

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	8
Les troubles de l'humeur.....	10
L'hôpital de jour psychiatrique comme modèle de soins.....	15
Le modèle de l'Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur .....	22
Les facteurs thérapeutiques liés à la psychothérapie.....	28
Synthèse et rappel des objectifs de l'étude .....	40
Méthode.....	41
Plan de l'étude .....	42
Participants .....	42
Instruments de mesure.....	44
Variables sociodémographiques et cliniques .....	44
Perception des patients quant aux facteurs thérapeutiques contribuant à l'amélioration thérapeutique .....	44
Symptômes dépressifs.....	45
Symptômes anxieux .....	46
Perception de l'état de santé mentale .....	46
Procédure.....	47

Considérations éthiques.....	48
Analyse des données .....	48
Résultats .....	52
Caractéristiques sociodémographiques et clinique des participants .....	53
Liste des facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ .....	56
Facteurs thérapeutiques analogues aux hôpitaux de jour psychiatriques .....	57
Nouveaux facteurs thérapeutiques et spécifiques aux patients de l'HDJ .....	58
Changement cliniquement significatif .....	62
Discussion .....	65
Objectif principal.....	66
Objectif secondaire.....	72
Forces et limites .....	74
Conclusion.....	79
Références .....	84
Appendice A. Questionnaire des facteurs thérapeutiques .....	95
Appendice B. BDI-II .....	100
Appendice C. State – Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA).....	103
Appendice D. État de santé mentale.....	105
Appendice E. Schéma des différents moments de prises de mesure à l'HDJ .....	107

## Liste des tableaux

### Tableau

1. Caractéristiques sociodémographiques des patients..... 53
2. Données cliniques des patients ..... 54
3. 15 facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ ... 55
4. Facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ  
analogues à ceux provenant des études de Hoge et al. (1988) et de Schreer  
(1988)..... 57
5. Facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces spécifiquement par les  
patients de l'HDJ ..... 58
6. Résultats au BDI-II, au STICSA et à l'état de santé mentale des 21 patients  
pour la 1<sup>re</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine de traitement ..... 63

*Je dédie cet essai doctoral,  
à la mémoire de mon père,  
Marcel Paquet.*

## **Remerciements**

Je tiens à exprimer sincèrement toute ma gratitude envers ma directrice, Mme Marie-Claude Blais, qui a consenti si généreusement à me guider et m'éclairer de ses conseils dans l'élaboration complète de ce projet de recherche. Merci aussi pour les encouragements et sa rigueur scientifique. Je veux souligner mon entière reconnaissance envers Marie-France Pelletier pour son amitié, son soutien continu et son expertise en recherche. Je souhaite remercier monsieur Jean-Pierre Gagnier pour ses enseignements au cours de ma formation et son apport au jury de correction. Je remercie également Mme Francine Ferland d'avoir accepté de participer au jury de correction.

D'autre part, je désire remercier de tout mon cœur ma mère pour son intérêt quotidien à ce que je termine ce travail! Merci de m'avoir appuyé dans mon développement professionnel. Merci à mes frères qui ont compris l'investissement que j'ai dû fournir dans l'accomplissement de mes études. Papa, je sais que tu serais fier de moi, autant que je suis fier d'avoir été ton fils. Merci à tous mes collègues de travail et à Dre Hélène Bussièrès qui a bienveillamment exercé de la pression pour que je sois assidu dans ma rédaction.

Enfin, je remercie Véronique, pour tout ce qu'elle est, ainsi que pour son aide, ses conseils, son écoute, sa patience, sa collaboration, bref pour ton son amour! Immense merci à vous tous qui avez été mes facteurs thérapeutiques dans ce projet de recherche et avez permis que je mène à bonne fin mon parcours universitaire doctoral!

## **Introduction**

Les troubles de l'humeur ont une prévalence élevée dans la population générale et constituent une des raisons les plus fréquentes de consultation à un médecin de famille et de l'urgence psychiatrique (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 1999). Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2000), les troubles de l'humeur se caractérisent principalement par une perturbation significative de l'humeur. Cette perturbation se manifeste soit par un état dépressif ou un épisode de manie et dans certains cas, par une alternance entre ces deux états. On peut reconnaître l'état dépressif par différents symptômes tels que l'humeur dépressive quotidienne, la perte d'appétit, l'insomnie, le désintérêt des activités habituelles, la fatigue, etc. À son opposé sur un continuum de l'humeur, le concept de manie se caractérise entre autres par une humeur expansive, exaltée ou euphorique, par une surestimation de ses capacités habituelles et par une hyperactivité motrice et psychique (Durand & Barlow, 2002). De ce fait, les troubles de l'humeur incluent plusieurs diagnostics : Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble bipolaire, Trouble cyclothymique, Trouble de l'humeur dû à une affection médicale et Trouble de l'humeur induit par une substance.

Parmi les troubles de l'humeur, le diagnostic de trouble dépressif majeur est l'un des plus fréquemment observé. Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce trouble est la principale cause d'incapacité, affectant environ 120 millions de personnes

annuellement dans le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Au Canada, la prévalence à vie du trouble dépressif majeur atteint 10,8 % de la population (Kennedy, Lam, Parikh, Patten, & Ravindran, 2009). De plus, au moins 60 % des personnes auront un second épisode au cours de leur vie (APA, 2000). La récurrence de ce diagnostic est notable puisque l'on estime à quatre le nombre moyen d'épisodes dépressifs majeur au cours de la vie (Durand & Barlow, 2002). Non seulement le trouble dépressif majeur est récurrent, mais il a tendance à s'aggraver lorsqu'il n'est pas traité. En effet, le trouble dépressif majeur est associé à une mortalité élevée. Selon le DSM-IV-TR, jusqu'à 15 % des personnes présentant un trouble dépressif majeur sévère décèdent par suicide. En somme, tant à l'échelle mondiale que canadienne, la dépression affecte considérablement la vie des personnes qui en souffrent et cela se répercute au plan sociétal.

De nombreuses répercussions psychologiques, physiques, sociales et économiques sont directement reliées aux problèmes de santé mentale. Par exemple, les répercussions du trouble dépressif majeur sur le rendement au travail ont été estimées plus importantes que celles entraînées par des problèmes chroniques comme l'arthrite, l'hypertension, les douleurs au dos et le diabète (Statistique Canada, 2011). Au Canada, les coûts directs et indirects de ce type de problèmes de santé mentale se chiffrent en milliard de dollars. Stephens et Joubert (2001) soutiennent qu'il en coûte aux Canadiens environ 8,1 milliards en perte de productivité et 6,3 milliards en traitements. Les problèmes de santé mentale représenteraient donc l'une des problématiques les plus coûteuses au



Canada. Afin de prévenir et de soigner ces problématiques, il importe d'offrir des traitements efficaces et de poursuivre le développement des connaissances par le biais de la recherche.

Au Québec, il existe trois niveaux de services pour évaluer et traiter les personnes requérant des soins de santé mentale. Les services de première ligne sont la porte d'entrée dans le réseau de la santé. Habituellement, ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les psychologues en cabinet privé, les médecins de famille et les organismes communautaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2005). Ces prestataires de services répondent à environ 7 à 9 % de la population adulte ayant un problème de santé mentale modéré (Lesage, 1996). Les services de première ligne sont, par exemple, le dépistage précoce, l'évaluation psychosociale, l'information sur la maladie et le traitement, le suivi et le soutien sur le plan psychosocial et communautaire (Kavanah, Beaucage, Cardinal, & Aubé, 2006).

Pour les personnes ayant un problème grave de santé mentale, les services de deuxième ligne proposent des services spécialisés d'évaluation, de traitement et de suivi intensif. Un problème de santé mentale est considéré grave lorsqu'il est associé à un niveau d'incapacité qui interfère significativement dans les compétences sociales, les relations interpersonnelles ou les capacités fonctionnelles de la personne (MSSS, 1989). Au Québec, environ 2,3 % de la population adulte aurait un trouble de santé mentale grave (Conseil médical du Québec, 2001). Les services de deuxième ligne sont

l'hospitalisation, le traitement en hôpital de jour psychiatrique, le suivi intensif et le traitement en clinique externe. Ces services font appel à l'expertise de psychiatres et de psychologues travaillant en collaboration avec des équipes interdisciplinaires pouvant inclure des travailleurs sociaux, des infirmières, ergothérapeutes, etc.

Les services de troisième ligne sont des services surspécialisés qui s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé mentale très complexes, dont la sévérité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de première et deuxième ligne (MSSS, 2005). Par exemple, une personne ayant un trouble dépressif majeur sévère et chronique qui ne présente pas une amélioration clinique significative à aucun traitement usuel tel que la médication, la psychothérapie ou leur combinaison, sera référée pour des services de troisième ligne telle que la sismothérapie. Ces services de troisième ligne sont offerts dans un nombre limité d'endroits (centres hospitaliers psychiatriques et universitaires) et ils sont accessibles seulement aux personnes qui sont orientées à partir de la première et de la deuxième ligne. En somme, la hiérarchisation des services de santé mentale a pour objectif l'utilisation optimale des ressources disponibles et la fluidité entre ses différents niveaux de services.

La présente recherche s'intéresse aux personnes requérant les services de l'hôpital de jour psychiatrique, soit une ressource de deuxième ligne spécialisée dans le traitement des troubles anxieux et de l'humeur. Ce type d'établissement existe au Québec depuis 1946, mais son réel développement s'est amorcé à partir de 1996. La majorité des

patients référés à cette ressource proviennent de l'hospitalisation et de l'urgence psychiatrique. Par conséquent, le mandat des hôpitaux de jour psychiatriques est de résoudre des problèmes complexes de santé mentale tout en favorisant le maintien à domicile des patients. Ce contexte de traitement permet ainsi de réduire significativement le nombre et la durée des hospitalisations psychiatriques. Alors que les objectifs de réduction sur le plan des hospitalisations psychiatriques semblent se réaliser (Sledge et al., 1996), très peu d'études se sont intéressées à identifier les facteurs thérapeutiques qui, selon la perception des patients, rendent le traitement reçu en hôpital de jour efficace.

Le présent projet a pour objectif d'identifier et de décrire, à partir de la perception de patients recevant des services d'un hôpital de jour psychiatrique, les facteurs thérapeutiques contribuant au changement et à l'amélioration clinique de l'humeur dépressive. D'autre part, une analyse des résultats pré et post-traitement à des mesures auto-rapportées de l'humeur, de l'anxiété et de la santé mentale sera réalisée afin de vérifier pour chacun des patients la survenue d'un changement cliniquement significatif. Le premier chapitre présente une courte description des troubles de l'humeur, un bref historique des hôpitaux de jour et un relevé des études scientifiques portant sur les facteurs thérapeutiques identifiés dans le traitement offert en hôpital de jour psychiatrique ainsi que ceux associés à la psychothérapie de façon générale. Cet examen de la littérature permettra d'établir le rationnel des objectifs de la présente étude. Le deuxième chapitre précise la méthodologie employée pour conduire cette étude. Le

troisième chapitre en présente les résultats. Le quatrième chapitre porte sur l'analyse critique des résultats et se termine par la conclusion générale qui portera un regard sur les constats qui se dégagent de l'étude et sa contribution au développement des connaissances dans ce domaine clinique.

## **Contexte théorique**

Paul (1967) a posé la question suivante : « Quel traitement, par quel thérapeute, est le plus efficace, pour quel individu, ayant quel problème, dans quelles circonstances et comment? » [traduction libre] (p.111). Depuis près d'un demi-siècle, les psychologues cherchent à évaluer, déterminer et documenter les effets de la psychothérapie. Aujourd'hui, cette interrogation engage concrètement le psychothérapeute à une imputabilité des traitements qu'il offre à chaque patient. Selon Drapeau (2010), cela se traduit par une nécessité de documenter en continu les effets des interventions psychologiques auprès de tous les patients traités afin d'ajuster le traitement à leurs besoins et de prévenir les complications possibles. Ce concept d'imputabilité se retrouve également dans la réforme en santé mentale en termes d'une reddition de comptes qui impliquent l'obligation de démontrer que les politiques et les programmes de soins atteignent les résultats attendus (McEwan & Goldner, 2001). En santé mentale, l'un des aspects décisifs de la reddition de comptes consiste à déterminer dans quelle mesure les besoins des patients sont répondus. Pour y parvenir, Rodriguez, Bourgeois, Landry, Pinard et Guay (2006), reconnaissent l'avantage et la nécessité d'inclure la participation des patients dans la planification et l'évaluation des soins puisqu'ils sont les premiers concernés par les différentes politiques et programmes mis sur pied. D'ailleurs, le mouvement actuel en faveur du rétablissement en santé mentale prône l'importance de l'implication du patient dans toutes les décisions qui le concernent. Ainsi, tant les décideurs que les prestataires des soins en santé mentale et les patients ont intérêt à

s'impliquer dans ce processus évaluatif. Considérant que l'évaluation des soins revêt toute son importance et sa pertinence, la perception des patients quant aux facteurs thérapeutiques de leur suivi en hôpital de jour psychiatrique sera qualitativement et quantitativement approfondie dans cette étude. Ce chapitre se subdivise en quatre sections distinctes. La première section décrit les troubles de l'humeur, plus spécifiquement l'épisode dépressif majeur. La deuxième présente l'hôpital de jour psychiatrique comme modèle de soins. La section suivante met en évidence les facteurs thérapeutiques identifiés au cours de recherches antérieures en hôpital de jour psychiatrique. Ensuite, les facteurs thérapeutiques liés à la psychothérapie en général sont abordés. Finalement, ce chapitre se termine avec un rappel des objectifs principal et secondaire de cette recherche.

### **Les troubles de l'humeur**

La plus sévère et la plus fréquente des dépressions porte le nom d'épisode dépressif majeur (Durand & Barlow, 2002). Ce diagnostic est le plus courant parmi les patients traités à l'HDJ. Par conséquent, les caractéristiques diagnostiques de ce trouble seront davantage développées. Les critères relatés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) décrivent l'épisode dépressif majeur comme un état extrême d'humeur dépressive accompagné de symptômes cognitifs (comme des difficultés d'attention et de concentration) et de perturbations physiologiques (comme des modifications significatives du sommeil, de l'appétit et de l'énergie physique). De plus, l'épisode dépressif majeur est caractérisé par une diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituelles et de la capacité

hédonique. Ainsi, pour établir le diagnostic d'un épisode dépressif majeur, le DSM-IV-TR (APA, 2000) définit des critères précis quant à son tableau clinique, son mode d'apparition et son évolution :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
  - (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).
  - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
  - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
  - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.



- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Pour mesurer l'intensité de l'épisode dépressif majeur, certains outils et échelles de mesure sont utilisés. L'outil le plus fréquemment employé en clinique et en recherche est l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). Ce questionnaire auto-rapporté permet d'estimer le niveau de symptomatologie dépressive ressentie par le patient. Le niveau symptomatologique peut fluctuer entre un indice minimal, léger, modéré et sévère de dépression (Beck et al., 1996).

L'épisode dépressif majeur peut survenir à tout âge et il semble que l'âge moyen de la première survenue est de 29 ans (Judd et al., 1998). La durée moyenne d'un premier épisode dépressif majeur est de six à neuf mois s'il est non traité (Eaton et al., 1997). Cependant, certains épisodes peuvent ne pas se résoudre entièrement et laisser derrière eux quelques symptômes résiduels. Dans ces circonstances, la probabilité de survenue d'un nouvel épisode dépressif majeur est élevée. En effet, environ 80 % des patients présentant un épisode dépressif majeur en manifestent un second au cours de leur vie, ce qui répond ainsi aux critères de la récurrence (Judd et al., 1998). Cette donnée est

primordiale puisque la récurrence du trouble dépressif majeur entraîne des répercussions substantielles non seulement parmi les patients affectés, mais aussi chez leur famille et leur réseau social.

