiante au collège	Automutilation, hospitalisation pour tentative de suicide 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Boulimie
Rizvi, 2013 (52)	Militaire, sans emploi, célibataire, diplôme d'études secondaires	Suicidaire, plusieurs hospitalisations, abus de plusieurs substances, hallucinations 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression
Scheiderer, 2017 (53)	En relation, a des enfants, travaille à temps plein	Automutilation, tentatives de suicide, anxiété 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Abus de substance

ND : non disponible, TDAH : trouble de déficit d'attention et hyperactivité, TOC : trouble obsessionnel-compulsif

Tableau 10. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TDC

Auteurs, année	Données démographiques	Données cliniques	Traumatisme		Troubles concomitants
			Enfance	Adulte	
Étude contrôlée randomisée					
Linehan, 2006 (62)	Célibataire, divorcé ou séparé (87%), niveau collégial ou technique (52%)	Tentative de suicide, automutilation 55,4% TPL+TSPT	ND	ND	Dépression, anxiété, abus de substance, trouble de l'alimentation
Étude avant-après					
Meyers, 2014 (70)	Vétérans	ND 84% TPL+TSPT	ND	ND	Dépression, dysthymie, abus de substances
Étude de cohorte					
Barnicot, 2013 (65)	A l'emploi (28%)	Automutilation 57,3% TPL+TSPT	ND	ND	Dépression, épisodes de manie, trouble de panique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, dépendance à l'alcool ou autres substances
Analyses secondaires					
Harned, 2008a (63)	Voir Linehan 2006(62)				
Harned, 2010 (69)	Célibataire, divorcé ou séparé (88%), niveau collégial (50%)	Tentative de suicide, automutilation 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, anxiété, abus de substance, trouble de l'alimentation
Boritz, 2016 (64)	sans emploi ou inapte à l'emploi (54%), diplôme d'études secondaires (27), niveau technique (31%)	Tentative de suicide, automutilation 65,13% TPL+TSPT	Oui	ND	ND

ND : non disponible

Tableau 11. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TE

Auteurs, année	Données démographiques	Données cliniques	Traumatisme		Troubles concomitants
			Enfance	Adulte	
Études contrôlées randomisées					
Feske, 2008 (77)	Sans emploi (57%), célibataire (57%), diplôme d'études secondaires (38%)	Durée moyenne de TSPT = 17,5 années 52,4% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, trouble de panique, phobie sociale trouble d'anxiété généralisée
Pabst, 2014 (73)	9.5 années d'éducation	100% TPL+TSPT	ND	ND	ND
Études avant-après					
Pabst, 2012 (74)	ND	Symptômes sévères 100% TPL+TSPT	ND	ND	Dépression, trouble dissociatif
Steuwe, 2016 (75)	46% dans une relation	91 % avec histoire d'au moins une tentative de suicide, 100% avec histoire d'automutilation 100% TPL+TSPT	Oui	ND	ND
Analyses secondaires					
Feeny, 2002 (78)	Sans emploi (33%), emploi à temps partiel ou temps plein (67%), 61% niveau collégial	Pas d'histoire de suicide ou d'automutilation, pas d'histoire de schizophrénie, de trouble bipolaire, de dépendance aux substances 17% TPL+TSPT	Oui	Oui	ND
Weinhold, 2017 (76)	10,4 années d'éducation	Voir Pabst, 2012 (74)			
Série de cas					
Hendricks, 2010 (72)	ND	Rêves troublants (67%), dépression (67%), hypervigilance (67%) 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Troubles alimentaires, abus de substances, dépression, trouble obsessionnel-compulsif, phobie spécifique, trouble de panique, trouble bipolaire, trichotillomanie

