

Université de Sherbrooke

Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour
psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux

par

Nadine Larivière, erg. (c), M.Sc., candidate au doctorat,
Programme des sciences cliniques,
Faculté de Médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Thèse présentée à la Faculté de Médecine et des sciences de la santé en vue de
l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques

Dépôt final
26 janvier 2010

Directeurs de recherche
Johanne Desrosiers, Ph.D., erg. (c), Directrice de la thèse
Programme des sciences cliniques

Michel Tousignant, Ph.D., pht., Co-directeur de la thèse
Programme des sciences cliniques

Richard Boyer, Ph.D., Co-directeur de la thèse
Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Évaluateur externe au programme
Catherine Briand, Ph.D., erg. (c),
École de Réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Évaluateur externe à l'université
Henriette Bilodeau, Ph.D.,
Département d'organisation et ressources humaines,
École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-62828-7
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-62828-7

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

RÉSUMÉ

Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux

Nadine Larivière, Johanne Desrosiers, Michel Tousignant et Richard Boyer

Problématique. Les hôpitaux de jour psychiatriques sont parmi les types de services intensifs et ambulatoires en santé mentale qui connaissent un essor significatif mais dont on ne connaît pas clairement les effets. **Objectifs.** L'objectif général de la présente étude visait à comparer les effets d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées à ceux de l'hospitalisation, sur les symptômes, la participation sociale, l'estime de soi, de même que la satisfaction face aux services, la consommation de services sociosanitaires et leurs coûts associés. **Méthodologie.** L'hôpital de jour psychiatrique évalué était celui de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Un dispositif quasi expérimental a été utilisé. Le groupe expérimental était composé des usagers de l'hôpital de jour ciblé. Le groupe de comparaison incluait des personnes qui ont consulté l'urgence psychiatrique du même établissement, qui ont été hospitalisées et qui étaient cliniquement comparables au groupe expérimental. Les deux groupes ont été divisés selon leur catégorie diagnostique principale : troubles psychotiques; troubles de l'humeur et anxieux; troubles de la personnalité du groupe B. En plus des caractéristiques sociodémographiques, les variables cliniques et fonctionnelles évaluées étaient la symptomatologie, l'estime de soi et la participation sociale. Dans les deux groupes, les données ont été colligées à trois moments: T1: première semaine suivant le début de l'intervention index (hôpital de jour, hospitalisation); T2: entre cinq et huit semaines plus tard et T3: six mois suivant le T2. Un questionnaire sur la satisfaction face aux services fut administré à T2. Afin de comprendre plus en profondeur l'impact de l'hôpital de jour dans le temps, des entrevues individuelles ont été réalisées à T3 avec 18 participants du groupe expérimental. Par ailleurs, concernant le volet économique, une analyse de la consommation des services sociosanitaires dans les six mois précédant et suivant les deux interventions index et les coûts associés à ces services a été effectuée. **Résultats.** Entre les T1 et T2, le degré d'amélioration était significativement plus important dans le groupe hôpital de jour en ce qui concerne la gravité des symptômes, l'estime de soi, la réalisation et la satisfaction de la participation sociale. Entre les T2 et T3, aucune différence dans le degré de changement entre les deux groupes n'a été trouvée. Les participants de l'hôpital de jour étaient significativement plus satisfaits de plusieurs dimensions des services reçus. Lorsque les trois clientèles cliniques traitées à l'hôpital de jour ont été comparées, le degré d'amélioration durant le suivi à l'hôpital de jour était significativement moins important chez les personnes avec des troubles psychotiques que dans les deux autres groupes par rapport à la gravité des symptômes, la détresse et l'estime de soi. À la suite du congé, le degré de changement était comparable entre les trois groupes. Sur le plan qualitatif, au T3, les participants aux entretiens ont exprimé que l'expérience à l'hôpital de jour a été particulièrement aidante pour améliorer les symptômes et la relation à soi et a permis d'amorcer un processus de transformation personnelle qui s'est poursuivi par la suite. La terminaison a créé chez plusieurs participants un vide abrupte. Les enjeux durant les premiers six mois après le congé sont la continuité de soins, le soutien social et la mise en pratique des apprentissages faits à l'hôpital de jour. Les analyses de consommation de services ont démontré qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes six mois avant l'intervention index. Six mois suivant le congé des interventions index, le nombre de personnes réhospitalisées était