Jusqu'à présent, les recherches ne permettent pas d'expliquer complètement les causes de l'épisode dépressif majeur (Lalonde et al., 1999). Cependant, les spécialistes de cette psychopathologie ont identifié des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux fortement liés à la survenue de ce trouble. Par exemple, les facteurs tels que la vulnérabilité génétique, la perte parentale précoce, le milieu familial pathogène, certains types de personnalité, un faible réseau de soutien social et des événements de la vie engendrant un stress augmentent la probabilité qu'un épisode dépressif majeur survienne. Selon le modèle intégré des causes de l'épisode dépressif majeur, ce serait l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui expliqueraient sa survenue (Durand & Barlow, 2002). Parmi ces facteurs explicatifs, il semble que l'un des prédictors probants de la survenue d'un épisode dépressif majeur est la présence d'un événement stressant dans les six mois précédant l'épisode dépressif (Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993; Kessler, 1997). Effectivement, il appert qu'environ la moitié des patients présentant un épisode dépressif majeur ont vécu auparavant une situation significativement stressante (Durand & Barlow, 2002). Conséquemment, lors de la planification du traitement de l'épisode dépressif majeur, il importe de tenir compte de la vulnérabilité biologique, psychologique et des événements stressants qui affectent le patient.

En raison des diverses causes de l'épisode dépressif majeur, plusieurs formes de traitements existent pour soigner le patient qui en souffre. Toutefois, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est souvent privilégiée, car elle peut s'utiliser durant la phase aiguë de l'épisode dépressif majeur et elle peut se pratiquer aussi bien en institution publique que privée (Mirabel-Sarron, 2011). Par ailleurs, l'association de la TCC avec un traitement pharmacologique se révèle un traitement très efficace puisque cela accélère la rémission clinique et réduit le taux de rechutes (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Ces auteurs ajoutent que le traitement combinant la TCC et la médication antidépressive s'avère plus rapidement efficace que l'un ou l'autre de ces traitements utilisés seuls (Vittengl et al., 2007). Cependant, dans les études, le taux d'efficacité de la TCC dans le traitement de la dépression varie. Selon Jacobson et al. (1996), environ 62 % des patients dépressifs qui reçoivent uniquement la composante comportementale de la thérapie cognitive-comportementale de la dépression s'améliorent significativement. D'autre part, lorsque des patients dépressifs reçoivent un traitement comportemental combiné à un traitement cognitif, environ 70,8 % s'améliorent significativement bien que la différence entre les deux derniers résultats n'est pas significative. En dernier lieu, David et Szentagotai (2006) soulignent que de 30 % à 40 % des patients dépressifs ne répondent pas à la TCC conventionnelle.

Selon Pearsons, Tompkins et Davidson (2000), les composantes spécifiques connues qui rendent le traitement TCC efficace sont : l'analyse fonctionnelle, la structure des rencontres, la planification d'activités, l'identification des pensées

automatiques et la modification des schémas de pensées. Selon Jacobson et al. (1996), il n'est pas établi hors de tout doute que la modification des schémas de pensées est une condition suffisante et nécessaire pour produire le changement chez un patient dépressif. Cependant, il s'agit d'un levier thérapeutique important dans le cadre d'une psychothérapie TCC.

Habituellement, le traitement de l'épisode dépressif majeur se divise en trois phases. Tout d'abord, la première phase de traitement vise à réduire ou à enrayer les symptômes dépressifs lors de la phase aiguë de la maladie. Cette première phase de traitement dure en moyenne de six à 12 semaines. La deuxième phase de traitement en est une de stabilisation et elle se prolonge jusqu'à ce que son interruption ne risque pas d'entraîner une rechute, soit de 16 à 20 semaines après la rémission complète des symptômes dépressifs. En dernier lieu, la phase d'entretien vise à prévenir la récurrence entre autres à l'aide de la médication antidépressive et elle est maintenue au moins un an et parfois chroniquement (Lalonde et al., 1999).

### **L'hôpital de jour psychiatrique comme modèle de soins**

Dans le domaine des soins en santé mentale, plusieurs modalités de traitement ont émergé et leur développement se poursuit encore aujourd'hui. Il en est ainsi pour le contexte clinique des hôpitaux de jour psychiatriques. À l'origine, l'inspiration théorique des hôpitaux de jour en psychiatrie provenait du concept *d'hospitalisation partielle*. La définition de ce concept réfère à ceci :

L'hospitalisation partielle se définit comme un traitement actif, ambulatoire, intensif et ayant une durée limitée. Les services cliniques sont offerts de façon structurée et sont coordonnés dans un environnement stable. L'hospitalisation partielle est un terme général pour définir les types de traitement qui ne requièrent pas l'utilisation d'un lit à l'hôpital. Cette forme de soins s'adresse à des individus ayant une altération significative du fonctionnement résultant de problèmes psychologiques, émotionnels ou comportementaux. Par ce traitement, il est aussi visé d'avoir un impact clinique positif sur le réseau social du patient. [traduction libre] (Block & Lefkowitz, 1991, p. 1-2)

En bref, la notion d'hospitalisation partielle est utilisée pour caractériser les programmes de soins qui offrent un traitement thérapeutique avec une durée circonscrite et qui ne nécessite pas l'alitement du patient. L'étendue clinique de l'hôpital de jour est très vaste puisqu'il peut être utilisé pour répondre aux besoins de différentes clientèles et problématiques. Ainsi, l'hôpital de jour peut aider tant une clientèle pédiatrique, adolescente, adulte ou gériatrique ou encore, être conçu pour répondre à des problèmes d'ordre médical ou de santé mentale. Dans le contexte des problèmes de santé mentale, il peut concerner les personnes ayant soit un diagnostic de trouble de l'humeur, trouble de la personnalité, trouble psychotique, d'abus de substances ou de trouble des conduites alimentaires (Weiss, Dubin, & William, 1982). En somme, la raison première de l'hôpital de jour psychiatrique est d'offrir un traitement psychologique aux personnes qui sont dans une phase aiguë de la maladie et qui autrement seraient hospitalisées. Le traitement qui y est offert vise à rétablir l'autonomie fonctionnelle et l'état de santé mentale de la personne. Considérant la diversité des patients, des diagnostics et des processus thérapeutiques il semble que seulement quelques chercheurs se sont appliqués à évaluer l'efficacité de cette modalité de traitement.

Historiquement, le premier hôpital de jour psychiatrique fondé en Amérique du Nord fut institué à Montréal en 1946 par le psychiatre Ewen Cameron de l'Institut de psychiatrie Allan Memorial (Piper, Rosie, Joyce, & Azim, 1996). Cet institut opère toujours mais il est actuellement connu sous le nom de l'Hôpital Royal Victoria. À l'époque, le rationnel du docteur Cameron était que l'hospitalisation accentuait la passivité des patients dans leur traitement et que l'hospitalisation maintenue jusqu'à la guérison complète pouvait engendrer la régression du patient et la dépendance envers le service. Bien que cette philosophie de soins semble toujours partagée par les instigateurs de la création des hôpitaux de jour psychiatriques contemporains, ce n'est qu'à partir de 1996 que l'aménagement des hôpitaux de jour psychiatriques fût choisi et promu par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec. L'une des raisons principales de ce choix concerne le revers du mouvement de désinstitutionalisation initié dans les années 1960. Pour des raisons humaines, thérapeutiques et économiques, ce mouvement visait une réduction du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie. Or, bien qu'il y ait eu une réduction considérable du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie (par exemple, le Centre hospitalier Robert-Giffard est passé de plus de 5000 patients hospitalisés en 1960 à moins de 1000 en 1999; Cardinal & Villeneuve, 1999), les ressources substitutives à l'hospitalisation psychiatriques se sont révélées inefficaces ou tout simplement inexistantes. L'essor des hôpitaux de jour psychiatriques au Québec s'est inscrit dans ce contexte. En effet, au cours des quinze dernières années, on note une évolution croissante des hôpitaux de jour psychiatriques et particulièrement entre 1997 et 1999 où on observe l'implantation de 13 hôpitaux de jour psychiatriques au Québec.

Depuis, on compte environ 37 établissements de ce genre au Québec (Serero & Gagnon, 2000).

La recension des écrits scientifiques européens, américains et québécois permet de mettre en lumière les résultats des études réalisées en hôpital de jour psychiatrique. La plupart des études recensées comparent l'efficacité du traitement en hôpital de jour à celle du traitement en milieu hospitalier. D'après ces études, bon nombre de personnes ayant une problématique de santé mentale en phase aiguë et qui s'impliquent dans le traitement peuvent être traitées avec autant d'efficacité dans un hôpital de jour que dans un centre hospitalier (Creed et al., 1990; Gudeman, Dickey, Evans, & Shore, 1985). Ces chercheurs ajoutent que le taux de réadmission post-suivi serait moins élevé en hôpital de jour alors que Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano et Tyrer (2001) rapportent un taux comparable. En dernier lieu, selon Marshall et al. (2001), 18 à 39 % des patients hospitalisés en psychiatrie pourraient être traités en hôpital de jour psychiatrique à condition que ceux-ci n'aient pas un trouble mental organique ou un problème d'abus de substances diagnostiqué au premier plan. Schene (2004) rapporte un ratio similaire de 33 % des patients pouvant être traités en hôpital de jour psychiatrique plutôt qu'hospitalisés.

En ce qui concerne l'impact de l'hôpital de jour psychiatrique sur les symptômes présentés par les patients, il semble qu'une amélioration de l'état de santé mentale serait plus rapide chez les patients suivis en hôpital de jour psychiatrique, comparativement à

la modalité d'hospitalisation (Marshall et al. 2001; Schene, 2004). D'autre part, ces auteurs notent que la charge infligée par la maladie du patient est moins accablante pour les familles des patients suivis en hôpital de jour psychiatrique alors que, Horvitz-Lennon, Normand, Graccione et Frank (2001) observent des résultats comparables entre l'hospitalisation et l'hôpital de jour psychiatrique.

Sur le plan économique, il semble que l'apparition des hôpitaux de jour psychiatriques ait porté ses fruits. Plusieurs auteurs (Howes, Haworth, Reynolds, & Kavanaugh, 1997; Sledge et al., 1996) reconnaissent que ce service est moins coûteux que l'hospitalisation et il permet aussi d'en réduire la durée. Nienhuis, Giel, Kluiters, Riiphan et Wiersma (1994) et Priebe et al. (2006) mentionnent que le processus thérapeutique accompli à l'hôpital de jour psychiatrique est une alternative économiquement efficace à l'hospitalisation. Toutefois, ils précisent que le coût serait parfois plus onéreux lorsque le patient requiert aussi un service d'hospitalisation au cours de son traitement en hôpital de jour psychiatrique.

Les clientèles qui bénéficient le plus du traitement offert en hôpital de jour psychiatrique seraient les personnes souffrant de troubles dépressifs, de troubles anxieux ou présentant un diagnostic de trouble de la personnalité (Granello, Granello, & Lee, 1999; Larivière et al., 2006; Mazza, Barbarino, Capitani, Sarchiapone, & De Risio, 2004). Bien que la clientèle psychotique et la clientèle âgée en bénéficient également, leur amélioration clinique en hôpital de jour serait plus faible comparativement aux



clientèles précédemment citées (Larivière et al., 2006). Ce résultat ne fait toutefois pas consensus puisque d'autres auteurs (Glick et al., 1986; Sledge et al., 1996) ne rapportent aucune différence sur l'évolution clinique en hôpital de jour entre les patients psychotiques et les patients ayant un trouble de l'humeur.

D'après Howes et al. (1997), les patients ayant un trouble dépressif ou anxieux expérimentent une amélioration entre le début et la fin du suivi, alors que ceux avec un trouble bipolaire demeurent stables en hôpital de jour. En ce qui a trait aux différences entre les hommes et les femmes sur l'amélioration clinique, aucune différence n'est significative (Granello et al., 1999; Howes et al., 1997; Larivière et al., 2006; Pettit, Averill, Wassef, Gruber, & Schneider, 2005).

En ce qui concerne la satisfaction des patients quant aux services reçus, de nombreux résultats de recherche rapportent une plus grande satisfaction quant aux services reçus en hôpital de jour psychiatrique comparativement à l'hospitalisation (Dick, Cameron, Cohen, Barlow, & Ince, 1985; Granello et al., 1999; Larivière et al., 2009; Marshall et al., 2001; Schene, 2004). D'autre part, il semble que le traitement offert en hôpital de jour aurait davantage un impact positif sur l'estime de soi de la clientèle comparativement à l'hospitalisation (Miller, 1993; Russel et al., 1996).

En 2000, Serero et Gagnon soulignent qu'aucune étude évaluative portant sur les hôpitaux de jour psychiatriques n'a été réalisée au Québec. Dès lors, ils ont recommandé l'élaboration d'évaluations des hôpitaux de jour psychiatriques afin de confirmer leur mandat et déterminer si l'intervention réalisée est efficace pour améliorer l'évolution clinique et sociale des individus. D'autre part, ils ajoutent que ce processus évaluatif pourrait permettre de développer une culture où l'évaluation est partie prenante de l'action des intervenants pour documenter leur pratique et leur permettre d'ajuster leurs interventions auprès des patients. Tenant compte de ces indications, Larivière (2010) rapporte dans ses conclusions de recherche que les hôpitaux de jour psychiatriques continuent à avoir leur rôle dans la gamme des services en santé mentale et cela, auprès de plusieurs clientèles présentant des troubles mentaux complexes. Elle ajoute que leur modèle clinique et leurs finalités respectent les objectifs du Plan d'Action en Santé Mentale québécois (MSSS, 2005) dans les valeurs et les concepts du rétablissement. En d'autres termes, ils favorisent significativement la diminution des symptômes et de la détresse tout en accompagnant les patients dans le développement d'habiletés et de ressources respectant leurs buts personnels.

Dans leur étude descriptive visant à tracer l'évolution et le portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie au Québec, Serero et Gagnon (2000) concluent que ce type d'établissement offre un traitement approprié et distinctif. Cependant, dans cette même étude, ils observent de nombreuses variations dans la structure organisationnelle des hôpitaux de jour. Par exemple, ils notent plusieurs divergences dans l'utilisation des

locaux disponibles (clinique interne ou externe), dans les approches théoriques qui sous-tendent les interventions cliniques, dans la capacité d'accueil et le nombre de patients traités par année. Ainsi, même s'ils poursuivent un mandat et des objectifs analogues, aucun hôpital de jour n'est semblable dans sa configuration. Conséquemment, sur le plan de la recherche, les données disponibles quant à l'efficacité des services qui sont offerts en hôpital de jour psychiatrique demeurent éparses et difficilement comparables. Dans ses recommandations pour les recherches futures, Larivière (2010) affirme qu'il serait pertinent d'évaluer davantage des clientèles cliniquement homogènes plutôt que plurielles, et cela, avec des instruments de mesure spécifiques au diagnostic de chaque clientèle. Cette recommandation est aussi partagée par Schene (2004). Tenant compte de ces indications, l'hôpital de jour psychiatrique au sein duquel est réalisée la présente étude sera décrit intégralement.

### **Le modèle de l'Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur**

L'Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur (HDJ) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ; anciennement le Centre hospitalier Robert-Giffard) résulte de la réorganisation des services en santé mentale et a vu le jour en octobre 1997.

S'inscrivant dans les services de deuxième ligne en santé mentale, la fonction principale de l'HDJ est d'être une alternative à l'hospitalisation et une transition lorsque celle-ci a été nécessaire. L'HDJ vise à préciser le diagnostic, résoudre des problèmes

complexes de santé mentale, éviter la psychiatisation et effectuer le retour vers les services de première ligne, c'est-à-dire les médecins de famille, les CSSS, les psychologues en cabinet privé et les organismes communautaires. Les intervenants de l'HDJ sont deux psychiatres, un psychologue, un travailleur social, une ergothérapeute et deux infirmiers.

Pour être admise à l'HDJ, une personne doit présenter les caractéristiques suivantes : avoir un diagnostic principal de trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, avoir des difficultés transitoires occasionnant une désorganisation majeure du fonctionnement habituel, consentir au traitement offert, avoir 18 ans ou plus et pouvoir se déplacer pour assister quotidiennement au traitement. Puisque le programme thérapeutique de l'HDJ est intensif, centré sur la thérapie individuelle et de groupe et qu'il concerne un diagnostic précis, certains cas d'exclusion sont rencontrés. Par exemple, les patients qui présentent une déficience intellectuelle ou qui ne démontrent pas la motivation, la tolérance ou la capacité psychologique nécessaire à la participation aux groupes psychothérapeutiques sont exclus. Les critères d'exclusion concernent aussi les patients qui présentent une dangerosité imminente pour eux-mêmes ou autrui. Pour ceux qui présentent un trouble sévère d'abus de substances, ils sont alors orientés vers les services en toxicomanie et peuvent être réévalués lorsque leur condition est stabilisée. Pour les patients dont l'état psychique est instable ou dont les ressources financières sont précaires, l'HDJ bénéficie d'un lien immédiat avec le Centre de crise de

Québec où cinq lits d'hébergement en résidence thérapeutique sont disponibles en tout temps pour les patients de l'HDJ.