ND : non disponible, TSPT : trouble de stress post-traumatique

Tableau 12. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité de la TCC

Auteur, année	Données démographiques	Données cliniques	Traumatisme		Troubles concomitants
			Enfance	Adulte	
Études contrôlées randomisées					
Mills, 2012 (85)	Sans emploi (79%), années de scolarisation terminées : médiane de 10 années	Histoire récente d'automutilation pendant derniers 6 mois, suicidaire (52%), exclus si histoire d'idées suicidaires avec plan et intentions 72,8% TPL+TSPT	Oui	ND	Abus de substance (âge médian à la 1 ^{ère} intoxication : 13 ans)
Dorrepaal, 2012 (86)	A l'emploi (17%), en couple (87%), années de scolarisation moyennes : 10,2 années	Durée moyenne des symptômes de plus de 10 ans : 52%, durée moyenne des thérapies antérieures : 1,9 années. 52,54% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, anxiété, abus de substance et dépendance
Analyses secondaires					
Dorrepaal, 2013 (89)	A l'emploi (22%), en couple (86%), années de scolarisation moyenne : 9,9 années	Durée moyenne des symptômes de plus de 10 ans : 50% - Durée moyenne des thérapies antérieures : 1.9 années. 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, anxiété, abus de substance et dépendance
Kredlow, 2017 (81)	Sans emploi : 91% - En couple : 52% - niveau secondaire et plus : 72%	Idées suicidaires 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif
Holder, 2017 (84)	Vétérans, années d'éducation : 14,14	Temps moyen depuis le traumatisme : 17,07 années 25,93% TPL+TSPT	ND	ND	ND
Études de cas ou série de cas					
Muller-Engelmann, 2016 (83)	À l'emploi à temps plein, diplôme d'études technique	Suicidaire, instabilité de l'humeur, troubles du sommeil, problèmes interpersonnels 100% TPL+TSPT	Oui	Non	Abus d'alcool et d'autres substances, troubles dissociatifs
Bolton, 2009 (80)	Sans emploi, de niveau collégial, en couple	Histoire d'hospitalisation 3 à 4 fois par année, d'abus d'alcool, automutilation, exercice excessif 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Anorexie
van der Linde, 2013 (82)	Étudiant de troisième cycle	Suicidaire chronique, difficulté à contrôler sa colère, impulsivité 100% TPL+TSPT	Oui	Oui	Dépression, dysthymie

ND : non disponible

Tableau 13. Caractéristiques des sujets selon les articles évaluant l'efficacité des autres modes d'interventions

Auteur, année	Devis	Données démographiques	Données cliniques	Traumatisme		Troubles concomitants
				Enfance	Adulte	
Psychothérapie intégrative						
Stein, 2007 (92)	Étude de cas	Marié, diplôme collégial	Tentatives de suicide et automutilations chroniques, instabilité de l'humeur, impulsivité, hospitalisations multiples	Oui	Oui	Symptômes psychotiques, trouble dissociatif
Padmanabhanunni, 2012 (91)	Étude de cas	Étudiant, célibataire, niveau d'études secondaires	Impulsivité dans les gestes suicidaires, tendance à se blâmer	Oui	ND	Dépression majeure, trouble dissociatif
Psychothérapie interpersonnelle						
Cloitre, 2001 (93)	ECNR	A l'emploi à temps plein ou à temps partiel (63%), célibataire (73%) avec des enfants (29%), diplôme d'étude collégial (51%)	Volonté de prendre part à thérapie de groupe.	Oui	ND	ND
Sherry, 2007 (94)	Étude de cas	Vit seul, inapte à l'emploi	Comportement suicidaire avec automutilations, comportement d'évitement, hypervigilance, relations interpersonnelles instables	Oui	Oui	Dépression avec signes psychotiques, trouble de l'alimentation, impulsivité, hospitalisation chronique
Désensibilisation et reprogrammation par mouvements des yeux						
Korn, 2002 (95)	Série de cas	Emploi à temps plein, diplôme d'étude collégial	Incapable de tolérer le stress relié au travail, difficultés interpersonnelles, impulsivité, comportement autodestructeur, histoire d'hospitalisation, histoire d'abus de substance	Oui	ND	Dépression
Sachsse, 2006 (96)	Étude avant-après	Diplôme d'études secondaires (40%)	Groupe de sujets ayant bénéficié du suivi pendant 1 an : histoire d'automutilation en moyenne 6,7 par mois, hospitalisation chronique, 2/3 des sujets avec 2 traumatismes	Oui	ND	Dépression, dépersonnalisation, amnésie dissociative, troubles somatoformes, trouble dissociatif, automutilation
Admissions brèves						
Helleman, 2016 (97)	Étude de cas	Sans emploi, volontariat à une maison de retraite, marié, a complété un diplôme d'études techniques	Gestes et idées suicidaires, automutilation, cauchemars, trouble dissociatif, difficultés interpersonnelles	Oui	Non	Spina bifida, fauteuil roulant, symptômes psychotiques
Dramathérapie						
Morris, 2014 (98)	Étude de cas	ND	Antécédents d'hospitalisation, automutilation, paranoïa, estime de soi faible, difficulté dans les relations interpersonnelles, flashback	Oui	Non	Dépression, anxiété, trouble alimentaire