significativement plus élevé dans le groupe hospitalisation. La comparaison des coûts totaux moyens des services consommés six mois avant et six mois après l'intervention index a démontré une réduction de coûts de 38 % pour le groupe hôpital de jour et de 7 % pour le groupe hospitalisation. Conclusions. Les résultats de cette étude suggèrent que l'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation efficace cliniquement et économiquement pour des personnes adultes et âgées présentant divers troubles mentaux aigus. Malgré le fait que la très grande majorité des participants de l'hôpital de jour consomment des services de santé mentale après leur suivi, selon l'expérience décrite par les participants, la transition vers les services en externe est difficile pour plusieurs et devrait faire partie de réflexions futures dans l'organisation des services des hôpitaux de jour psychiatriques.

MOTS-CLÉS : Hôpital de jour psychiatrique; évaluation de programmes; analyse des effets; analyse de consommation et coûts des services sociosanitaires; troubles mentaux aigus

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	vii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	4
3. RECENSION DES ÉCRITS.....	10
3.1 <i>Historique des hôpitaux de jour psychiatriques.....</i>	11
3.2 <i>Modèle théorique des hôpitaux de jour psychiatriques.....</i>	13
3.3 <i>Modèle clinique des hôpitaux de jour psychiatriques.....</i>	15
3.4 <i>Études sur l'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques.....</i>	19
3.4.1 Évaluations des effets cliniques: Hôpital de jour versus hospitalisation.....	19
3.4.1.1 État mental et fonctionnement social.....	22
3.4.1.2 Fardeau pour les familles.....	23
3.4.1.3 Qualité de vie.....	23
3.4.1.4 Satisfaction face à l'hôpital de jour et ingrédients thérapeutiques.....	23
3.4.2 Évaluations des effets cliniques : Hôpital de jour versus suivi externe.....	25
3.4.3 Évaluations économiques.....	29
3.4.4 Qui bénéficie le plus d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique?.....	32
3.4.5 Hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées.....	33
3.5 <i>Conclusion de la recension des écrits.....</i>	36
4. OBJECTIFS GÉNÉRAUX, SPÉCIFIQUES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	38
4.1 <i>Premier volet : Analyse des effets.....</i>	38
4.2 <i>Second volet : Analyse de la consommation des services sociosanitaires.....</i>	39
5. MÉTHODOLOGIE.....	42

5.1	<i>Cadre théorique et définitions des analyses ciblées</i>	42
5.2	<i>Analyse des effets</i>	44
5.2.1	Dispositif de recherche.....	44
5.2.2	Population et participants.....	45
5.2.3	Échantillonnage.....	48
5.2.4	Recrutement des participants.....	49
5.2.5	Taille d'échantillon.....	50
5.2.6	Services évalués.....	51
5.2.6.1	Hôpital de jour.....	51
5.2.6.2	Hospitalisation.....	55
5.2.7	Variables et instruments de mesure.....	56
5.2.8	Collecte de données.....	65
5.2.9	Analyses pour l'évaluation des effets.....	66
5.3	<i>Analyse de la consommation des services sociosanitaires</i>	68
5.3.1	Consommation des services sociosanitaires de santé mentale six mois précédant et suivant l'intervention index.....	68
5.3.2	Analyse de coûts des services consommés.....	69
5.3.3	Analyses statistiques.....	70
5.4	<i>Considérations éthiques</i>	71
6.	RÉSULTATS	72
6.1	<i>Article 1 : Impact of a psychiatric day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation and self-esteem</i>	73
6.2	<i>Article 2 : Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison between three clinical groups</i>	102
6.3	<i>Article 3 : Revisiting the day hospital experience six months after discharge: How was the transition and what have clients retained?</i>	128
6.4	<i>Article 4 : Trajectory of utilization of mental health services and cost analysis of clients treated in a psychiatric day hospital compared to hospitalization</i>	159
7.	RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	179
7.1	<i>Trajectoire de soins des trois clientèles suivies à l'hôpital de jour</i>	179
7.2	<i>Perceptions des participants sur l'hospitalisation et l'urgence psychiatrique</i>	183
7.3	<i>Données clinico-administratives sur l'hôpital de jour et l'hospitalisation</i>	186
8.	DISCUSSION GÉNÉRALE	188
9.	CONCLUSION	201
	RÉFÉRENCES	205