Le traitement prodigué à l'HDJ se distingue de celui offert dans les autres hôpitaux de jour psychiatriques car il est élaboré spécifiquement pour traiter les personnes ayant un diagnostic de trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. Ainsi, le traitement de l'HDJ rejoint spécifiquement les patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur, de trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, trouble d'anxiété généralisée, trouble bipolaire, trouble dysthymique, trouble de stress post-traumatique, trouble panique avec agoraphobie et phobie sociale. De plus, il peut également offrir des services à une clientèle ayant un trouble de la personnalité du groupe C, soit la personnalité dépendante, évitante ou obsessionnelle-compulsive. Puisque les patients qui présentent un épisode dépressif majeur représentent la majeure partie de la clientèle (59 %), cette étude portera spécifiquement sur cette clientèle. Suivent ensuite les troubles de la personnalité (15 %), les troubles d'adaptation (10 %), les troubles psychotiques (7 %), les troubles anxieux (7 %) et autres diagnostics (2 %). Les femmes représentent environ 66 % de la clientèle. La moyenne d'âge observée est de 43 ans. Le groupe des 31 à 45 ans représente 42 % de la clientèle tandis que celui des 18 à 30 ans représente 23 %. Les 46 à 64 ans représentent 32 % et les 65 ans et plus 3 % de cette même clientèle.

Selon l'équipe en place, l'HDJ peut simultanément accueillir 20 patients par jour. Il s'agit d'un ratio d'un intervenant pour quatre patients. La capacité annuelle d'accueil est fonction du nombre d'évaluations psychiatriques possible soit environ 120 patients. Étant un traitement intensif bref, la durée maximale du suivi thérapeutique pour chaque patient est de huit semaines ce qui représente plus de 56 rencontres avec l'équipe traitante par le biais des groupes et des rencontres individuelles. Pour accéder au traitement, la personne doit être référée par un psychiatre ou un médecin. Les demandes de traitement proviennent de l'urgence psychiatrique (48 %), de l'hospitalisation (40 %) et du module d'évaluation et de liaison (12 %). Toutes les demandes sont acheminées à l'HDJ par le guichet unique de l'IUSMQ (Statistique HDJ, 2011).

Afin d'offrir un traitement efficace et de répondre aux besoins spécifiques des patients souffrant de trouble de l'humeur, l'équipe soignante privilégie un modèle biopsychosocial et s'inspire de la thérapie cognitive et comportementale en individuel et en groupe. En effet, puisque l'efficacité de cette approche clinique concernant les troubles de l'humeur est largement appuyée par les recherches empiriques (Mirabel-Sarron, 1995), le traitement de l'HDJ se base, dans une certaine mesure, sur celle-ci. En résumé, la thérapie comportementale-cognitive pour la dépression cherche à modifier les systèmes de croyances des patients dépressifs en leur apprenant à différencier les faits et leur appréciation subjective (Cottraux, 2011). Dans ce type de thérapie, le psychothérapeute occupe un rôle actif et il cible les problèmes concrets et actuels du patient. Pour ce faire, il emploie des techniques comportementales et cognitives dont le

but est d'apprendre au patient à identifier et à modifier ses pensées irrationnelles et ses perceptions pessimistes, aussi bien au cours des séances de thérapie que dans son environnement immédiat. En ce qui a trait à la composante comportementale du traitement, elle consiste à aider le patient à se mobiliser dans l'action. Ainsi, l'activation comportementale telle qu'explicitée par Lewinsohn et Gotlib (1995) souligne l'importance de la réactivation des patients dépressifs et vise à les aider à s'engager dans des activités allant à l'encontre de l'évitement ou l'inaction. En d'autres termes, le psychothérapeute et le patient doivent préciser les comportements à modifier en fonction des problèmes relevés et cibler des comportements à acquérir ou à éliminer. Brièvement, l'approche comportementale consiste en grande partie à entraîner le patient à développer la capacité d'autorégulation de ses comportements, par une pratique graduelle et régulière de comportements jugés efficaces pour générer un changement et améliorer l'humeur. Dans le cadre du traitement de l'HDJ, l'activation comportementale est promue particulièrement par le plan d'intervention individualisé, le groupe nommé « Objectifs », le modèle de résolution de problèmes ainsi que par l'horaire quotidien structuré pendant le suivi.

Comme mentionné précédemment, le traitement offert à l'HDJ combine la thérapie individuelle et la thérapie de groupe. Selon Joyce, Tasca, MacNair-Semands, & Ogrodniczuk (2011), la modalité de groupe est l'intervention complémentaire de choix à celle de la thérapie individuelle. Inspiré par le modèle de thérapie cognitive et comportementale, le contenu de certains groupes est structuré dans le but d'atteindre

certaines objectifs thérapeutiques. Globalement, le traitement vise à ce que l'utilisateur développe des stratégies lui permettant de retrouver un niveau de fonctionnement adéquat et une qualité de vie satisfaisante, d'acquérir des connaissances au sujet de sa problématique de santé mentale et prévenir un état de crise. Tous les ateliers de groupe sont réalisés en coanimation par les intervenants de l'équipe soignante et ils sont d'une durée de deux heures. Par le biais des groupes, différents thèmes sont abordés : la gestion des émotions, l'affirmation et l'estime de soi, la mise en action, la résolution de problèmes, les processus cognitifs, la relaxation, la nutrition et la pharmacothérapie.

Habituellement, avant d'intégrer le traitement de l'HDJ, le délai d'attente varie entre une à deux semaines. Les services sont offerts de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi. Selon la structure de la thérapie, la présence quotidienne est requise minimalement pour une demi-journée. Ainsi, tous les usagers participent à cinq groupes de thérapie par semaine et à deux rencontres individuelles différentes, l'une avec un psychiatre et l'autre avec un intervenant pivot. De plus, une diététiste et une pharmacienne viennent de façon ponctuelle donner une séance informative. La gestion clinique et administrative de l'HDJ est assurée par un psychiatre, responsable médicale, et une coordonnatrice clinique, chef d'unité des services externes du programme des troubles anxieux et de l'humeur de l'IUSMQ. Une réunion clinique interprofessionnelle hebdomadaire permet la présentation de l'évaluation psychiatrique des nouveaux patients admis, la discussion de cas de chaque patient en suivi actif et la présentation des évaluations effectuées par les différents professionnels. Au terme de leur suivi, les patients sont généralement



dirigés vers les services en santé mentale de la première ligne. Pour ce faire, l'HDJ nécessite un partenariat étroit avec tous ses partenaires du réseau.

### **Les facteurs thérapeutiques liés à la psychothérapie**

Sur le plan de la recherche scientifique et clinique, l'efficacité de la psychothérapie est largement appuyée par des données probantes. En effet, depuis plus de 50 ans, de nombreux résultats obtenus dans l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie démontrent qu'elle permet d'atténuer les symptômes psychologiques, de résoudre les problèmes relationnels, d'améliorer l'efficacité personnelle et la qualité de vie d'une proportion importante des gens qui l'expérimentent (Lambert & Olges, 2004). D'autre part, Hunsley (2002) mentionne que la psychothérapie permet de réduire les coûts associés aux soins de santé car elle améliore la santé mentale, favorise le respect des plans de traitement et contribue à améliorer la santé physique par l'adoption de saines habitudes de vie. Par conséquent, son impact positif est non négligeable pour les patients qui en bénéficient ainsi que leur entourage. Cependant, les données de la recherche divergent quant aux facteurs qui expliquent ses mécanismes d'action et son efficacité. Dans ces conditions, l'intérêt des chercheurs et des cliniciens se porte actuellement sur l'identification des facteurs responsables d'un changement thérapeutique chez le patient. Ainsi, le terme *facteur thérapeutique* est utilisé en recherche pour rendre compte de tout ce qui peut expliquer, promouvoir et soutenir le changement thérapeutique (Joyce et al, 2011; Lambert, 1986). Dans leur étude, Hoge, Farrell, Munchel et Strauss (1988)

utilisent le terme facteur thérapeutique pour définir les éléments de la thérapie qui contribuent à une issue thérapeutique positive.

Dans la littérature, il existe différentes méthodes pour témoigner de l'efficacité de la psychothérapie. L'une des plus utilisées est la méthode de Jacobson et Truax (Jacobson & Truax, 1991). Cette méthode consiste à évaluer l'importance clinique du changement thérapeutique obtenu au terme de la psychothérapie. Pour ce faire, deux critères sont utilisés : l'amélioration clinique (*improvement*) et le rétablissement (*recovery*). L'amélioration clinique se définit par la soustraction entre la mesure pré et post-traitement qui est ensuite divisée par l'écart type. Pour affirmer que le changement est significatif, le résultat obtenu par ce calcul doit être supérieur à 1.96 (2 écarts types). Il est à noter que plusieurs chercheurs, dont Speer (1992), critiquent cette façon de mesurer le changement obtenu au terme de la psychothérapie. Il explique que cette méthode peut être biaisée car elle utilise une régression de la moyenne. Par conséquent, un patient qui présente un niveau de détérioration plus important précédemment au traitement est plus susceptible de présenter aussi un résultat élevé d'amélioration clinique.

En ce qui concerne le rétablissement, il est défini comme le passage d'un état de dysfonctionnement prétraitement à un état de fonctionnement normal post-traitement (Jacobson & Truax, 1991). Le fonctionnement normal est tributaire de l'instrument de mesure utilisé pour évaluer la présence des symptômes. Le rétablissement réfère donc à deux types de distribution de la population : pathologique et normale. En d'autres

termes, une personne dysfonctionnelle qui reçoit un traitement psychologique devrait, au terme de ce traitement, être fonctionnelle. Par exemple, une personne dépressive qui reçoit un traitement cognitif-comportemental devrait présenter un résultat post-traitement au BDI-II similaire à celui d'une personne non-dépressive. En somme, selon la méthode de Jacobson et Truax (1991), pour que le changement thérapeutique soit considéré cliniquement significatif, le patient doit rencontrer le critère d'amélioration clinique ainsi que le critère de rétablissement.

Cette façon de mesurer le changement cliniquement significatif individuel fait l'objet de certaines critiques : le potentiel de biais, la régression de la moyenne, les multiples mesures nécessaires, la validité des instruments de mesure, le seuil du changement et l'utilisation d'une population normale ou pathologique à titre de population de référence (Hsu, 1996; Olges, Lambert, & Sawyer, 1995; Speer, 1992; Tingley, Lambert, Burlingame, & Hansen, 1996; Wise, 2004). Plus précisément, cette méthode se limite à l'évaluation des symptômes sans toutefois témoigner des changements réels observés dans la vie des patients au cours et au terme du processus thérapeutique. D'autre part, elle ne tient pas compte des facteurs extrathérapeutiques dans sa formule pour mesurer le changement. À titre d'exemple de facteur extrathérapeutique, prenons le cas d'un patient ayant un trouble de la personnalité dépendante et qui consulte un psychologue suite à une rupture amoureuse, il est possible que l'amélioration spontanée de l'humeur du patient s'explique par une nouvelle rencontre amoureuse et non pas à l'issue de la thérapie (Wise, 2004). Par ailleurs, bien

que cette méthode permette de valider qu'un changement a eu lieu et qu'il est cliniquement significatif, elle ne permet pas l'identification des facteurs thérapeutiques responsables. Enfin, elle ne tient pas compte de la perception des patients pour expliquer leur amélioration suite au traitement. Considérant l'ensemble de ces limites, bien que l'objectif principal de la présente étude vise à identifier, selon la perception des patients, les facteurs thérapeutiques qui peuvent expliquer leur amélioration clinique, une analyse des résultats aux différents instruments de mesure sera effectuée afin de vérifier la survenue d'un changement cliniquement significatif.

Dans le recueil des ouvrages concernant le changement thérapeutique, il appert que tous les types de psychothérapies reconnues efficaces partagent des facteurs thérapeutiques communs et possèdent aussi des facteurs thérapeutiques qui sont spécifiques à chacune (Castonguay, 1993; Castonguay & Beutler, 2006; Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Miller, Duncan, & Hubble, 2001; Wampold, 2001). Les facteurs communs concernent les éléments usuels des nombreuses approches de psychothérapie, soit les caractéristiques des patients, les caractéristiques des psychothérapeutes et la relation thérapeutique. Les facteurs spécifiques concernent plutôt les méthodes d'intervention distinctives utilisées par les différentes approches reconnues en psychothérapie (Castonguay, 1993). Il existe un débat quant à l'importance relative des facteurs communs versus spécifiques pour expliquer le changement obtenu au moyen de la psychothérapie. Ainsi, les résultats de certaines recherches attribuent principalement le changement thérapeutique aux facteurs communs (Bohart & Tallman,

1999; Kiesler, 1995; Lambert, 1992; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Wampold, 2001, 2006) et d'autres majoritairement aux facteurs spécifiques (Balint, 1968; Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Newman, Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Erickson, 2006). L'objectif de cet essai ne se positionne pas dans ce débat, mais vise plutôt à identifier l'ensemble des facteurs thérapeutiques lié au traitement de l'HDJ.

Considérant les nombreux facteurs qui interviennent dans le processus psychothérapeutique, certains chercheurs ont tenté de quantifier la proportion des facteurs communs et spécifiques qui expliquent le changement thérapeutique. De ce fait, il semble que ce soit les facteurs communs qui expliquent la plus grande proportion du changement thérapeutique. Lambert (1992) estime que près de 85 % des résultats de la psychothérapie sont attribuables à l'intervention des facteurs communs alors que Wampold (2001) estime à 92 % leur contribution. D'autre part, ce dernier auteur fait valoir que le psychothérapeute, de par sa compétence, ses habiletés interpersonnelles, sa capacité à établir un bon lien thérapeutique et à le réparer lors d'une rupture d'alliance, serait possiblement le facteur commun le plus influent dans le changement thérapeutique (Lecomte et al. 2004; Wampold, 2006). En ce sens, Ilardi et Craighead (1994) ainsi que Lecomte et Lecomte (1999) rapportent que l'efficacité de la TCC s'explique davantage par les facteurs communs que les composantes spécifiques. Pour leur part, Bohart et Tallman (1999) et Barber (2009) rapportent que ce serait le patient qui influence le plus l'issue thérapeutique. Conséquemment, l'influence des facteurs spécifiques occuperait une faible proportion dans l'explication des changements thérapeutiques. Toutefois,

Woody et Ollendick (2006) rapportent que les techniques d'intervention (facteurs spécifiques) occupent un rôle prépondérant dans le traitement de certaines psychopathologies telles que l'anxiété. Néanmoins, ils précisent que l'utilisation de ces facteurs spécifiques ne peut se faire sans la reconnaissance de l'influence significative des éléments de la relation thérapeutique tels que l'alliance, l'empathie, le savoir-être et les habiletés interpersonnelles nécessaires dans le cadre d'une psychothérapie. D'autres chercheurs rapportent que plus la sévérité du problème augmente, plus les facteurs spécifiques seraient importants dans l'efficacité du traitement (Stevens, Hynan, & Allen, 2000). En dernière analyse, dans ses conclusions de recherche sur les facteurs thérapeutiques, Castonguay (2010) mentionne que les facteurs communs et les facteurs spécifiques sont tout aussi importants pour comprendre et expliquer comment le changement se produit dans le cadre de la psychothérapie. Il ajoute que la catégorisation des facteurs thérapeutiques (communs versus spécifiques) ne parvient pas à rendre compte de la complexité des facteurs associés au changement thérapeutique. Selon ces constats, il serait plus indiqué de connaître directement la perception des patients quant aux facteurs thérapeutiques qui jouent un rôle dans leur amélioration clinique.

En définitive, la recherche a généré suffisamment d'appuis empiriques pour conclure que les facteurs communs et spécifiques contribuent au changement thérapeutique. Cependant, ils ne permettent pas d'étayer explicitement la perception subjective des patients quant aux facteurs qui, dans leur cas personnel, ont mené à un changement thérapeutique. Pourtant, dans le cadre de l'étude des processus de la psychothérapie, il

importe de connaître comment la personne mentalise sa difficulté et, au terme de sa thérapie, à quoi elle attribue la régression, la stagnation ou l'amélioration de son état. À ce propos, Miller, Duncan et Hubble (2004) mentionnent que la perception du patient quant à ses facteurs thérapeutiques est essentielle et elle permet aussi d'améliorer le succès thérapeutique. Selon eux, la perception du patient serait plus importante que la méthode thérapeutique (facteur spécifique) utilisée.