ND : non disponible

Annexe 9. Efficacité des différentes thérapies selon les dimensions du rétablissement

Tableau 14. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la TDC-TE

a) Rétablissement clinique

Comparaisons	Articles	Clinique												
		Symptômes								Soins médicaux				
		TSPT	TPL	Dépression	Anxiété	Trouble dissociatif	Tentatives de suicide	Idées suicidaires	Automutilations	Visite à l'urgence	Visite à l'externe	Admission	Durée de séjour	Médication
Analyses contrôlées randomisées	Bohus, 2013	↓	↔	↓		↔								↔
	Harned, 2014	↓		↓	↓		↔	↔	↔					
	Harned, 2016	↔	↔			↔		↔	↔					
Analyses avant- après	Harned, 2012	↓			↓	↓		↓	↔					
	Lanius, 2003									↓	↑		↓	
	Meyers, 2017	↓						↓						
	Bohus, 2013	↓	↓	↓		↓		↔	↔					
	Harned, 2014	↓		↓	↓		↔	↔	↔					
	Harned, 2016	↓	↓			↓		↔	↔					
Étude de cas	Becker, 2002	↓	↔	↓	↓	↓								
	Brown, 2017			↓				↔	↔	↑		↑		
	Granato, 2015	↔				↓			↓					
	Harned, 2008b	↓	↓				↓		↓					
		↓	↔				↓		↓					
	Harned, 2013	↓			↓	↓			↓					↓
	Harned, 2015	↓		↓				↓	↔					
	Rizvi, 2013	↔	↔						↔					
Scheiderer, 2017	↓		↓	↓			↓	↓			↑			

b) Autres types de rétablissements

Comparaisons	Articles	Existentiel		Fonctionnel		Physique	Social		
		Capacité d'agir et auto-efficacité	Sentiment d'autonomie	Emploi	Éducation	Abus de substance	Famille	Amis	Activités sociales
Analyse contrôlée randomisée	Harned, 2016					↔			
Analyses avant-après	Lanius, 2003			↑	↑				
	Harned, 2016					↔			
Étude de cas	Becker, 2002	↑	↑	↑			↑	↑	↑
	Brown, 2017			↑	↑	↓			↑
	Granato, 2015	↑				↔			
	Harned, 2008b			↓					
	Harned, 2013	↑	↑			↓	↑		
	Harned, 2015	↑	↑		↑		↑	↑	↑
	Rizvi, 2013				↑	↔			↑
	Scheiderer, 2017				↑	↓			↑

Tableau 15. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TDC

Comparaisons	Articles	Clinique											Physique Abus de substance	
		Symptômes							Soins médicaux					
		TSPT	TPL	Dépression	Anxiété	Trouble dissociatif	Tentatives de suicide	Idées suicidaires	Automutilations	Visite à l'urgence	Admission	Coûts		Médication
Analyses contrôlées randomisées	Linehan, 2006			↔			↓	↔	↔	↓	↓	↓	↓	
	Harned, 2008a	↔		↔	↔	↓								↓
	Boritz, 2016						↔		↔					
	Linehan, 2006			↓				↓	↓					
	Boritz, 2016						↓		↓					
	Harned, 2010					↓		↓	↓					
Cohorte	Barnicot, 2013		↓		↔		↓	↓	↓					

Tableau 16. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TE

Comparaisons	Articles	Clinique					Existentielle
		TSPT	TPL	Dépression	Anxiété	Trouble dissociatif	Sentiment d'autonomie
Analyses contrôlées randomisées	Feske, 2008	↓		↓	↓		
	Pabst, 2014	↔	↔	↔		↔	
Analyses avant- après	Pabst, 2012	↓	↓	↓		↓	
	Pabst, 2014	↓	↓	↓		↓	
	Feeny, 2002	↓		↓	↓		
Cohorte	Feeny, 2002*	↔		↔	↔		
Série de cas	Hendricks, 2010				↓		↑

*L'étude comparait l'efficacité de la thérapie pour les sujets ayant ou non des caractéristiques de trouble de personnalité limite.