ANNEXES.....	226
Annexe A : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF).....	227
Annexe B : Symptom-Checklist Revised 90-R.....	229
Annexe C : Symptom Checklist Analogue.....	231
Annexe D : La Mesure des habitudes de vie.....	232
Annexe E : Échelle de l'estime de soi.....	239
Annexe F : Verona Service Satisfaction Scale-EU.....	240
Annexe G : Guide d'entrevue.....	246
Annexe H : Calendrier quotidien sur les services sociosanitaires consommés.....	249
Annexe I : Approbation du comité d'éthique à la recherche.....	250
Annexe J : Formulaire de consentement	251
Annexe K : Données descriptives économiques des participants dans le groupe hôpital de jour et des personnes hospitalisées.....	262
Annexe L : Article sur analyses secondaires : Exploring social participation of people with cluster B personality disorders.....	267

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.3.1 Distinctions entre différents programmes psychiatriques « de jour ».....	17
Tableau 3.3.2 Avantages et désavantages des hôpitaux de jour psychiatriques par rapport à l'hospitalisation et le suivi intensif dans le milieu.....	21
Tableau 3.4.1.4 Facteurs thérapeutiques des hôpitaux de jour psychiatriques.....	26
Tableau 5.2.5 Distribution des sujets attendus.....	51
Tableau 5.2.6 Cibles thérapeutiques principales des différentes équipes de l'hôpital de jour.....	54
Tableau 5.2.8 Collecte de données.....	67
Table 6.1.1 Sociodemographic and clinical characteristics of the day hospital (<i>n</i> = 40) and hospitalized group (<i>n</i> = 13).....	85
Table 6.1.2 Comparison of the clinical evolution in the two groups (T1-T2).....	86
Table 6.1.3 Comparison of the clinical evolution in the two groups (T2-T3).....	88
Table 6.1.4 Comparison of satisfaction with services between the two groups.....	90
Table 6.2.1 Profile of the day hospital participants per group (<i>n</i> = 60).....	113
Table 6.2.2. Description of primary diagnoses and comorbid conditions in the three groups.....	114
Table 6.2.3 Comparison of the changes in the three groups between T1 and T2 (<i>n</i> = 60).....	116
Table 6.2.4 Comparison of the changes in the three groups between T2 and T3 (<i>n</i> = 47).....	118
Table 6.3.1 Sociodemographic and clinical characteristics of the participants six months after day hospital discharge (<i>n</i> = 18).....	137
Table 6.3.2 Definitions of therapeutic factors associated to group therapy.....	143
Table 6.4.1 Sources of mean costs.....	168
Table 6.4.2 Sociodemographic and clinical characteristics of the day hospital (<i>n</i> = 40) and hospitalized group (<i>n</i> = 13).....	170

Table 6.4.3 Comparison of service use before and after index day hospital treatment and hospitalization.....	171
Table 6.4.4 Cost analysis of services used before and after index day hospital treatment and hospitalization.....	173
Tableau 7.1.1 Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble psychotique.....	180
Tableau 7.1.2 Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux.....	181
Table 7.1.3 Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble de la personnalité du cluster B.....	182
Tableau 7.2.1 Synthèse des commentaires des participants de l'hôpital de jour (n = 60) et hospitalisés (n = 13) sur l'hospitalisation et l'urgence psychiatrique.....	184
Tableau 7.3.1.a) Durée du suivi de l'épisode index hôpital de jour et hospitalisation.....	186
Tableau 7.3.1.b) Référénts et motifs de consultation sur l'épisode index hôpital de jour par groupe diagnostique.....	187