Jusqu'à maintenant, peu de recherches ont porté sur les facteurs thérapeutiques perçus par les patients. Dans une rare étude sur ce thème et qui se veut exploratoire, Hoge et al. (1988) ont identifié 14 facteurs thérapeutiques rapportés par un échantillon de 20 patients comme facilitant le changement thérapeutique dans le cadre du traitement offert dans un hôpital de jour psychiatrique public du Connecticut. Dans les prochaines lignes, ces 14 facteurs thérapeutiques seront détaillés selon leur ordre d'importance, c'est-à-dire selon la fréquence à laquelle un facteur est rapporté par les participants de cette étude.

Le concept de *structure* est le facteur thérapeutique le plus important selon la perception des participants de l'étude et il s'organise autour de quatre éléments : la routine, la guidance, les activités et le sentiment d'utilité. La routine se définit par la participation structurée et quotidienne au traitement. Ce concept est thérapeutique dans l'optique où il favorise la mise en action et la motivation. La guidance réfère au partage de conseils par les psychothérapeutes et les autres patients du groupe de thérapie. Les

activités réfèrent aux ateliers de groupe et aux entrevues individuelles ainsi qu'aux tâches exigées par ces derniers. Ces tâches permettent aussi de structurer le temps libre entre les séances. Finalement, participer à un processus structuré favorise pour les patients un sentiment d'utilité. Puisque la majorité des patients fréquentant un hôpital de jour psychiatrique sont en arrêt de travail ou isolés socialement, alors le fait d'avoir un cadre structuré améliore leur sentiment d'utilité.

*Le contact interpersonnel* constitue le second facteur thérapeutique qui est rapportée le plus fréquemment par les participants et il se divise aussi en quatre concepts interdépendants. L'acceptation est l'élément de base et il fait référence pour le patient au fait d'être accepté par ses pairs et les psychothérapeutes sans jugement malgré ses difficultés. L'appartenance se traduit par la reconnaissance d'être un membre à part entière du groupe de thérapie. La camaraderie engendre des relations où le patient se sent uni aux autres et où chacun se porte une aide mutuelle. Enfin, le partage et le soutien font état de l'écoute active et l'encouragement reçu lors de l'expression par le patient de ses difficultés.

*La médication* : Les patients qui utilisent une médication y attribuent une part importante de leur amélioration clinique. Selon les patients, la médication les aiderait surtout à mieux contrôler leurs symptômes.



L'*altruisme* : réfère à l'occasion d'aider les autres, ce qui permet au patient de se valoriser et de se sentir utile personnellement et socialement.

La *catharsis* : exprimer ses émotions dans un contexte et un environnement sécuritaire procure un soulagement sur le plan émotif.

La *compréhension de soi* : mieux comprendre les raisons de ses problèmes, avoir de l'information sur la maladie et le traitement est perçu comme thérapeutique.

La *mobilisation du système familial* : il semble aidant pour le patient de se sentir compris par sa famille à propos de sa maladie et de son processus thérapeutique. Par exemple, une rencontre familiale réalisée à l'hôpital de jour psychiatrique favorise la compréhension de la famille envers le patient qui doit reprendre graduellement ses responsabilités au terme de l'hospitalisation. Ce faisant, les attentes des proches envers le patient peuvent être plus réalistes.

*Recevoir de l'aide dans la communauté* : être dirigé vers des ressources communautaires au terme de leur suivi et organiser une rencontre avec la personne qui assurera la continuité des soins contribue à diminuer l'anxiété vécue lors de la fin des services à l'hôpital de jour psychiatrique.

*La normalisation de la maladie:* apprendre que les autres partagent des émotions et des difficultés communes influence positivement l'espoir.

*L'autonomie :* l'hospitalisation partielle favorise l'autonomie du patient, car celui-ci reprend graduellement ses responsabilités et ses rôles sociaux habituels.

*Compléter le suivi thérapeutique :* terminer le suivi thérapeutique complètement favoriserait le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi.

*La sécurité :* l'hôpital de jour psychiatrique est considéré par les patients comme un lieu thérapeutique sécuritaire sur le plan physique et psychologique, ce qui favorise le changement thérapeutique.

*La rétroaction sur le comportement :* recevoir une rétroaction sur les comportements bénéfiques et aussi sur les comportements inadéquats aide le patient à mieux cibler et à adapter son comportement en fonction des différentes situations ou difficultés qu'il expérimente.

*Les devoirs entre les séances:* l'opportunité de mettre en pratique au quotidien de nouvelles connaissances auprès des membres de sa famille et de son entourage permet de consolider celles-ci.

En somme, selon Hoge et al. (1988), l'identification des facteurs thérapeutiques selon la perception des patients en hôpital de jour psychiatrique permet d'enrichir notre compréhension sur comment ce traitement génère un changement thérapeutique chez les patients. Ainsi, l'efficacité de ce type de traitement serait associée à la prise en charge intensive et structurée tout en favorisant l'autonomie du patient. Pour appuyer leur propos, ils comparent le traitement de l'hôpital de jour psychiatrique à celui de l'hospitalisation et ils constatent que l'hospitalisation procure une structure de soins considérable mais qui, en contrepartie, diminue l'autonomie du patient et accentue l'aspect régressif, c'est-à-dire, la dépendance à la prise en charge.

En 1988, Schreer a répliqué la recherche de Hoge et al. (1988) dans un hôpital de jour psychiatrique privé et il a identifié 13 facteurs thérapeutiques. Concrètement, ce sont tous les mêmes que Hoge et al. (1988) ont identifié initialement, excepté que le facteur *compléter le suivi thérapeutique* n'apparaissait pas dans leur liste. D'autre part, l'importance relative de chacun des facteurs thérapeutiques était différente de ce qu'avait trouvé Schreer (1988). En effet, le contact interpersonnel, la rétroaction sur le comportement et l'universalité sont les trois facteurs thérapeutiques les plus rapportés par les patients alors que dans l'étude de Hoge et al. (1988) ce sont la structure, le contact interpersonnel et la médication. Selon Schreer (1988), la différence de population à l'étude pourrait expliquer ces résultats divergents. L'échantillon de son étude est surtout composé de femmes actuellement sans emploi ayant un diagnostic de trouble de l'humeur et ayant un réseau social adéquat, alors que l'échantillon de Hoge et

al. (1988) se compose essentiellement de patients n'ayant jamais occupé d'emploi, ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique et ayant un faible réseau social. D'autre part, une importante proportion de leur échantillon bénéficiait de l'hôpital de jour psychiatrique comme transition à l'hospitalisation et non pour l'éviter. Toutes ces différences suggèrent que les patients qui composent l'échantillon de l'étude de Schreer avaient une condition médicale moins invalidante et un niveau de fonctionnement social plus élevé, et donc davantage comparable à celle de la clientèle de l'HDJ.

Comparativement aux autres recherches sur ce sujet, celle de Larivière et al. (2009) réalisée en hôpital de jour psychiatrique auprès d'une clientèle adulte présentant divers diagnostics, rapporte trois facteurs ayant occasionné de l'insatisfaction chez les patients : 1) les groupes de 10 participants et plus qui limitent le temps d'expression ou allongent les séances; 2) la durée trop courte du suivi qui occasionne pour certains patients un sentiment de perte de soutien social et 3) l'intensité trop exigeante du traitement qui entraîne des difficultés à respecter les horaires des rencontres individuelles et de groupe. Les auteurs concluent en suggérant que les hôpitaux de jour psychiatriques devraient améliorer la gestion du temps d'attente et la collaboration étroite avec les services externes spécialisés, communautaires et de première ligne afin de faciliter la continuité des soins.

### **Synthèse et rappel des objectifs de l'étude**

En somme, les recherches sur les facteurs thérapeutiques en hôpital de jour psychiatrique sont très peu nombreuses et certaines ont maintenant plus de vingt ans. On en connaît donc peu sur les facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients pour expliquer leur cheminement psychothérapeutique et l'amélioration de leur bien-être. De ce fait, le premier objectif de cette étude est d'identifier les facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par des patients d'un hôpital de jour psychiatrique. Pour ce faire, les facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur de Québec (HDJ) seront explorés et comparés avec les résultats des recherches antérieures afin d'en relever les différences, les similitudes et les éléments nouveaux.

Par ailleurs, le traitement des troubles de l'humeur peut prendre différentes formes selon le type de services où il est dispensé et selon la clientèle à qui il s'adresse. Pour évaluer l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique, plusieurs méthodes peuvent être utilisées dont celle de Jacobson et Truax (1991). Ainsi, afin de vérifier dans quelle proportion les patients de l'échantillon de l'HDJ présentent un changement cliniquement significatif et documenter l'amélioration clinique des patients au terme de leur traitement psychothérapeutique, la comparaison de leurs résultats pré et post-intervention à l'ensemble des instruments mesurant leur symptomatologie sera effectuée.

## Méthode

## **Plan de l'étude**

Afin de répondre aux deux objectifs de l'étude, la méthode privilégiée est l'étude fondée sur l'examen de dossiers médicaux (EDM) telle que décrite par Harvey, Lang et Frank (2011) et Worster et Haines (2002). Ce choix s'explique par la disponibilité complète des données qualitatives et quantitatives essentielles pour répondre à l'objectif principal et secondaire de cette recherche. Ainsi, cette étude rétrospective est basée sur l'examen des dossiers médicaux de 21 patients de l'HDJ. Pour constituer cet échantillon de 21 dossiers, un procédé d'échantillonnage aléatoire simple fut employé parmi les usagers qui répondaient aux critères d'inclusion. Selon Worster et Haines (2004), ce procédé permet, pour une population homogène, une généralisation (validité externe) des résultats puisque chaque cas admissible peut être sélectionné sans biais et avec des probabilités égales.

## **Participants**

Les participants de cette étude sont 21 adultes ( $N=21$ ) dont le motif de consultation des services de santé est principalement un épisode dépressif majeur ou un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et qui ont fréquenté durant huit semaines les services de l'HDJ de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) au cours de l'année 2011. Les critères d'inclusion pour constituer l'échantillon de cette

étude sont les mêmes critères requis pour être admis en traitement à l'HDJ et ils doivent être tous présents : 1) avoir un diagnostic principal de trouble de l'humeur ou un trouble anxieux tel que décrit dans le DSM-IV-TR (APA, 2000); 2) avoir des difficultés transitoires et occasionnant une désorganisation majeure du fonctionnement habituel; 3) consentir au traitement offert; 4) avoir 18 ans ou plus; 5) assister quotidiennement au traitement. Les critères d'exclusion de l'échantillon clinique sont aussi ceux du traitement de l'HDJ soit : 1) l'abandon volontaire ou involontaire du traitement de l'HDJ avant 8 semaines; 2) une dangerosité immédiate pour eux-mêmes ou autrui; 3) un trouble sévère d'abus de substances; 4) une déficience intellectuelle. La présence d'un seul critère conduit à l'exclusion.

L'échantillon est composé de 11 femmes et 10 hommes, âgés de 20 à 64 ans. L'âge moyen est de 41,38 ans ( $\bar{E}-T = 10,75$ ). D'autre part, l'échantillon est constitué principalement de personnes ayant un emploi, mais qui sont actuellement en arrêt de travail en raison de leur condition psychologique. La majorité détient un diplôme d'études collégiales (technique) comme dernier niveau de scolarité atteint. Pour une description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon, se référer aux Tableaux 1 et 2 (pp. 53-54).



## **Instruments de mesure**

### **Variables sociodémographiques et cliniques**

Les variables sociodémographiques et cliniques suivantes ont été recueillies au dossier médical de chacun des patients: l'état civil, l'occupation actuelle, la scolarité complétée, la provenance de la référence, le diagnostic, la médication et la consommation d'alcool et de drogues. Dans le déroulement du processus thérapeutique de l'HDJ, ces informations sont recueillies par la psychiatre lors de l'évaluation psychiatrique initiale.

### **Perception des patients quant aux facteurs thérapeutiques contribuant à l'amélioration thérapeutique**

Le Questionnaire des facteurs thérapeutiques est un questionnaire maison qui vise l'identification, par les patients, des facteurs thérapeutiques expliquant l'amélioration de leur état de santé mentale suite au traitement de l'HDJ. Administré en fin de traitement, ce processus réflexif vise aussi la prévention de la rechute dépressive. Ce questionnaire maison a été élaboré par itérations progressives ayant mené à un consensus par des membres de l'équipe traitante de l'HDJ, la directrice de recherche ainsi que l'auteur de cet essai, lesquels sont tous des cliniciens d'expérience auprès de cette clientèle. S'appuyant sur la littérature, l'élaboration de ce questionnaire est basée sur celui développé et utilisé par Hoge et al. (1988). Selon les recommandations de Fortin (2010) sur les étapes de l'élaboration d'un questionnaire, un pré-test a été effectué auprès de

quatre patients traités à l'HDJ. Ce questionnaire présenté à l'Appendice A, comporte neuf questions : quatre questions ouvertes et cinq questions à répondre à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points variant de 1 « Aucunement important » à 5 « Très important ». Le temps nécessaire à la passation est d'environ 12 minutes.

### **Symptômes dépressifs**

L'évaluation de la sévérité de la dépression pré et post-traitement a été mesurée à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996). Cet instrument est la version révisée de l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988) évaluant les symptômes et la sévérité de la dépression majeure selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1996). Il comprend 21 items auxquels le patient répond à l'aide d'une échelle en quatre points variant de 0 (absence de symptôme) à 3 (symptôme sévère). Un score total est créé par une addition et c'est celui-ci qui est utilisé. Un score élevé à cette échelle indique une symptomatologie dépressive plus importante. La passation est une autoévaluation qui nécessite de cinq à dix minutes. Pour l'interprétation des résultats, quatre points de césure sont indiqués pour évaluer le niveau de la dépression : minimale (0-13); légère (14-19); modérée (20-28); sévère (29-63) (Beck et al., 1996). Les critères opérationnels de rémission de l'épisode dépressif correspondent à un résultat inférieur ou égal à 8 (Beck et al., 1996). Le terme guérison est défini par l'absence de tout symptôme ou par la persistance d'un petit nombre de symptômes peu sévères (Passerieux & Hardy-Baylé, 2004). Cet instrument de mesure largement utilisé dans les recherches et en clinique démontre une validité adéquate, une

excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,92$ ) ainsi qu'une excellente stabilité temporelle (une semaine;  $r = 0,93$ ) (Beck et al., 1996; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998) (voir Appendice B).

### **Symptômes anxieux**

Le questionnaire auto-rapporté *State-Trait inventory for cognitive and somatic anxiety* (STICSA; Ree, French, MacLeod, & Locke, 2008) permet de mesurer l'évolution clinique des symptômes anxieux. Il comporte 21 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en quatre points variant de 1 « Pas du tout » à 4 « Beaucoup ». Cet instrument permet d'évaluer l'anxiété cognitive (10 items) et somatique (11 items). Un score total est créé par une addition et c'est celui-ci qui est utilisé. Plus le score est élevé à ce questionnaire, plus il indique que la personne présente un état actuel d'anxiété. Ses qualités psychométriques suggèrent une très bonne cohérence interne ( $\alpha > 0,87$ ; Gros, Anthony, Simms, & McCabe, 2007) et un bon niveau de fidélité test-retest ( $rs > 0,65$ ; Ree et al., 2008). Le temps nécessaire à la passation varie entre cinq à dix minutes. La traduction française en est une québécoise et elle a été autorisée par les auteurs et réalisée par un comité de pairs (Pelletier, Lafleur, Malenfant, & Brassard-Lapointe, 2008). (voir Appendice C).

### **Perception de l'état de santé mentale**

De façon pré et post-traitement, le participant évalue son état de santé mentale en répondant à une question à l'aide d'une échelle de type Likert en dix points variant de

1 « Mauvaise » à 10 « Excellente ». Ainsi, plus le résultat est élevé à cette échelle, plus le patient estime que son niveau de santé mentale est adéquat. Un résultat égal ou supérieur à 6 est considéré comme un niveau de fonctionnement psychologique et social acceptable et présentant des difficultés d'intensité moyenne. Cette échelle a été élaborée par l'équipe traitante de l'HDJ comme mesure d'amélioration l'état de l'état de santé mentale et elle est systématiquement intégrée au dossier des patients (voir Appendice D).