Tableau 17. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour la thérapie TCC

Comparaisons	Articles	Clinique						Fonctionnel		Physique	Social	
		Symptômes						Soins médicaux	Emploi	Éducation	Abus de substance	Famille
		TSPT	TPL	Dépression	Anxiété	Trouble dissociatif	Automutilations					
Analyses contrôlées randomisées	Mills, 2012	↓		↔	↔					↔		
	Kredlow, 2017	↔		↔	↔							
	Dorrepaal, 2012	↔	↔									
Analyses avant- après	Mills, 2012	↓		↓	↓					↓		
	Dorrepaal, 2012	↓										
	Kredlow, 2017	↓		↓	↔							
	Holder, 2017	↓										
Étude de cas	Muller-engelman, 2016	↓	↓	↓	↓	↓			↑	↑	↑	
	Bolton, 2009	↓		↓			↓	↓		↑	↑	
	Van Der Linde, 2013	↓		↓	↓							

Tableau 18. Résultats des études selon les domaines du rétablissement applicables pour les autres thérapies

a) Rétablissement clinique

Thérapies	Articles	Comparaisons	Clinique										
			Symptômes							Soins médicaux			Médication
			TSPT	TPL	Dépression	Anxiété	Trouble dissociatif	Idées suicidaires	Automutilations	Admission	Durée de séjour	Utilisation des services	
Intégrative	Stein, 2007	Étude de cas	↓				↓		↓	↔			↔
	Padmanabbanunni, 2012		↓	↓	↑		↔						
Interpersonnelle	Cloitre, 2001	Avant-après	↔		↔	↔							
	Cloitre, 2001	ECNR	↔		↔	↔							
	Sherry, 2007	Étude de cas		↓	↓	↓		↓	↔				↔
Mouvement des yeux	Korn, 2002	Série de cas (1)	↔		↓	↓	↓						
	Korn, 2002	Série de cas (2)	↔		↓				↓				
	Sachsse, 2006	Avant-après		↓			↓				↓		
Admission brève	Helleman, 2016	Étude de cas	↓	↓		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Dramathérapie	Morris, 2014			↓	↓	↓			↓				

b) Autres types de rétablissement

Thérapies	Articles	Comparaisons	Existentiel			Fonctionnel			Physique		Social			
			Religion et spiritualité	Capacité d'agir et auto-efficacité	Sentiment d'autonomie	Emploi	Éducation	Logement	Diète	Exercice physique	Famille	Amis	Communauté	Activités sociales
Intégrative	Stein, 2007	Étude de cas		↑	↑			↑	↑	↑	↑			↑
	Padmanabbanuni, 2012						↔							
Interpersonnelle	Sherry, 2007	Étude de cas		↑								↑	↑	
Mouvement des yeux	Korn, 2002	Série de cas (1)		↓										
	Korn, 2002	Série de cas (2)		↓										
Admission brève	Helleman, 2016	Étude de cas				↑								↑
Dramathérapie	Morris, 2014		↑	↑	↑	↑							↔	↑

Annexe 10. Données des méta-analyses

Tableau 19. Résultats des essais contrôlés randomisés reliés aux symptômes de TSPT

Études	Expérimental			Contrôle			Poids (%)	Différence de moyenne standardisée, intervalle de confiance (95%)
	Moyenne	ET	Effectif	Moyenne	ET	Effectif		
Bohus, 2013	60,31	26,79	36	83,53	16,5	38	19,1	-1,04 [-1,53 ; -0,55]
Cloitre, 2001	57,63	20,71	16	61,69	23,74	15	14,5	-0,18 [-0,88 ; 0,53]
Freske, 2008	19,22	11,61	9	30,42	7,43	12	10,6	-1,14 [-2,09 ; -0,20]
Harned, 2014	13,60	13,20	17	13,80	9,30	9	12,7	-0,02 [-0,82 ; 0,79]
Kredlow, 2017-1	53,50	31,70	15	82,20	25,80	12	12,7	-0,95 [-1,76 ; -0,14]
Kredlow, 2017-2	73,19	25,67	29	77,53	25,31	26	18,2	-0,17 [-0,70 ; 0,36]
Pabst, 2014	29,00	9,20	11	27,80	13,80	11	12,2	0,10 [-0,74 ; 0,93]
Total			133			123	100	-0,49 [-0,88 ; -0,09]

Tableau 20. Résultats des essais contrôlés randomisés reliés aux symptômes de TPL