LISTE DES FIGURES

Figure 5.2.6.1 Arbre décisionnel concernant l'orientation d'un usager vers une
des six équipes de l'hôpital de jour..... 53

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ACT	Assertive Community Treatment
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual-4 ^e version
EGF	Échelle d'évaluation globale du fonctionnement
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
MHAVIE	Mesure des habitudes de vie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SCL-90-R	Symptom Checklist Revised
VSSS-EU	Verona Service Satisfaction Scale

1. INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, en santé mentale adulte et gériatrique, une importante réflexion sur le développement de services alternatifs à l'hospitalisation a été amorcée. D'une part, puisque l'hospitalisation est un service sociosanitaire coûteux, cette réflexion visait la réduction des coûts des soins et des services en santé. D'autre part, plusieurs ont souligné que l'hospitalisation pouvait avoir des effets négatifs, tels que la stigmatisation, la régression et la dépendance au système hospitalier. Ainsi, les services alternatifs devraient être plus près du milieu de vie de la personne (Casarino, Wilner, et Maxey, 1982; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996; Neal, 1986; Pang, 1985; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996). Dans ce mouvement, les hôpitaux de jour psychiatriques sont parmi les types de services intensifs et ambulatoires qui ont connu un développement notable. Toutefois, on connaît peu leurs retombées cliniques et économiques et ce, particulièrement au Québec et au Canada. L'objectif général de cette thèse est de comparer les impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec trois types de troubles mentaux aigus, à ceux de l'hospitalisation.

Ce qui a amené la doctorante à s'intéresser à ce sujet est le fait qu'elle fut ergothérapeute-clinicienne dans un hôpital de jour psychiatrique pendant plusieurs années. L'efficacité de ce service ne faisait pas l'unanimité dans l'établissement et l'équipe clinique et les gestionnaires souhaitaient évaluer l'efficacité de l'hôpital de jour. Un premier projet évaluatif fut effectué dans ce site de 1997 à 2003. Les buts de cette démarche visaient à la fois à documenter l'évolution clinique de la clientèle traitée et la satisfaction face aux services reçus, mais également d'instaurer la mesure de résultats dans la pratique quotidienne des intervenants et des psychiatres. Cette

démarche a mené à la publication d'un article portant sur l'analyse de contenu de 104 questionnaires descriptifs évaluant la satisfaction des usagers face à l'hôpital de jour (Larivière et al., 2009). Ce projet a suscité l'intérêt dans l'équipe et chez la doctorante de poursuivre l'évaluation de l'efficacité de cet hôpital de jour, puisque le modèle clinique organisé en clientèles homogènes avait été peu évalué dans les études antérieures. Il a également apporté des pistes de réflexion et a généré des questions structurant un second projet, qui fut le point de départ de l'étude de la doctorante dans la présente thèse. Par exemple, les intervenants et les gestionnaires se questionnaient sur les apprentissages retenus et intégrés dans le temps et dans la vie des usagers après le congé de l'hôpital de jour. Cet aspect n'avait pas été examiné dans les études antérieures.

La présente thèse est divisée comme suit. Le chapitre 2 situe la problématique sur les hôpitaux de jour psychiatriques. Le chapitre 3 est consacré à la recension des écrits et couvre l'historique des hôpitaux de jour psychiatriques, les modèles théoriques et cliniques de ce type de service et les études d'efficacité clinique et économique des hôpitaux de jour psychiatriques pour personnes adultes et âgées. Le chapitre 4 décrit les objectifs et les hypothèses de la présente étude, suivi d'un chapitre sur la méthodologie générale. Le chapitre 6 comprend quatre articles qui décrivent les résultats des différents volets de l'étude. Le premier article compare les effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour à ceux de l'hospitalisation, de même que la satisfaction face aux services reçus. Le second compare l'évolution clinique et fonctionnelle de trois clientèles cliniques traitées en hôpital de jour, soit des personnes avec des troubles psychotiques, des personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux et des personnes avec des troubles de la personnalité du groupe B. Le troisième article explore l'impact plus en