### **Procédure**

La présente étude rétrospective et évaluative s'inscrit dans la pratique clinique régulière de l'HDJ. Ainsi, les 21 patients qui constituent l'échantillon ont complété les instruments de mesure à même le processus clinique habituel. Conséquemment, les données ont été recueillies aux dossiers médicaux avec l'autorisation du Directeur des services professionnels et hospitaliers de l'IUSMQ. En résumé, pour intégrer le traitement de l'HDJ, tous les patients sont évalués par l'une des psychiatres traitantes. Ainsi, l'évaluation psychiatrique fait état des données sociodémographiques et cliniques des patients référés. Par la suite, les patients complètent différentes évaluations à différents moments de leur processus psychothérapeutique. À la première et dernière semaine de traitement, ils évaluent leur état de santé mentale. D'autre part, de façon hebdomadaire, les patients complètent le BDI-II et le STICSA. Cette démarche réalisée par le psychologue vise l'évaluation des symptômes dépressifs et anxieux présentés par chacun des patients. Dans le contexte de cette étude, seulement les résultats observés à la

première et à la dernière semaine de traitement sont utilisés pour évaluer la survenue d'un changement cliniquement significatif. Pour une représentation visuelle de ce processus évaluatif, voir l'Appendice E.

### **Considérations éthiques**

Pour constituer l'échantillon de données cliniques de cette étude, aucune sollicitation de consentement et aucun recrutement de participant ne furent requis puisque cette étude a été conduite de façon rétrospective et elle n'a concerné que l'examen de dossiers médicaux. Cependant, conformément à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'autorisation d'accès aux dossiers médicaux a été nécessaire. Dans le cadre de cette étude, cette autorisation a été accordée par le Directeur des services professionnels et hospitaliers de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec suite à quoi l'étude des dossiers a pu être entreprise. À des fins de confidentialité, les données ont été recueillies selon un processus d'anonymisation et elles ont été détruites au terme de cette étude et ce, conformément à la Loi sur l'accès à l'information. En somme, cette étude n'a présenté aucun risque physique, psychologique, social, économique ou professionnel pour les patients puisque les données concernées ont été protégées et sont demeurées confidentielles.

### **Analyse des données qualitatives**

Afin d'identifier et d'analyser les facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ et ainsi répondre à la question principale de cette étude, le

verbatim des réponses des patients à la question 4 du questionnaire Facteurs thérapeutiques a été utilisé : *À quoi attribuez-vous la modification de votre état de santé mentale ?*

Pour extraire, organiser et coder les données concernant les facteurs thérapeutiques perçus par les patients, l'analyse qualitative des verbatim recueillis a été effectuée selon le modèle de la théorisation ancrée décrit par Strauss et Corbin (1998). Ce modèle est une actualisation de celui de Glaser et Strauss (1967) tel qu'utilisé par Hoge et al. (1988) dans leur recherche sur les facteurs thérapeutiques. En résumé, la première étape qui est la comparaison constante, consiste à lire la totalité des verbatim transcrits et comparer de façon continue les nouvelles données à celles déjà recueillies sur le plan théorique, ce qui permet d'explorer les similarités. En second lieu, le processus de codification et l'élaboration de catégories consistent à relever dans les verbatim le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles et d'en préciser les propriétés et les dimensions afin d'élaborer une catégorie centrale. Il peut s'agir de quelques mots, d'une phrase, d'un paragraphe ou d'une idée qui décrivent directement le phénomène à l'étude. La saturation empirique des données représente un aspect important de l'élaboration de catégories. Elle se termine lorsqu'un point de redondance sur la question de recherche est atteint, c'est-à-dire, lorsqu'il n'est plus possible de découvrir de nouvelles données ou de cas nouveaux (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). Habituellement, lorsque le groupe observé est relativement homogène, environ de six à douze participants sont nécessaires pour atteindre la saturation empiriques des données. Dans le cadre de cette étude, la

taille d'échantillon nécessaire pour atteindre la saturation des données a été de 21 dossiers médicaux de patients ayant complété le traitement offert à l'HDJ.

La réalisation de cette analyse qualitative selon ces différentes étapes a été effectuée de façon indépendante par deux observateurs afin d'éviter les biais possibles. Dans le cadre cette étude, le pourcentage de fidélité interjuges obtenu est de 80 % ( $Po = 80\%$ ) pour l'identification et le classement des différentes catégories. Le coefficient de concordance ( $Po$ ) représente la proportion d'observations pour lesquelles il y a accord entre les deux observateurs du même phénomène. Les deux observateurs sont respectivement un psychologue clinicien ayant huit années d'expérience et auteur de cet essai alors que le deuxième est doctorante en psychologie.

### **Analyse des données quantitatives**

Afin d'évaluer le changement cliniquement significatif concernant les symptômes dépressifs présenté par chacun des patients, les résultats au BDI-II de la première et de la huitième semaine de traitement ont été analysés. Selon (Beck et al., 1996), pour considérer que le changement est cliniquement significatif, le résultat de la huitième semaine doit être égal ou inférieur à 8. Par ailleurs, dans le but de comparer les symptômes anxieux pré et post-traitement, le score Z au STICSA a été utilisé. Ce choix a été fait puisqu'il n'existe pas d'échelle d'interprétation pour cet instrument de mesure : seuls la moyenne et l'écart type de certains groupes de comparaison sont disponibles. Finalement, dans le but d'examiner l'amélioration de l'état de santé mentale de chacun

des patients, l'autoévaluation de la perception de l'état de santé mentale des patients a été utilisée. Ainsi, un résultat équivalant à 6 est considéré par l'équipe traitante comme un niveau de fonctionnement psychologique et social acceptable et présentant des difficultés d'intensité moyenne. La prochaine section présente les résultats de ces analyses pour chacun des deux objectifs de l'étude.



Rapport-Gratuit.com

Résultats

### **Caractéristiques sociodémographiques et clinique des participants**

L'âge moyen dans l'échantillon des 21 patients est de 41,38 ans ( $\text{É-T} = 10,75$ ), ce qui est comparable à l'âge moyen observé chez la clientèle annuelle à l'HDJ. Les Tableaux 1 et 2 présentent les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants.

Tableau 1

*Caractéristiques sociodémographiques des patients (N = 21)*

Variabes	N	%
<b>État civil</b>		
Célibataire	9	42,9
Marié	2	9,5
Conjoint de fait	9	42,9
Séparé/divorcé	1	4,8
<b>Occupation principale actuelle</b>		
Emploi temps partiel	1	4,8
Étudiant	1	4,8
Retraité	2	9,5
Arrêt de travail/maladie	15	71,4
Aide sociale	1	4,8
Rente d'invalidité	1	4,8
<b>Scolarité complétée</b>		
Universitaire (2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> cycle)	4	19
Baccalauréat	2	9,5
DEC Technique	6	28,6
DEC Général	3	14,3
Secondaire	4	19
DEP	2	9,5

Notes. DEC = Diplôme d'études collégiales.

DEP = Diplôme d'études professionnelles.

Tableau 2

*Données cliniques des patients (N = 21)*

Variables	N	%
<b>Provenance de la référence</b>		
Urgence psychiatrique	12	57,1
Hospitalisation	4	19
Module d'évaluation et de liaison	5	23,8
<b>Diagnostic principal (Axe I)</b>		
Épisode dépressif majeur	7	33,3
Trouble anxieux	3	14,3
Trouble de l'adaptation	7	33,3
État de stress post-traumatique	3	14,3
Dysthymie	1	4,8
<b>Diagnostic principal (Axe II)</b>		
Aucun	5	23,8
Personnalité limite	6	28,6
Narcissique	3	14,3
Dépendante	6	28,6
Obsessionnelle-compulsive	1	4,8
<b>Médication</b>		
Antidépresseurs	19	90,5
Anxiolytiques	1	4,8
Combinaison <sup>a</sup>	1	4,8
<b>Consommation d'alcool</b>		
Aucune	10	47,6
Occasionnelle	10	47,6
Problématique	1	4,8
<b>Consommation de drogue</b>		
Aucune	16	76,2
Occasionnelle	5	23,8

Note. <sup>a</sup> Combinaison : antidépresseurs et anxiolytiques.

### Liste des facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ

L'analyse qualitative du verbatim des patients de l'HDJ a permis de relever un total de 15 facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients. Le Tableau 3 contient la liste de ces facteurs, ordonnés selon la fréquence à laquelle ils ont été rapportés par les participants de cette étude.

Tableau 3

#### *15 facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ*

Facteur	N	%
Structure	12	57,1
Outils	8	38,1
Approche cognitive et comportementale	7	33,3
Contact interpersonnel	6	28,6
Compréhension de soi	6	28,6
Motivation personnelle	6	28,6
Équipe professionnelle qualifiée	6	28,6
Médication	4	19,0
Normalisation de la maladie	3	14,3
Catharsis	1	4,8
Devoir entre les séances	1	4,8
Hygiène de vie	1	4,8
Affirmation de soi	1	4,8
Relaxation	1	4,8
Suivi hebdomadaire avec un psychiatre	1	4,8

### **Facteurs thérapeutiques analogues aux hôpitaux de jour psychiatriques**

Selon le verbatim des 21 patients de l'HDJ, l'analyse qualitative a mené à l'identification de sept facteurs thérapeutiques analogues aux catégories répertoriées dans les études antérieures de Hoge et al. (1988) et de Schreer (1988). Les résultats présentés au Tableau 4 décrivent le nombre de participants qui rapportent, dans leur verbatim, des éléments qui concordent avec chacune des catégories issues de l'étude de Hoge et al. (1988) ainsi que de celle de Schreer (1988).

L'importance relative de chacun des facteurs thérapeutiques analogues aux trois études diffère. Le facteur thérapeutique *structure* demeure l'un des plus importants pour l'ensemble des études. Le facteur thérapeutique ayant la plus faible importance relative parmi les facteurs thérapeutiques communs à ces trois résultats de recherche est celui qui concerne les *devoirs entre les séances*.

Tableau 4

*Facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ analogues à ceux provenant des études de Hoge et al. (1988) et de Schreer (1988)*

Facteur	Étude HDJ (N = 21)		Étude Hoge et al. (N = 20)		Étude Schreer (N = 20)	
		%		%		%
Structure	12	57,1	19	95	13	65
Contact interpersonnel	6	38,1	19	95	20	100
Compréhension de soi	6	28,6	8	40	12	60
Médication	4	19,0	17	85	10	50
Normalisation de la maladie	3	14,3	7	35	14	70
Catharsis	1	4,8	11	55	8	40
Devoirs entre les séances	1	4,8	3	15	8	40

#### **Nouveaux facteurs thérapeutiques et spécifiques aux patients de l'HDJ**

En sus des facteurs thérapeutiques précédents, l'analyse qualitative du verbatim des patients de l'HDJ selon la théorisation ancrée permet de relever huit facteurs thérapeutiques originaux concernant le traitement en hôpital de jour psychiatrique, c'est-à-dire des facteurs qui n'ont pas été identifiés par Hoge et al. (1988) et Schreer (1988). (voir Tableau 5).

Tableau 5

*Facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces spécifiquement  
par les patients de l'HDJ*

Facteur	n	%
Outils	8	38,1
Approche cognitive et comportementale	7	33,3
Motivation personnelle	6	28,6
Équipe professionnelle qualifiée	6	28,6
Hygiène de vie	1	4,8
Affirmation de soi	1	4,8
Relaxation	1	4,8
Suivi hebdomadaire avec un psychiatre	1	4,8

Voici les huit définitions élaborées pour rendre compte des facteurs thérapeutiques originaux obtenus dans le verbatim des patients de l'HDJ.

*Les outils* : terme général utilisé par les patients pour désigner les moyens ou stratégies proposés lors du suivi psychothérapeutique pour améliorer leur bien-être, mieux gérer les symptômes dépressifs et anxieux. Voici l'exemple du patient 18 : « Les nouveaux *outils* que j'ai appris ».

*Approche cognitive et comportementale* : apprendre à reconnaître les distorsions cognitives ainsi que l'influence et l'interaction entre les pensées, les émotions et les



comportements est rapporté par les participants comme un facteur thérapeutique permettant d'améliorer leur état de santé mentale. Le patient 8 rapporte : « J'ai appris à reconnaître mes émotions par rapport à un événement et à changer mes pensées irrationnelles par des pensées rationnelles ». Un autre (patient 14) mentionne : « L'approche cognitive m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de mon humeur et mes émotions ». D'autre part, la mobilisation dans l'action par l'activation comportementale semble aussi contribuer à l'amélioration clinique. Le patient 8 rapporte : « au fait qu'on avait des objectifs à chaque semaine à respecter le plus possible, ce qui nous mettait en action ».

*La motivation personnelle* : l'espoir et le désir d'améliorer son état actuel, de diminuer ses malaises et d'expérimenter un changement mobilise le patient dans son processus thérapeutique. Le patient 1 mentionne : « Je me suis impliqué à fond ». Un autre (patient 5) exprime ceci : « Ma motivation personnelle et ma participation active ».

*Une équipe professionnelle qualifiée* : il semble que le suivi psychothérapeutique offert par les intervenants ainsi que leurs compétences professionnelles et interpersonnelles soit perçu comme un facteur thérapeutique efficace. Par exemple, le patient 16 rapporte : « Grâce à tous les intervenants si enveloppants et professionnels ». Un autre (patient 17) rapporte : « La compétence des intervenants ». Par ailleurs, le patient 12 affirme : « Suivi avec professionnels adéquat ».

*Hygiène de vie* : rétablir un régime alimentaire équilibré, un sommeil de qualité et faire de l'exercice physique de façon régulière est perçu par les patients comme un facteur thérapeutique qui contribue à l'amélioration de leur état de santé mentale. Le patient 7 rapporte : « Je mange mieux. Je dors mieux ».

*L'affirmation de soi* : apprendre à s'exprimer de façon affirmative permet de se respecter, de se sentir soulagé et d'entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. À titre d'exemple : « J'ai appris à dire non aux demandes qui ne me plaisent pas » (patient 7).

*La relaxation* : Apprentissage de différentes techniques de relaxation afin de diminuer le stress lié aux différentes difficultés. Exemple, le patient 7 a rapporté simplement : « Je relaxe ».

*Le suivi hebdomadaire avec un psychiatre* : après l'évaluation psychiatrique, les patients sont rencontrés individuellement de façon hebdomadaire durant huit semaines afin de réévaluer et ajuster au besoin leur médication. D'autre part, l'exploration de la situation de crise et l'estimation des conséquences possibles sont abordées. Le patient 3 rapporte comme levier thérapeutique : « Le fait d'avoir pu avoir un suivi chaque semaine avec une psychiatre ».

### Changement cliniquement significatif

Dans le but de répondre au second objectif de l'étude qui consiste à documenter l'amélioration cliniquement significative des patients au terme du traitement psychothérapeutique de l'HDJ, la comparaison de leurs résultats pré et post-intervention à l'ensemble des instruments mesurant leur symptomatologie a été effectuée. Pour ce faire, l'importance clinique du changement thérapeutique a été mesurée selon la méthode de Jacobson et Truax (1991).

Tout d'abord, concernant les résultats observés au BDI-II, les données du Tableau 6 montrent qu'en prétraitement, 95 % des patients présentent un niveau significatif de dépression alors qu'après huit semaines de traitement, cette proportion diminue à 48 %. Ainsi, 52 % des patients qui terminent le traitement de l'HDJ rapportent un seuil sous-clinique de dépression, c'est-à-dire qu'ils correspondent à la définition de rémission des symptômes dépressifs (résultat inférieur ou égal à 8). Par ailleurs, au terme de leur suivi à l'HDJ, 19 % des patients demeurent avec un niveau sévère de dépression et parmi ceux-ci, un patient rapporte une légère augmentation de ses symptômes dépressifs.

Dans le but de comparer les symptômes anxieux pré et post-traitement, le score Z obtenu au STICSA a été utilisé. Ainsi, les données du Tableau 6 indiquent que 57 % des patients présentaient un état d'anxiété significative à la première semaine de traitement à l'HDJ, alors qu'à la huitième semaine de traitement, cette proportion se situe à 14 %. Au terme du suivi psychothérapeutique à l'HDJ, aucun patient n'a vu son état se détériorer

sur le plan de l'anxiété. Cependant, un patient a présenté le même niveau de symptôme anxieux pré et post-traitement.