Études	Expérimental			Contrôle			Poids (%)	Différence de moyenne standardisée, intervalle de confiance (95%)
	Moyenne	ET	Effectif	Moyenne	ET	Effectif		
Bohus, 2013	1,57	0,75	36	2,17	0,7	38	24,7	-0,82 [-1,29 ; -0,34]
Cloitre, 2001	2,67	1,87	16	3,55	2,06	15	19,1	-0,44 [-1,15 ; 0,28]
Kredlow, 2017-1	1,17	1,17	15	4,25	3,2	12	16,4	-1,30 [-2,15 ; -0,45]
Kredlow, 2017-2	3,32	1,7	29	3,58	2,48	26	23,4	-0,12 [-0,65 ; 0,41]
Pabst, 2014	49,2	15,1	11	41,2	25,6	11	16,5	0,37 [-0,48 ; 1,21]
Total			107			102	100	-0,47 [-0,96 ; 0,02]

Tableau 21. Résultats des essais contrôlés randomisés reliés aux symptômes de dépression

Études	Expérimental			Contrôle			Poids (%)	Différence de moyenne standardisée, intervalle de confiance (95%)
	Moyenne	ET	Effectif	Moyenne	ET	Effectif		
Bohus, 2013	26,81	11,45	36	40,55	10,59	38	15,0	-1,23 [-1,73 ; -0,73]
Cloitre, 2001	16,25	8,97	16	19,87	9,30	15	12,2	-0,39 [-1,10 ; 0,33]
Freske, 2008	17,67	7,45	9	25,08	8,82	12	9,8	-0,86 [-1,77 ; 0,06]
Harned, 2014	11,80	8,00	17	15,50	6,50	9	10,8	-0,48 [-1,30 ; 0,34]
Kredlow, 2017-1	25,40	14,40	15	39,60	13,60	12	11,0	-0,98 [-1,79 ; -0,17]
Kredlow, 2017-2	31,20	14,49	29	30,44	17,38	26	14,6	0,05 [-0,48 ; 0,58]
Linehan, 2006	14,00	7,30	52	17,00	8,20	49	16,4	-0,38 [-0,78 ; 0,01]
Pabst, 2014	24,50	8,70	11	18,00	8,90	11	10,3	0,71 [-0,16 ; 1,58]
Total			185			172		-0,46 [-0,86 ; -0,05]

Tableau 22. Résultats des essais contrôlés randomisés reliés aux symptômes d'anxiété

Études	Expérimental			Contrôle			Poids (%)	Différence de moyenne standardisée, intervalle de confiance (95%)
	Moyenne	ET	Effectif	Moyenne	ET	Effectif		
Cloitre, 2001	51,19	9,18	16	49,21	10,33	15	20,4	0,20 [-0,51 ; 0,90]
Freske, 2008	18,33	10,85	9	26,75	10,21	12	13,1	-0,77 [-1,67 ; 0,13]
Harned, 2014	14,20	10,80	17	17,80	8,60	9	15,8	-0,34 [-1,16 ; 0,47]
Kredlow, 2017-1	41,90	13,40	15	50,20	18,50	12	17,4	-0,51 [-1,28 ; 0,27]
Kredlow, 2017-2	30,59	15,58	29	29,28	16,23	26	33,2	-0,08 [-0,45 ; 0,61]
Total			86			74	100	-0,18 [-0,52 ; 0,16]

Tableau 23. Résultats des essais contrôlés randomisés reliés aux symptômes psychologiques généraux

Études	Expérimental			Contrôle			Poids (%)	Différence de moyenne standardisée, intervalle de confiance (95%)
	Moyenne	ET	Effectif	Moyenne	ET	Effectif		
Bohus, 2013	1,39	0,63	36	1,94	0,64	38	36,5	-0,86 [-1,33 ; -0,38]
Cloitre, 2001	0,58	1,19	16	1,54	0,90	15	15,1	-0,88 [-1,62 ; -0,14]
Freske, 2008	1,44	0,73	9	2,01	0,81	12	10,4	-0,70 [-1,60 ; 0,19]
Harned, 2014	1,10	0,70	17	1,20	0,50	9	12,7	-0,15 [-0,96 ; 0,66]
Kredlow, 2017-1	39,00	8,70	15	41,30	8,30	12	14,3	-0,26 [-1,02 ; 0,50]
Total			93			86	100	-0,65 [-0,95 ; -0,34]