profondeur d'un suivi en hôpital de jour dans la vie des usagers, six mois après le congé. Enfin, le quatrième article compare les effets économiques d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique avec ceux de l'hospitalisation. Le chapitre 7 inclut des résultats complémentaires qui ne font pas partie des articles précédemment cités. Plus spécifiquement, on y retrouve la trajectoire de soins des trois clientèles principales suivies à l'hôpital de jour (six mois avant et après l'hôpital de jour), des impressions des participants sur deux services de santé mentale : l'urgence et l'hospitalisation et des données descriptives clinico-administratives. Le chapitre 8 discute des résultats de l'ensemble des volets de l'étude et des forces et des limites de la présente recherche, propose des pistes de réflexion pour les cliniciens, gestionnaires et chercheurs en santé mentale et suggère des avenues de recherche future. Enfin, le chapitre 9 boucle cette recherche avec des conclusions finales. La thèse est ensuite complétée par différents annexes, dont les instruments de mesure utilisés dans l'étude, les documents reliés à l'éthique, les changements dans le temps par rapport à des coûts pour les participants (ex. services sociosanitaires en privé, médicaments, achats compulsifs) et un article découlant d'analyses secondaires de la présente étude qui est actuellement sous presse à la revue *Occupational Therapy in Mental Health*.

2. PROBLÉMATIQUE

Les troubles mentaux génèrent beaucoup de souffrance et de dysfonctionnement pour les individus, leurs familles et la société (Breton, Bilodeau, et Boyer, 2001; Organisation Mondiale de la Santé, 2001). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001) rapporte que 450 millions de personnes à travers le monde vivent avec un trouble mental. Aussi, selon les estimations de l'OMS (2001), quatre des dix premières causes d'incapacités chez les hommes et les femmes, tout âge confondu, sont des troubles mentaux. Plus précisément, on retrouve la dépression majeure au premier rang, l'alcoolisme au cinquième rang, la schizophrénie au septième rang et le trouble bipolaire au neuvième rang. Santé Canada (2002) mentionne que 20% des Canadiens seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie. En 1993, on a estimé que le coût des maladies mentales au Canada se chiffrait à plus de sept milliards de dollars (Santé Canada, 2002).

Une maladie mentale est caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur et du comportement (OMS, 2001; Santé Canada, 2002). Lorsqu'une personne présente des troubles mentaux en phase aiguë, la symptomatologie de la pathologie est active, les habiletés d'adaptation habituelles pour gérer des stressors ne suffisent plus et la personne peut ressentir une importante détresse. Plus précisément, il peut y avoir une exacerbation d'hallucinations et de délires, la présence de tristesse importante, des idées suicidaires, des attaques de panique récurrentes ou une anxiété importante. Sur le plan fonctionnel, la manifestation de ces symptômes et la détresse associée peuvent se traduire par une diminution du fonctionnement social, incluant par exemple, l'isolement, l'arrêt de travail, la cessation d'activités de loisirs ou des échecs académiques. L'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et domestique peut

également être altérée, par exemple, négliger ses soins personnels et l'entretien de son domicile. Enfin, il est possible que la personne vive des changements importants au niveau du sommeil, de l'appétit et de l'énergie (Santé Canada, 2002; OMS, 2001).

L'entourage est également touché par la maladie mentale d'un proche. La charge est à la fois financière et émotionnelle. Le comportement perturbé de la personne malade, le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale sont des sources de stress importantes pour les proches-aidants (OMS, 2001). Outre l'hospitalisation, qui est traditionnellement le type de service privilégié pour les personnes en décompensation aiguë, plusieurs alternatives se sont développées au cours des dernières décennies, telles que les hôpitaux de jour, les centres de crise et le suivi intensif dans le milieu. Ces services proposent des interventions et des durées de prise en charge différentes. Dans ce contexte, il est important de bien préciser en quoi consiste un hôpital de jour psychiatrique.