Dans l'objectif d'examiner l'amélioration de l'état de santé mentale de chacun des patients, l'autoévaluation de la perception de l'état de santé mentale des patients a été utilisée. Selon l'échantillon clinique recueilli, il appert que 90 % des patients rapportaient un état de santé mentale dysfonctionnel avant le début du traitement alors qu'au terme de leur suivi psychothérapeutique à l'HDJ, ce nombre a diminué à 32 %. Ainsi, en considérant le nombre total de patients ayant une perception de leur état de santé mentale égale ou supérieure à 6, il apparaît que 71 % des patients terminent l'HDJ avec un niveau de fonctionnement psychologique et social acceptable ou adéquat. Deux patients ne rapportent aucun changement pré et post-traitement, mais aucun patient ne rapporte une dégradation de son état de santé mentale.

Tableau 6

*Résultats au BDI-II, au STICSA et à l'état de santé mentale des 21 patients pour la 1<sup>re</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine de traitement*

	BDI-II		STICSA (score Z )		État de santé mentale	
	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 1	Semaine 8
Patient 1	22	14	0,7	-1,0 <sup>a</sup>	4	8 <sup>a</sup>
Patient 2	29	17	2,1	0,4	1	5
Patient 3	13	4 <sup>a</sup>	-0,2	-0,8	5	9 <sup>a</sup>
Patient 4	37	4 <sup>a</sup>	-0,4	-1,0 <sup>a</sup>	1	7 <sup>a</sup>
Patient 5	26	7 <sup>a</sup>	1,5	-0,9	5	8 <sup>a</sup>
Patient 6	30	34	0,4	-0,7	5	6 <sup>a</sup>
Patient 7	39	34	3,8	3,8	3	5
Patient 8	28	18	1,0	-0,7	4	7 <sup>a</sup>
Patient 9	23	14	1,0	0,8	5	5
Patient 10	42	41	2,2	1,0	2	3
Patient 11	24	3 <sup>a</sup>	1,8	-1,0 <sup>a</sup>	1	8 <sup>a</sup>
Patient 12	20	15	0,7	-0,9	1	6 <sup>a</sup>
Patient 13	18	5 <sup>a</sup>	0,5	-1,2 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>
Patient 14	31	21	0,4	0,1	5	5
Patient 15	25	8 <sup>a</sup>	-0,6	-0,9	2	6 <sup>a</sup>
Patient 16	8 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	-1,2 <sup>a</sup>	-1,1 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Patient 17	40	7 <sup>a</sup>	1,2	-0,9	4	9 <sup>a</sup>
Patient 18	33	8 <sup>a</sup>	1,2	-0,6	5	9 <sup>a</sup>
Patient 19	47	34	2,9	1,3	2	5
Patient 20	44	8 <sup>a</sup>	2,2	-1,1 <sup>a</sup>	1	8 <sup>a</sup>
Patient 21	27	4 <sup>a</sup>	1,5	-0,8	2	7 <sup>a</sup>

Note. <sup>a</sup> Résultat se situant à un seuil sous-clinique.

## **Discussion**

### **Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude exploratoire était d'identifier les facteurs thérapeutiques perçus comme utiles à l'amélioration de leur état santé mentale par les patients de l'HDJ. De ce fait, cette étude a d'abord permis de répertorier un ensemble de 15 facteurs thérapeutiques parmi les verbatim recueillis dans le questionnaire maison utilisé auprès de notre échantillon de 21 participants. Parmi ces facteurs thérapeutiques, sept sont similaires à ceux déjà répertoriés dans l'étude de Hoge et al. (1988) et celle de Schreer (1988) et huit sont originaux à notre étude.

En premier lieu, la concordance entre les facteurs thérapeutiques partagés par l'ensemble des études réalisées en hôpitaux de jour psychiatriques laisse croire que leur conceptualisation est valide sur le plan des construits. Ainsi, la constance observée entre les recherches est probablement un indicateur de la robustesse et de l'importance clinique de ces facteurs thérapeutiques. D'ailleurs, dans leurs recommandations, Hoge et al. (1988) suggèrent d'utiliser la liste qu'ils ont générée afin de déterminer si des similitudes ou des différences au sujet des facteurs thérapeutiques peuvent être observées parmi les différents hôpitaux de jour psychiatriques.

Parmi les similitudes, le facteur thérapeutique *structure* et le facteur *contact interpersonnel* sont parmi les facteurs thérapeutiques les plus souvent rapportés comme

efficaces par les patients. En effet, ils sont rapportés par plus de la moitié d'entre eux. Or, ce type de facteur thérapeutique correspond aux facteurs communs des différentes approches de psychothérapie. Ces observations vont dans le sens des études qui mentionnent que l'efficacité de la psychothérapie repose en majeure partie sur les facteurs communs (Bohart & Tallman, 1999; Kiesler, 1995; Lambert, 1992; Lecomte et al., 2004; Wampold, 2001, 2006).

Bien que ces trois études rapportent des facteurs thérapeutiques analogues, leur importance relative diffère. Tel que noté dans l'étude de Schreer (1988), la différence de l'importance relative des facteurs thérapeutiques pourrait s'expliquer par le type de clientèle traitée. La clientèle de l'HDJ et celle observée par Schreer (1988) partage davantage de points communs que celle de Hoge et al. (1988). Les patients de l'HDJ et de Schreer proviennent de l'urgence psychiatrique et ils se caractérisent par un diagnostic de trouble de l'humeur et un niveau de fonctionnement social adéquat avant la maladie, alors que les patients de Hoge et al. (1988) ont été référés à l'hôpital de jour suite à une hospitalisation psychiatrique et ils se caractérisent par un trouble psychotique ainsi qu'un faible niveau de fonctionnement social chronique. Conséquemment, ce type de clientèle présente des besoins différents et elle nécessite un traitement à long terme. Ainsi, le facteur thérapeutique *médication* est davantage rapporté comme efficace par les patients de Hoge et al. (1988) comparativement aux participants de notre étude puisque ce type de clientèle requiert habituellement un traitement pharmaceutique permanent.



Par ailleurs, il est intéressant de noter que le facteur thérapeutique *médication* est rapporté par seulement quatre patients (19 %) de notre échantillon, alors que l'ensemble d'entre eux bénéficient d'un traitement pharmacologique. Cette donnée diffère de celle de Hoge et al. (1988) ainsi que de Schreer (1988). En effet, dans l'échantillon de Hoge et al. (1988) 85 % des patients rapportent la médication comme facteur thérapeutique les ayant aidés et ce pourcentage est de 50 % dans l'échantillon de Schreer (1988). Il est complexe d'identifier les raisons exactes qui expliquent que seulement 19 % des patients de l'HDJ ont perçu leur médication comme un facteur thérapeutique déterminant pour l'amélioration de leur bien-être. Cependant, il est possible d'émettre l'hypothèse suivante : avant même d'intégrer l'HDJ, les patients ont déjà un traitement pharmacologique actif. De ce fait, il est possible que l'impact de la médication ne soit plus noté ou mis au premier plan lors de leur suivi psychothérapeutique à l'HDJ. À l'opposé, il est possible que les patients ayant rapporté la médication comme facteur thérapeutique soient ceux qui ont modifié le dosage ou leur médication au moment de leur suivi à l'HDJ.

Les facteurs thérapeutiques qui n'ont pas été relevés dans le verbatim des patients de l'HDJ, mais qui l'ont été dans les études de Hoge et al. (1988) et de Schreer (1988) sont les suivants : *l'altruisme, la mobilisation du système familial, recevoir de l'aide dans la communauté, l'autonomie, compléter le suivi, la sécurité et la rétroaction sur ses comportements*. Bien que ces facteurs thérapeutiques ne soient pas rapportés par les patients de l'HDJ, il est possible de supposer qu'ils ont joué un rôle dans le changement

clinique observé. Cependant, selon la perception des patients de l'HDJ, l'impact de ces facteurs thérapeutiques ne serait pas déterminant. Par ailleurs, il est possible que ces éléments soient implicitement imbriqués dans d'autres facteurs que les patients ont énoncés.

En regard à l'objectif principal de cette étude, outre les sept facteurs thérapeutiques analogues aux traitements offerts en hôpitaux de jours psychiatriques, cette étude a permis d'identifier huit nouveaux facteurs thérapeutiques liés à ce type de traitement. Effectivement, selon la perception des patients de l'HDJ, *les outils, l'approche cognitive et comportementale, la motivation personnelle, l'équipe professionnelle, l'hygiène de vie, l'affirmation de soi, la relaxation et le suivi hebdomadaire avec un psychiatre* sont des facteurs thérapeutiques qui contribuent à l'efficacité du traitement en hôpital de jour psychiatrique. Cette nouvelle découverte dans ce domaine clinique permet d'enrichir et d'actualiser la liste existante des facteurs thérapeutiques. Parmi ceux-ci, le facteur thérapeutique *outil* est le plus fréquemment rapporté par les patients (38 %). Dans le langage usuel des patients, ce terme est couramment utilisé pour désigner l'ensemble des stratégies apprises dans le cadre de la psychothérapie. Or, ce terme est accepté, compris et aussi utilisé par les professionnels du réseau de la santé. D'ailleurs, il est possible que l'origine de ce concept provienne d'abord du langage des professionnels en santé mentale. Ainsi, l'utilisation d'un concept général pour définir des moyens thérapeutiques abstraits et concrets semble partagé tant par les patients que les intervenants. Conséquemment, il serait sans doute pertinent de préciser les éléments auxquels les

patients réfèrent lorsqu'ils utilisent le terme *outil*. Selon le cadre thérapeutique dans lequel ce concept est utilisé, cela aurait comme impact de mieux cerner le ou les facteurs thérapeutiques efficaces selon la perception des patients.

Par ailleurs, l'approche cognitive et comportementale est un facteur thérapeutique relevé pour la première fois par des patients ayant bénéficié d'un traitement en hôpital de jour psychiatrique. En effet, plus du tiers des patients ont rapporté cette approche comme un facteur thérapeutique efficace. De ce fait, l'analyse des pensées irrationnelles et des comportements inadéquats de la personne ainsi que la modification de ces pensées et l'apprentissage de nouveaux comportements sont perçus par le patient comme des leviers thérapeutiques importants. Ainsi, selon la perception des patients de l'HDJ, l'utilisation de moyens tels que le journal cognitif, les objectifs hebdomadaires et le modèle de la résolution de situations complexes semble contribuer à l'amélioration de leur humeur.

Selon les résultats obtenus, le concept de la motivation personnelle est un facteur thérapeutique important. D'ailleurs ce concept est souvent cité dans les études puisqu'il mobilise directement la personne dans son processus de rétablissement. En effet, Bandura (1977) souligne qu'il n'y a pas de changement sans motivation, c'est-à-dire l'espérance d'un résultat ou l'attente d'une quelconque efficacité de la thérapie qui sera entreprise (cité dans Cottraux, 2011). C'est pourquoi ce concept est directement abordé dans le déroulement de la psychothérapie à l'HDJ. Ainsi, la façon dont ce concept est

présenté aux patients de l'HDJ semble avoir un impact sur leur motivation au changement.

En ce qui concerne *l'équipe professionnelle qualifiée*, bien que ce facteur thérapeutique s'apparente au concept de la guidance tel que décrit par Hoge et al. (1988), il s'en distingue puisqu'il évoque plus qu'un simple rapport de soutien ou de conseils offerts aux patients. Effectivement, ce facteur thérapeutique fait appel aux connaissances et aux compétences spécialisées dans le traitement des troubles de l'humeur des professionnels œuvrant à l'HDJ. Ce facteur thérapeutique inclut les habiletés interpersonnelles de ces professionnels. Le fait que plus du quart des participants de notre échantillon rapportent que les professionnels de l'HDJ ont favorisé un changement thérapeutique, cela appuie les propos de Wampold (2006) ainsi que Lecomte et al. (2004) qui soulignent que le levier thérapeutique commun le plus influent dans l'efficacité de la psychothérapie serait le psychothérapeute.

En ce qui a trait au facteur thérapeutique de *l'hygiène de vie*, celui-ci est promu par le plan d'intervention individualisé ainsi que par le groupe sur la gestion des émotions. Il est reconnu qu'une bonne hygiène de vie favorise la diminution des symptômes dépressifs (Rafanelli, Fava, & Sonino, 2007) c'est pour cette raison que le traitement de l'HDJ place un accent sur ce thème. Il en est de même pour le facteur thérapeutique *affirmation de soi et la relaxation*. Il s'agit du nom de deux groupes différents dans lesquels sont abordés des stratégies affirmatives et différentes techniques de relaxation.

Le suivi psychiatrique hebdomadaire est un mode de fonctionnement peu fréquemment adopté dans la pratique en hôpitaux de jour psychiatriques. Pourtant, ce mode d'intervention est rapporté par les participants de notre échantillon comme un facteur ayant un impact prépondérant sur leur cheminement thérapeutique. L'efficacité de ce mode de fonctionnement pourrait être liée à sa perspective médicale et structurante. Sur le plan psychiatrique, l'effet en découlant aurait pour le patient une valeur rassurante et cela pourrait le guider en ce qui concerne sa symptomatologie.

En somme, cette étude confirme la pertinence de sept facteurs thérapeutiques déjà identifiés dans la littérature. De plus, elle permet d'actualiser et d'enrichir de huit nouveaux concepts la liste actuelle. L'identification de ces huit nouveaux facteurs thérapeutiques efficaces s'explique par l'amélioration des traitements offerts en hôpitaux de jour psychiatriques depuis les 30 dernières années.

### **Objectif secondaire**

L'objectif second de cette étude était de vérifier la proportion des patients de l'échantillon de l'HDJ qui présentent un changement cliniquement significatif au terme de leur traitement psychothérapeutique. Les résultats obtenus à l'analyse du changement cliniquement significatif permettent de dégager certains constats. En premier lieu, il est opportun de rappeler que près de la totalité des patients de notre échantillon présentaient un état significatif de dépression prétraitement et que parmi ceux-ci, près de la moitié ont terminé leur suivi à l'HDJ avec un seuil sous-clinique de dépression. Par ailleurs,

plus de la moitié des patients présentaient au début de leur suivi à l'HDJ un seuil clinique d'anxiété, comparativement à moins d'un sixième en post-traitement. En dernier lieu, environ trois quarts des patients ont terminé leur suivi à l'HDJ avec une perception satisfaisante de leur état de santé mentale. Tout bien considéré, le traitement offert à l'HDJ semble générer un changement cliniquement significatif pour plus de la moitié des patients.

D'autre part, une amélioration particulièrement notable est observée chez quatre patients, tant sur le plan des symptômes dépressifs, anxieux que sur l'état de santé mentale pré et post-traitement. Ces patients sont notamment passés d'un niveau sévère à un niveau minimal de dépression. On observe une amélioration similaire pour ce qui est de l'anxiété et la perception de l'état de santé mentale. En analysant le verbatim de ces quatre patients, on note que les facteurs thérapeutiques qu'ils ont perçus efficaces sont : *la motivation personnelle, l'approche cognitive et comportementale, la structure, l'équipe professionnelle qualifiée* et les *outils*. Ces facteurs correspondent à la fois à des facteurs communs et des facteurs spécifiques liés à l'efficacité de la psychothérapie. Cela va dans le sens des propos de Castonguay (2010) qui souligne que les facteurs communs et les facteurs spécifiques sont tout aussi importants pour comprendre et expliquer comment le changement se produit dans le cadre de la psychothérapie.

Parmi les patients qui ne présentent aucune amélioration sur le plan des symptômes dépressifs (quatre patients), il apparaît que deux d'entre eux ont été référés à l'HDJ avec

un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Selon Cottraux (2011), le traitement de l'état de stress post-traumatique dure en moyenne six mois, alors que celui de l'HDJ est d'une durée maximale de deux mois. Par ailleurs, deux autres patients avaient comme motif de référence un diagnostic de trouble de l'adaptation concomitant à un trouble de la personnalité limite. Selon le DSM-IV (APA, 2000), jusqu'à 10-30 % des patients qui consultent en externe dans un service de santé mentale présentent un trouble de l'adaptation. Dans la plupart des cas, le trouble de l'adaptation ne nécessite pas un traitement intensif de premier plan car il se résorbe habituellement en deçà de six mois avec la diminution ou la disparition du facteur de stress. Ainsi, il semble que ce soit davantage le trouble de la personnalité limite qui complique la présentation clinique et qui est susceptible d'influencer défavorablement le changement clinique. D'ailleurs, les troubles de la personnalité requièrent en général un traitement à long terme soit environ deux années (Cottraux, 2011). Quoiqu'il en soit, cela laisse penser que l'état de stress post-traumatique et le trouble de la personnalité limite nécessitent un traitement davantage spécialisé et d'une durée de traitement nettement plus longue que celle offerte à l'HDJ.