Selon le Task Force on Partial Hospitalization (1980), un hôpital de jour psychiatrique est un programme de traitement ambulatoire qui offre des services d'évaluation diagnostique et des interventions thérapeutiques médicales, psychiatriques, psychosociales et prévocationnelles adaptées pour des personnes présentant des troubles mentaux aigus. Un hôpital de jour psychiatrique requiert des services multidisciplinaires, coordonnés et intensifs non disponibles en cliniques externes. Ce type de service vise aussi à éviter les hospitalisations ou réduire leur durée. Cette définition peut s'appliquer à des programmes de jour, de soir et/ou de fin de semaine. En plus de ces fonctions, d'autres chercheurs ont ajouté la réadaptation pour des personnes avec des troubles mentaux graves et persistants (Hoge, Farrell, Strauss, et Posner, 1987; Klar, Frances, et Clarkin, 1982; Mbaya, Creed, et Tomenson, 1998;

Schene et Gersons, 1986; Schene, van Lieshout, et Mastboom, 1988), la réinsertion sociale et la préparation de l'orientation plus définitive des services externes et communautaires que l'utilisateur aura besoin (Donnelly, 1985; Hoge et al., 1987).

De plus, les caractéristiques propres aux hôpitaux de jour sont l'intensité du suivi (en général, trois-cinq jours/semaine, au moins trois heures/jour), la durée limitée (un-quatre mois) et les visées thérapeutiques de stabilisation de l'état de santé mentale (Hoge, Davidson et al., 1992; Direction de la Santé Mentale, 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996; Pang, 1985; Serero et Gagnon, 2000) et d'amélioration du fonctionnement dans les différents domaines de la vie (Boisvert et al., 2005; Larivière et al., 2009; Serero et Gagnon, 2000).

Plusieurs études se sont penchées sur la mesure d'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques en comparaison à l'hospitalisation. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponse claire (Marshall et al., 2001). Les résultats de deux méta-analyses (Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione, et Frank, 2001; Marshall et al., 2001) et de deux essais cliniques randomisés multisites récents (Kallert et al., 2007; Priebe et al., 2006) sur l'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques ont démontré que l'amélioration par rapport à la psychopathologie, le fonctionnement social et la satisfaction face aux services ne fait pas consensus. Les résultats sont non-concluants en ce qui concerne le fardeau face aux familles et la qualité de vie. Horvitz-Lennon et coll. (2001), Marshall et coll. (2001) et Priebe et coll. (2006) ont obtenu des taux de réhospitalisations comparables entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation mais ne font pas consensus sur les coûts de ces deux services. En conclusion, ces chercheurs s'entendent pour dire que les hôpitaux de jour sont une alternative à l'hospitalisation et présentent des avantages sur le plan de l'efficacité clinique.

Horvitz-Lennon et coll. (2001) ont identifié d'importantes limites méthodologiques aux études examinées publiées entre 1957 et 1997, telles que des petits échantillons, des taux d'exclusion élevés, des choix d'instruments non-validés, des groupes non comparables, des évaluations non réalisées à l'insu et des analyses statistiques inappropriées. Par ailleurs, ils notent une description limitée des programmes, ce qui rend l'interprétation des résultats plus difficile à faire. Lorsque l'on regarde les variables retenues pour évaluer l'efficacité clinique des hôpitaux de jour psychiatriques, on note que plusieurs dimensions de la participation sociale, qui incluent les activités courantes (ex.: manger, s'habiller, se déplacer et entretenir la maison) et les rôles sociaux (ex.: relations interpersonnelles, loisirs, travail, études), ont été peu considérées. Aucune étude n'a regardé la satisfaction face à la réalisation d'un ensemble complet d'activités courantes et de rôles sociaux, même si cet aspect est directement lié aux objectifs d'intervention des hôpitaux de jour psychiatriques. De plus, l'estime de soi, composante intimement liée à plusieurs troubles mentaux (Krabbendam et al., 2002; Lecomte et al., 1997; Rosenberg, 1985; Sadock et Sadock, 2003; Shahar et Davidson, 2003; Silverstone, 1991; Torrey, Mueser, McHugo, et Drake, 2000) et traitée en hôpital de jour (Boisvert et al., 2005; Larivière et al., 2009; Serero et Gagnon, 2000) n'a jamais été mesurée.

Par ailleurs, la satisfaction des usagers face aux hôpitaux de jour psychiatriques est un autre volet qui a souvent été évalué jusqu'à maintenant de façon sommaire en s'attardant peu aux aspects à améliorer. Quelques études ont exploré les ingrédients thérapeutiques de ce type de service de santé mentale (Hoge, Farrell, Munchel, et Strauss, 1988; Howes, Haworth, Reynolds, et Kavanaugh, 1997; Hsu, Ridley, et Hinde, 1983; Karterud et Pedersen, 2004; Larivière et al., 2009; Russell et Busby, 1991;

Russell et al., 1996; Schreer, 1988). Plusieurs faiblesses méthodologiques dans ces études ont été soulevées, telles que l'usage d'instruments non-validés. Aucune étude n'a exploré l'impact plus en profondeur et à plus long-terme de ce type de suivi dans la vie des usagers. Par ailleurs, la clientèle vieillissante présentant des troubles mentaux aigus a généralement été exclue des études sur les hôpitaux de jour psychiatriques sauf dans deux études, qui ont inclus un petit pourcentage de personnes âgées de plus de 50 ans (Dick, Cameron, Cohen, Barlow, et Ince, 1985; Nienhuis, Giel, Kluiters, Rüphan, et Wiersma, 1994). Il a pourtant été documenté que la clientèle âgée est traitée dans les hôpitaux de jour psychiatriques (Ashaye, Livingston, et Orrell, 2003; Bobrove, Carner, Simon, Gabriel, et Altshuler, 1983; Canuto et al., 2008; Plotkin et Wells, 1993; Schwartz, 2004; Simon et Carner, 1987; Wagner, 1991).

Enfin, Horvitz-Lennon et coll. (2001) et Schene (2004) ont suggéré d'explorer davantage les clientèles qui bénéficient le plus de ce type de service car, jusqu'à présent, la tendance a été de comparer des clientèles cliniques mixtes. Actuellement, dans le système de santé mentale, la tendance est d'organiser les programmes et les services en regroupant les clientèles de façon homogène sur le plan diagnostique (Schene, 2004).

Au Québec, dans une étude descriptive visant à dresser le portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte, Serero et Gagnon (2000) concluent que, d'après leurs données descriptives recueillies, les hôpitaux de jour offrent un traitement pertinent. Toutefois, ils soulèvent qu'aucune étude évaluative sur les hôpitaux de jour existe actuellement au Québec. Ainsi, ils recommandent la mise en place d'évaluations des hôpitaux de jour pour confirmer sa mission et vérifier « l'efficacité des bénéfices pour la clientèle ainsi que le degré de satisfaction des familles, des intervenants et des gestionnaires » (p. 42).

Compte tenu de ces informations et des recommandations de Serero et Gagnon (2000), l'objectif général de la présente étude visait à comparer les effets d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées regroupées en clientèles cliniques homogènes à ceux de l'hospitalisation, sur les symptômes, la réalisation et la satisfaction face à la participation sociale, l'estime de soi, de même que la satisfaction face aux services, la consommation de services sociosanitaires de santé mentale et leurs coûts associés.

3. RECENSION DES ÉCRITS

Plusieurs stratégies de recherche ont été utilisées pour repérer les écrits pertinents à la présente étude. En premier lieu, trois bases informatiques ont été consultées : MEDLINE, CINAHL, PSYCHINFO, avec les mots-clés suivants : *partial hospitalization, day hospital, day treatment, et psychiatric*, à partir de 1980. Aussi, d'autres références ont été retracées à partir des listes bibliographiques des articles lus. Enfin, le recueil mensuel des tables des matières des revues scientifiques disponibles à la bibliothèque du personnel de l'hôpital Louis-H. Lafontaine a été consulté. Des articles clés précédant 1980 ont aussi été retenus. Les thèmes recensés englobent les études cliniques et économiques sur les hôpitaux de jour psychiatriques offrant des services pour des personnes adultes et âgées.