### **Forces et limites**

Une force majeure de cette étude réside dans le fait que le modèle d'analyse qualitative du verbatim des patients de l'HDJ est sensiblement conforme à celui utilisé par Hoge et al. (1988) et Schreer (1988). En conséquence, cela rend possible la comparaison des résultats obtenus aux deux études. En comparant les similitudes et les

différences et en enrichissant ce domaine d'étude, de concepts originaux, ce processus contribue à l'affinement d'un modèle théorique et clinique de la pratique en hôpital de jour psychiatrique.

D'autre part, cette étude a été réalisée avec une clientèle homogène ayant un diagnostic de trouble de l'humeur et elle a utilisé deux instruments validés en français soit le BDI-II et le STICSA, ce qui est concordant avec les recommandations méthodologiques de Larivière (2010) et de Schene (2004). Par conséquent, cette étude se démarque des précédentes puisqu'elle comporte une évaluation précise du changement cliniquement significatif en plus de son volet qualitatif. L'étude permet également de s'assurer que le traitement est efficace et qu'il est donc pertinent que les participants aient réussi à identifier leurs facteurs thérapeutiques.

Une autre force de cette étude réside dans son aspect rétrospectif. L'avantage manifeste d'une étude réalisée à l'aide de dossiers médicaux est l'évitement de l'effet Hawthorne, c'est-à-dire que les mesures utilisées dans un tel type de recherche ne sont pas soumises à un effet de réactivité de la part des participants. En d'autres termes, les patients de l'échantillon n'ont pas été influencés dans leur façon de répondre aux différents instruments de mesure puisque ce processus est usuel à la pratique de l'HDJ. Ainsi, ne se sentant pas observés comme participants à une recherche, il est peu probable qu'ils aient modifié leur comportement dans le but de répondre ou non aux attentes du



chercheur. Par ailleurs, l'utilisation de dossiers médicaux a permis de procéder à un échantillonnage aléatoire simple, ce qui a favorisé la diminution des biais de sélection.

L'identification des facteurs thérapeutiques efficaces à l'HDJ a été élaborée à partir de la perception des patients. Or, Miller, Duncan et Hubble (2004) ainsi que Castonguay (2010) mentionnent que pour connaître et évaluer l'efficacité de la psychothérapie, il est nécessaire de recourir à la perception de chaque patient ayant un suivi. À l'égard de cette recommandation, l'analyse qualitative de la perception des patients de l'HDJ a été effectuée pour rendre compte de l'efficacité du traitement dispensé. Ainsi, le haut pourcentage de fidélité interjuges obtenu lors de l'identification des facteurs thérapeutiques assure que les observations notées sont constantes et représentatives du phénomène analysé. D'autre part, pour témoigner de l'efficacité du traitement de l'HDJ de façon quantitative, le changement cliniquement significatif a été examiné. En somme, la combinaison des volets qualitatif et quantitatif permet une meilleure compréhension des facteurs qui ont permis aux patients d'atteindre une amélioration de leur état de santé mentale.

Considérant les diverses configurations organisationnelles des hôpitaux de jour psychiatriques, celle de l'HDJ a été décrite intégralement dans cette étude afin de permettre une comparaison étayée des éléments similaires et différents à cette forme de traitement pour les recherches ultérieures en hôpitaux de jour psychiatriques. En effet, comme le soulignent Serero et Gagnon (2000) concernant la diversité des hôpitaux de

jour psychiatriques, la poursuite du processus évaluatif des hôpitaux de jour psychiatriques au Québec permettra de promouvoir leur mandat et de développer un mouvement où l'évaluation est continue et mis à profit dans la relation thérapeutique.

En ce qui concerne les limites de cette étude, bien que les résultats aient permis d'identifier de nouveaux facteurs thérapeutiques et des facteurs analogues à ceux d'études antérieures réalisées au sein d'hôpitaux de jour psychiatriques, il n'est pas possible à partir d'un échantillon restreint de 21 participants d'en généraliser les résultats à d'autres populations ou milieux de soins. Les études futures auprès d'échantillons plus vastes pourraient permettre la généralisation des résultats à une population plus large. De plus, cela permettrait peut-être de relever d'autres facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients.

D'autre part, il est possible de mentionner dans un certain égard, l'angle rétrospectif de cette étude qui ne permet pas d'approfondir certains concepts demeurés imprécis lors de la collecte des données. Par exemple, comme mentionné plus haut, le facteur thérapeutique *outil* serait à préciser davantage lorsqu'il survient dans le verbatim des patients. Ainsi, pour éviter ce type de problème et améliorer certaines définitions des facteurs thérapeutiques, il serait pertinent de mener une étude de façon prospective.

En dernier lieu, en ce qui concerne le questionnaire maison utilisé pour identifier les facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients de l'HDJ, bien que

préalablement aucun processus de validation scientifique n'ait été réalisé pour déterminer son indice de validité, il semble toutefois que l'énoncé de la question 4 permet bien de mesurer le concept à l'étude, soit les facteurs thérapeutiques. Par conséquent, les réponses obtenues à cette question présente une validité nominale, c'est-à-dire que l'on note une concordance apparente entre son énoncé et les caractéristiques mesurées. La validité nominale est une approche pour évaluer la validité de contenu, qui elle renvoie au caractère représentatif des énoncés d'un instrument pour permettre de mesurer le concept étudié (Fortin, 2010). Par ailleurs, puisque ce questionnaire a été élaboré par des cliniciens expérimentés auprès de la clientèle présentant un trouble de l'humeur, cela ajoute au degré de confiance que l'on peut avoir en sa validité de contenu et à son degré de précision de ce qui est mesuré.

## Conclusion

Les hôpitaux de jour psychiatriques représentent l'un des services de deuxième ligne offerts aux personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Sur le plan scientifique, les données se rapportant aux facteurs thérapeutiques perçus par les patients comme contribuant à l'amélioration de leur état de santé mentale sont rares et peu étayées pour ce type de services. D'autre part, l'une des façons efficaces de connaître les ingrédients actifs inhérents à la psychothérapie consiste à obtenir directement la perception des patients. Considérant ce contexte, le projet de cette étude a émergé.

Par conséquent, les données de la présente étude ont permis de faire ressortir 15 facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces selon les patients d'un hôpital de jour psychiatrique de Québec. Plus précisément, il a été possible d'identifier huit facteurs thérapeutiques inédits dans le traitement offert en hôpital de jour psychiatrique et de relever sept facteurs thérapeutiques communs à d'autres traitements de ce même type. De ce fait, cette recherche contribue au développement des connaissances dans ce domaine d'étude puisqu'elle permet de confirmer et d'enrichir la liste des facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients qui fréquentent les ressources en hôpitaux de jour psychiatriques. De plus, elle propose une définition concise de huit nouveaux facteurs thérapeutiques sur lesquels pourrait s'établir une recherche ultérieure. En somme, l'utilisation de la perception des patients pour mieux comprendre ce qui rend efficace ce mode de traitement permet de reconnaître l'importance de leur opinion à

l'intérieur du processus de recherche. Ainsi, la compréhension et l'utilisation d'un langage unificateur entre les chercheurs, les cliniciens et les patients concernant les éléments efficaces liés à ce type de traitement devraient favoriser un transfert accru des connaissances entre ces différents acteurs. Conséquemment, sur le plan clinique, l'application des connaissances générées dans le cadre de cette étude seront profitables pour l'équipe traitante de l'HDJ. De plus, les patients de l'HDJ pourront eux aussi bénéficier de ces retombées, par le biais des professionnels dans leurs interventions harmonisées auprès de ceux-ci. Qui plus est, puisque de nombreux patients terminant le traitement de l'HDJ bénéficient ensuite d'un traitement en première ligne, l'utilisation d'un langage unificateur concernant les facteurs thérapeutiques pourrait sans doute améliorer la continuité des soins dans les différents paliers de traitement en santé mentale.

Par ailleurs, puisque l'HDJ est une ressource de deuxième ligne en santé mentale cela peut expliquer que certains patients n'en sortent pas complètement guéris. Parmi les raisons qui expliquent cette situation, il est possible d'évoquer qu'il s'agit d'un traitement de la phase aiguë de l'épisode dépressif majeur et que la guérison complète de cet épisode nécessite parfois plusieurs phases de traitement. Ainsi, considérant la durée du traitement de l'HDJ, l'objectif de la guérison complète de l'épisode dépressif majeur pour tous les cas traités est peu réaliste. D'autre part, il est possible de souligner qu'un diagnostic concomitant de trouble de la personnalité puisse influencer le pronostic de l'épisode dépressif majeur pour lequel un patient consulte. À ce sujet, parmi

l'échantillon de l'HDJ, il est noté que près de trois quarts des patients présentaient un diagnostic à l'axe II, soit un trouble de la personnalité limite, dépendante, narcissique ou obsessionnelle-compulsive. Il importe de considérer ce fait à travers la présente élaboration clinique puisque dans les écrits scientifiques, de nombreuses études rapportent que les patients ayant un diagnostic de trouble de l'humeur peuvent aussi présenter de façon concomitante un trouble de la personnalité (Rosenbluth, MacQueen, McIntyre, Beaulieu, & Schaffer, 2012). Plus précisément, Ilardi et Craighead (1995) soulignent que de 35 % à 65 % des patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur ont en comorbidité un trouble de la personnalité. Parmi les plus fréquemment associés au diagnostic de la dépression on retrouve les traits de la personnalité dépendante, évitante, limite et obsessionnelle-compulsive (Boyce & Mason, 1996; Rosenbluth et al., 2012).

Dans cette présente étude, nonobstant le taux notable de comorbidité à l'axe II, un changement cliniquement significatif a été observé parmi plusieurs patients de l'HDJ, ce qui supporte les conclusions de Mulder, Joyce et Frampton (2010) qui affirment qu'un traitement intensif des symptômes dépressifs semble procurer un effet positif sur la pathologie de la personnalité. Cependant, Rosenbluth et al. (2012) concluent que les cliniciens qui traitent des patients ayant un trouble de l'humeur devraient systématiquement évaluer l'occurrence d'un trouble de la personnalité à l'aide d'instrument valide tel que le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Considérant cette recommandation, il serait pertinent dans le cadre du traitement offert à

l'HDJ d'évaluer les patients de façon systématique à l'aide de cet instrument de mesure. Cette procédure pourrait permettre de mieux cibler les enjeux thérapeutiques pour chacun des patients ainsi que l'influence que peut avoir un diagnostic de l'Axe II sur le pronostic du trouble de l'humeur. Par ailleurs, Rosenbluth et al. (2012) suggère qu'une évaluation rigoureuse devrait être faite pour déceler la possibilité d'un trouble de la personnalité chez les patients qui ne répondent pas au traitement du trouble de l'humeur de la première ligne. Considérant que la majorité des patients suivis à l'HDJ proviennent de cette ligne de services en santé mentale, cette recommandation prend tout son sens. À la lumière de ces informations, il serait pertinent de conduire une nouvelle recherche si à l'aide d'instrument de mesure, l'évaluation des troubles de la personnalité devenait systématique à la pratique de l'HDJ. Cela pourrait permettre de documenter davantage l'influence et l'impact des troubles de la personnalité dans le traitement en hôpital de jour psychiatrique.



## Références

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) Texte révisé. Washington DC. Traduction française par J.-D. Guelfi, et al., (1994). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.), Texte révisé. Washington DC. Traduction française par Guelfi, J.-D., et al., (2003). Paris, France : Masson.
- Balint, M., (1968). *The basic fault*. London: Tavistock.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Barber, J. P. (2009). Towards a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2<sup>e</sup> éd.). San Antonio. TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometrics properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Block, B., & Lefkowitz, P. M. (1991). *Standards and Guidelines for partial hospitalization*. Washington, DC: American Association for partial hospitalization.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *How client makes therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Boyce, P., & Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Australian & New-Zealand, Journal of Psychiatry*, 30, 90-103.
- Cardinal, A., & Villeneuve, E. (1999). Traiter en ville. Les centres de traitement et cliniques spécialisées du Centre hospitalier Robert-Giffard. *Santé mentale au Québec*, 2, 126-142.

- Castonguay, L. G. (1993). «Common factors» and «non-specific variables»: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Castonguay, L. G. (2010). La recherche au service des cliniciens. *Cahier recherche et pratique*, 1(1), 5-6.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Ed.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Conseil médical du Québec (2001). *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*. Québec : Conseil médical du Québec, 110 p.
- Cottraux, J., (2011). *Les thérapies comportementales et cognitives* (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Elsevier Masson.
- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., & Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus In-patient psychiatric treatment. *British Medical Journal*, 300(6731), 1033.
- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.
- Dick, P., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M., & Ince, A. (1985). Day and Full Time Psychiatric Treatment: A controlled Comparison. *British Journal of Psychiatry*, 147, 246-250.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Drapeau, M., (2010). Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens. *Cahier recherche et pratique*, 1(1), 3-4.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart & soul of change* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Durand, M., & Barlow, D. (2002). *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Gallo, J. J., Cai, G., Tien, A., Romanoski, A., ... Chen, L. S. (1997). Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 993-999.

- Fortin, M-F., (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Glick, I. D., Fleming, L., DeChillo, N., Meyerkopf, N., Jackson, C., Muscara, D., & Good-Ellis, M. (1986). A controlled study of transitional day care for non-chronically- illpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- Granello, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (1999). Mesuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26(1), 50-63.
- Gros, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381.
- Gudeman, J. E., Dickey, B., Evans, A., & Shore, M. F. (1985). Four-year assessment of a day hospital-inn program as an alternative to inpatient hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1330-1333.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L., (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 18(1), 59-82.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. V. (2002). The psychotherapy dose-effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harvey, B. J., Lang, E. S., & Frank, J. R. (2011). *Études fondées sur l'examen de dossiers médicaux. Le guide de la recherche : introduction destinée aux résidents, autres stagiaires en santé et praticiens* (pp. 101-111). Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Hoge, M. A., Farrell, S. P., Munchel, M. E., & Strauss, J. S. (1988). Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry*, 51,199-210.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S-L.T., Graccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 676-685.

- Howes, J. L., Haworth, H., Reynolds, P., & Kavanaugh, M. (1997). Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 502-508.
- Hsu, L. M. (1996). On the identification of clinically significant client change: Reinterpretation of Jacobson's cut scores. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 371-385.
- Hunsley, J. (2002). *Efficacité en termes de coûts des interventions en psychologie*. Ottawa : Société canadienne de psychologie, 1-16.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-156.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1995). Personality pathology and response to somatic treatments for major depression: a critical review. *Depression*, 2, 200-217.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. A. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Joyce, A., Tasca, G., MacNair-Semands, R., & Ogrodniczuk, J. (2011). Factor Structure and Validity of the Therapeutic Factors Inventory-Short Form. *Group Dynamics: Theory research and Practice*, 15(3), 201-219.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., & Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 694-700.
- Kavanagh, M., Beaucage, C., Cardinal, L., & Aubé, D., (2006). *La dépression majeure en première ligne : Les impacts cliniques des stratégies d'intervention. Une revue de la littérature*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, et Institut national de santé publique du Québec, 109 pages.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J., (1993). A longitudinal twin study of 1-year prevalence of major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 843-852.

- Kennedy, S. H., Lam, R. W., Parikh, S. V., Patten, S. P., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the treatment of management of major depressive disorder in adults IV. Neurostimulation therapies. *Journal of Affective disorders*, 117, S44–S53.
- Kessler, R. C., (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kiesler, D. J. (1995). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm: Revisited. *Psychotherapy Research*, 5(2), 91-101.
- Lalonde P., Aubut J., & Grunberg F., (1999). *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale* (3<sup>e</sup> éd.), Tome I (832 pages). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Lambert, M. J. (1986). Implication of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436-462). New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1992). Implication of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 436-462). New York: Basic.
- Lambert, M. J., & Olges, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- Larivière, N., (2010). *Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Qc.
- Larivière, N., David, P., Bisson, J., Fortier, L., Melançon, L., Baril, M-C., & Cournoyer, J. (2006). *Clients' perspective on clinical outcomes and services offered in a psychiatric day hospital program for adults and seniors*. Document inédit, Montréal, Québec : Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Larivière, N., Melançon, L., Fortier, L., David, P., Cournoyer, J., Baril, M.-C., & Bisson, J. (2009). A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-179.
- Lecomte, C., & Lecomte, T. (1999). Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 19-38.

- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lesage, A., (1996). Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 79-96.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral therapy and treatment of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds), *Handbook of depression*. (pp. 352-375). New York: Guilford Press.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., & Tyrer, P. (2001). Day hospital versus outpatient care for patients with psychiatric disorders. *Health Technology Assessment*, 5(21), 49-75.
- Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & De Risio, S. (2004). Day Hospital Treatment for Mood Disorders. *Psychiatric services* 55(4), 436-438.
- McEwan, K., & Goldner, E. M., (2001). *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale, Trousse d'évaluation*. Ottawa, Canada : Agence de la santé publique du Canada.
- Miller, T. W. (1993). Effects of an intensive self-esteem building therapeutic model on adolescent in psychiatric treatment. *Child psychiatry and human development*, 21(2), 135-143.
- Miller, D. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2001). *Pour en finir avec Babel : À la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. New York: Norton.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2004). Beyond Integration: the Triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy in Australia*. 10(2), 2-19.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 22.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'Action en santé mentale/La force des liens*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Mirabel-Saron, C. (1995). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.



- Mirabel-Sarron, C., (2011). Thérapies comportementales et cognitives et troubles de l'humeur. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 595-605.
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., & Frampton, C. M. (2010). Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 219-225.
- Newman, M., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Erickson T. M. (2006). Participants factors in the treatment of anxiety disorders. In L. E. Beutler & L. G. Castonguay (Eds), *Empirically supported principles of therapeutic change: Integrating common and specific therapeutic factors across major psychological disorders* (pp. 121-154). New York: Oxford University Press.
- Nienhuis, F. J., Giel, R., Kluiters, H., Riiphan, M., & Wiersma, D. (1994). Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244, 73-80.
- Olges, B. M., Lambert, M. J., & Sawyer, J. D. (1995). The clinical significance of the National Institute of Mental Health collaborative depression study data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 321-326.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *L'état de santé du monde : nouvelle étude de la charge mondiale de morbidité*. Note d'information aux médias. Genève.
- Passerieux, C., & Hardy-Baylé, M-C. (2004). *La guérison des états dépressifs*. Paris : éd. Doin.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.
- Persons, J. B., Tompkins, M. A., & Davidson, J. (2000). *Cognitive-behavior therapy for depression: Individualized case formulation and treatment planning* [Videotape]. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelletier, M-F., Lafleur, M., Malenfant, N., & Brassard-Lapointe, M-L. (2008). *Traduction autorisée du STICSA (2008)*. Service de psychologie, Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- Pettit, J. W., Averill, P. M., Wassef, A. A., Gruber, N. P., & Schneider, L. (2005). Ratings of early major depressive disorder symptom change during a brief psychiatric hospitalization. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 33-48.



- Piper, W. E., Rosie, J. S., Joyce, A., & Azim, H. F. A. (1996). *Time-limited day treatment for personality disorders: Integration of research and practice in a group program*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2006). *British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249.
- Rafanelli, C., Fava, G. A., & Sonino, N. (2007). Sequential treatment of depression in primary care. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 1719-1729.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 313-332.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Pinard, J.-L., & Guay, L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : changer de perspective*. Québec : Presses de l'Université du Québec. p.287.
- Rosenbluth, M., MacQueen, G., McIntyre, S. R., Beaulieu, S., & Schaffer, A. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Annals of clinical psychiatry*, 24(1), 56-68.
- Russel, V., Mai, F., Busby, K., Atwood, D., Davis, M., & Brown, M. (1996) Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 629-637.
- Schene, A. H. (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(4), 303-309.
- Schreer, H. (1988). Therapeutic factors in psychiatric day hospital treatment. *International Journal of Partial Hospitalization*, 5(4), 307-319.
- Serero, M., & Gagnon, J. (2000). *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*. Québec, Canada : Association des hôpitaux du Québec.
- Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., & Druss, B. (1996). Day hospital/Crisis respite care versus inpatient care, part I: Clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1065-1073.
- Sledge, W. H., Tebes, J., Wolff, N., & Helminiak, T. W. (1996). Day hospital/Crisis respite care versus inpatient care, part II: Service utilization and costs. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1074-1083.

- Speer, D. C. (1992). Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 402-408.
- Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, Canada. Consulté le 11 janvier 2012, au <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11265-fra.htm>
- Statistique HDJ. (2011). *Compilation statistique annuelle*. Document inédit, Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur, Institut universitaire en santé mentale de Québec, QC.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factors and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273-290.
- Strauss, A. L., & Corbin, J., (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures of developing grounded theory* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tingley, R. C., Lambert, M. L., Burlingame, G. M., & Hansen, N. B. (1996). Assessing clinical significance: Proposed extensions to the method. *Psychotherapy research*, 6, 109-123.
- Vittengl J. R., Clark L. A., Dunn T. W., & Jarrett R. B., (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-88.
- Wampold, B. E., (2001). *The great psychotherapy debate: Models, method and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds). *Evidence-base practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weiss, K., Dubin, J., & William R. (1982). Partial hospitalization: State of the art. *Hospital & Community Psychiatry*, 33(11), 923-928.

- Wise, A. E., (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59.
- Woody, S. R., & Ollendick, T. H. (2006). Technique factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 167–186). New York: Oxford University Press.
- Worster, A., & Haines, T., (2002). Medical record review studies: an overview. *Israeli Journal of Trauma, Intensive Care and Emergency Medicine*, 2(2), 21-6.
- Worster, A., & Haines, T., (2004). Advanced statistics: medical record review studies. *Academic Emergency Medicine*, 11(2), 187-192.

**Appendice A**  
Questionnaire des facteurs thérapeutiques

## Questionnaire pour identifier vos changements thérapeutiques

Dans le but de d'améliorer la qualité et l'efficacité des services offerts à l'Hôpital de jour des troubles de l'humeur (HDJ), nous souhaitons connaître ce qui vous a aidé dans votre processus de changement.

La psychothérapie se définit comme étant un traitement psychologique pour un trouble mental ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique. Il a pour but de favoriser chez la personne des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. (Adapté de la définition de la psychothérapie libellée par la loi 21)

Pour compléter ce questionnaire, veuillez répondre à toutes les questions suivantes. Pour certaines questions, vous devez encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Pour d'autres, vous devez écrire votre opinion. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Ce qui est essentiel, c'est votre opinion.

- 1- Votre suivi à l'hôpital de jour étant complété, à combien estimez-vous votre santé mentale actuellement?

0-----1-----2-----3-----4-----5

Mauvaise Bonne Excellente

- 2- À la première semaine de votre psychothérapie, à combien était votre santé mentale?

0-----1-----2-----3-----4-----5

Mauvaise Bonne Excellente

- 3- Votre suivi à l'hôpital de jour étant complété, jusqu'à quel point considérez-vous avoir atteint vos objectifs?

0-----1-----2-----3-----4-----5

Aucunement Moyennement Totalement

4- À quoi attribuez-vous la modification de votre état de santé mentale?

---

---

---

---

---

---

---

5- a) Observez-vous des changements dans votre fonctionnement quotidien?  
Si oui, lesquels?

---

---

---

---

b) Est-ce que d'autres personnes ont aussi remarqué ces changements?

---

---

---

6- a) Dans votre processus de changement, avez-vous rencontré des obstacles dans l'atteinte de vos objectifs?

Oui ☐

Non ☐

b) Si oui, lesquels?

---

---

---

7- La durée de votre suivi a-t-elle été adéquate? Veuillez justifier votre réponse.

---

---

---

8- Vous trouverez ci-dessous différents facteurs qui ont pu contribuer à l'atteinte de vos objectifs. **Pour chacun des énoncés**, veuillez évaluer l'importance qu'ils ont eue pour l'atteinte de vos objectifs, en encerclant le chiffre de 1 à 5 qui correspond le mieux à votre opinion selon l'échelle suivante :

Niveau d'importance :

1	2	3	4	5
<b>Aucunement</b> important	<b>Faiblement</b> important	<b>Moyennement</b> important	<b>Assez</b> important	<b>Très</b> important

### Relation thérapeutique et qualités du thérapeute

### Importance

J'avais un lien de confiance avec ma personne ressource.	1	2	3	4	5
L'attitude positive de la part de ma personne ressource.	1	2	3	4	5
Mon intervenant était empathique envers moi.	1	2	3	4	5
Mon intervenant avait les compétences requises.	1	2	3	4	5
Je sentais que je faisais équipe avec mon intervenant pour atteindre mes objectifs de traitement.	1	2	3	4	5
J'avais un lien de confiance avec ma psychiatre.	1	2	3	4	5

### Méthode thérapeutique

### Importance

Établir et comprendre la relation entre mes pensées, mes émotions, mes comportements et l'environnement m'a aidé.	1	2	3	4	5
Identifier mes objectifs à l'aide du plan d'intervention.	1	2	3	4	5
Apprendre à bien gérer mes émotions.	1	2	3	4	5
Apprendre à m'affirmer.	1	2	3	4	5
Apprendre à résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5
Apprendre à me relaxer.	1	2	3	4	5
Apprendre à mieux me connaître m'a aidé.	1	2	3	4	5
La structure quotidienne et intensive de la thérapie.	1	2	3	4	5
Mieux comprendre mon diagnostic.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
<b>Aucunement</b> important	<b>Faiblement</b> important	<b>Moyennement</b> important	<b>Assez</b> important	<b>Très</b> important

La médication prescrite.	1	2	3	4	5
Le soutien et le partage vécus dans les groupes.	1	2	3	4	5
Planifier des objectifs à faire entre les rencontres.	1	2	3	4	5

### **Caractéristiques personnelles**

### **Importance**

J'étais motivé au changement	1	2	3	4	5
J'étais optimiste et j'avais espoir de me rétablir.	1	2	3	4	5
J'avais confiance en moi.	1	2	3	4	5
Mes attentes étaient réalistes.	1	2	3	4	5
Je me suis impliqué dans ma thérapie.	1	2	3	4	5
J'ai eu un soutien familial et social adéquat.	1	2	3	4	5

9- Avez-vous des suggestions pour améliorer les services offerts à l'Hôpital de jour?

---



---



---



---



---



---

Merci d'avoir complété ce questionnaire!



**Appendice B**  
**BDI-II**



Date: \_\_\_\_\_

année / mois / jour

Nom \_\_\_\_\_ Situation de famille \_\_\_\_\_ ☐ marié(e) ☐ vivant en union libre  
☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)  
☐ séparé(e) ☐ célibataire

Âge \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ ☐ M ☐ F Profession \_\_\_\_\_ Niveau d'études \_\_\_\_\_

**Consigne :** Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

**1 Tristesse**

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

**2 Pessimisme**

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

**3 Échecs dans le passé**

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

**4 Perte de plaisir**

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.

**5 Sentiments de culpabilité**

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

**6 Sentiment d'être puni(e)**

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

**7 Sentiments négatifs envers soi-même**

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

**8 Attitude critique envers soi**

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

**9 Pensées ou désirs de suicide**

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Sous-total, page 1

Verso

PEARSON

Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par ACS Pearson, Inc. et Pearson Canada Assessment, Inc. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'écriture par ordinateur ou de réimpression de l'ordinateur, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Caliers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8477.  
ISBN-10 : 0-7747-5231-9 / ISBN-13 : 978-0-7747-5231-2

PsychCorp

**10 Pleurs**

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

**11 Agitation**

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

**12 Perte d'intérêt**

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

**13 Indécision**

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

**14 Dévalorisation**

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

**15 Perte d'énergie**

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

**16 Modifications dans les habitudes de sommeil**

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

**17 Irritabilité**

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

**18 Modifications de l'appétit**

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

**19 Difficulté à se concentrer**

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

**20 Fatigue**

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

**21 Perte d'intérêt pour le sexe**

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.  
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le  
présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en  
violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

\_\_\_\_\_ Sous-total, page 2

\_\_\_\_\_ Sous-total, page 1

\_\_\_\_\_ Score total

**Appendice C**  
State – Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety  
(STICSA)

## STATE – TRAIT INVENTORY FOR COGNITIVE AND SOMATIC ANXIETY (STICSA)

Melissa J. Ree, Davina French, Colin MacLeod & Vance Locke (2008)

### Votre humeur en ce moment

#### Consignes

Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés qui peuvent être utilisés pour décrire comment les gens se sentent. Au côté de chaque énoncé se trouvent quatre numéros qui indiquent le degré avec lequel chaque énoncé permet de décrire votre humeur **en ce moment** (p. ex., 1 = *Pas du tout*, 4 = *Beaucoup*). Veuillez lire soigneusement chaque énoncé et encerclez le numéro qui correspond le mieux à comment vous vous sentez maintenant, **en ce moment précis**, même si ce n'est pas comment vous vous sentez habituellement.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Mon cœur bat rapidement	1	2	3	4
2. Mes muscles sont tendus	1	2	3	4
3. Je me sens angoissé par mes problèmes	1	2	3	4
4. Je pense que les autres ne m'accepteront pas	1	2	3	4
5. Je crois que je manque des occasions parce que je prends trop de temps à me décider	1	2	3	4
6. Je me sens étourdi	1	2	3	4
7. Je sens des faiblesses dans mes muscles	1	2	3	4
8. Je me sens tremblotant et chancelant	1	2	3	4
9. J'imagine un malheur futur	1	2	3	4
10. Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées	1	2	3	4
11. J'ai du mal à me rappeler certaines choses	1	2	3	4
12. Je sens que la chaleur me monte au visage	1	2	3	4
13. Je crois que le pire va arriver	1	2	3	4
14. Je sens que mes bras et mes jambes sont engourdis	1	2	3	4
15. J'ai la gorge sèche	1	2	3	4
16. Je me tiens occupé pour éviter d'avoir des pensées désagréables	1	2	3	4
17. Je ne peux me concentrer sans être dérangé par des pensées non pertinentes	1	2	3	4
18. Ma respiration est rapide et superficielle	1	2	3	4
19. Je m'inquiète de ne pas pouvoir contrôler mes pensées aussi bien que je le voudrais	1	2	3	4
20. J'ai des papillons dans l'estomac	1	2	3	4
21. J'ai les mains moites	1	2	3	4

**Appendice D**  
État de santé mentale

## INDICATEURS DE QUALITÉ

NOM : \_\_\_\_\_

DOSSIER # : \_\_\_\_\_

### ENCERCLEZ SELON LA PERCEPTION DE LEUR SANTÉ MENTALE

1 = mauvaise      5 = bonne      10 = excellente

À L'ARRIVÉE

DATE :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 = mauvaise      5 = bonne      10 = excellente

À LA SORTIE

DATE :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Suivi en psychiatrie à l'arrivée :      oui \_\_\_\_\_      non \_\_\_\_\_

Retourné en première ligne :      oui \_\_\_\_\_      non \_\_\_\_\_

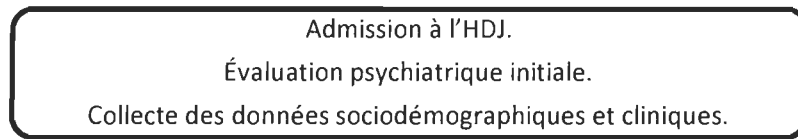
### ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT (EGF)

CLASSIFICATION EGF	À L'ENTRÉE	À LA SORTIE
91 - 100		
81 - 90		
71 - 80		
61 - 70		
51 - 60		
41 - 50		
31 - 40		
21 - 30		
11 - 20		
1 - 10		
0		

### **Appendice E**

Schéma des différents moments de prises de mesure à l'HDJ





Semaine 1  
Évaluation de l'état de santé mentale (perception du patient).  
Passation du BDI-II et du STICSA

Semaine 2  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 3  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 4  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 5  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 6  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 7  
Passation du BDI-II et du STICSA.

Semaine 8  
Passation du BDI-II et du STICSA. Réévaluation de l'état de santé mentale et complétion du Questionnaire facteurs thérapeutiques.