Ce chapitre débute par un bref historique des hôpitaux de jour psychiatriques. Puis, le modèle théorique des hôpitaux de jour psychiatriques est décrit, suivi du modèle clinique. Par la suite, une synthèse des études sur l'efficacité clinique et économique des hôpitaux de jour psychiatriques est présentée. Plus spécifiquement, les hôpitaux de jour sont d'abord comparés à l'hospitalisation, puis aux cliniques externes. Les caractéristiques des clientèles participant aux traitements des hôpitaux de jour sont ensuite examinées pour vérifier s'il y a un profil d'utilisateurs qui pourraient bénéficier davantage de ce type de service de santé mentale. Enfin, ce chapitre se termine par une recension sur l'état des connaissances concernant les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées.

3.1 Historique des hôpitaux de jour psychiatriques

Les hôpitaux de jour psychiatriques sont un type de service en santé mentale qui existe depuis les années 1930 et qui a connu une popularité fluctuante. Depuis leur début, ils ont été créés dans des contextes où la préoccupation première était la création d'alternatives à l'hospitalisation pour des raisons économiques et humaines (Casarino et al., 1982; Pang, 1985). La reconfiguration des services visait d'une part la réduction des coûts des soins et services en santé, l'hospitalisation étant la plus coûteuse, et d'autre part, offrir des services plus près du milieu de vie de la personne dans un contexte moins stigmatisant et moins favorable à la dépendance et à la régression (Casarino et al., 1982; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996; Neal, 1986; Pang, 1985; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996). Dès 1946, les hôpitaux de jour représentaient un exemple de service reflétant le changement de paradigmes dans le monde médical vers des modèles biopsychosociaux (Pang, 1985). On les voit prendre une ampleur marquée au cours des années 1950 à 1970 dans plusieurs pays industrialisés, dont les États-Unis, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et l'Allemagne (Casarino et al., 1982; Schene et Gersons, 1986).

À partir des années 1960, les hôpitaux de jour psychiatriques ne sont plus uniquement développés par des individus qui croient à leurs bienfaits mais font partie des politiques de santé mentale gouvernementales et reçoivent donc du financement public (Casarino et al., 1982). Ils connaissent à partir des années 1980 une croissance mondiale sauf aux États-Unis où l'on rapporte plutôt un déclin (Marshall et al., 2001). Plusieurs facteurs ont été émis comme hypothèses pour expliquer cette décroissance, tels que la description insuffisante des programmes dans les écrits publiés (Herz, Ferman, et Cohen, 1985), la confusion dans les appellations de ce type de service

(Hoge, Davidson, Hill, Turner, et Ameli, 1992; Rosie, 1987), ainsi que la méconnaissance des professionnels référents et des compagnies d'assurance sur les hôpitaux de jour (Azim, 2001; Donnelly, 1985; Herz et al., 1985; Hoge et al., 1992; Leibenluft et Leibenluft, 1988). La conviction de plusieurs psychiatres que le traitement de personnes présentant des troubles mentaux aigus devrait se faire dans une unité de soins avec une surveillance continue (Donnelly, 1985; Herz et al., 1985; Leibenluft et Leibenluft, 1988; Parker et Knoll, 1990) et l'émergence d'autres alternatives à l'hospitalisation comme les programmes de traitement communautaire *Assertive Community Treatment* (ACT) (Hoge et al., 1992; Marshall et al., 2001) peuvent également expliquer ce déclin.

Au Canada, on connaît malheureusement peu leur histoire récente. Le premier hôpital de jour moderne connu a ouvert ses portes en 1946 à Montréal, à l'Institut Allen Memorial à la suite d'une initiative du célèbre Dr Ewen Cameron (Goldman, 1989). En Ontario, depuis 1980, sous l'Ontario Mental Health Act, les services d'hôpitaux de jour sont identifiés comme des services essentiels dans tous les hôpitaux généraux qui ont des départements de psychiatrie (Russell et al., 1996). Au Québec, les hôpitaux de jour ont connu une lente croissance jusqu'en 1996. À ce moment, le Vérificateur général du Québec conclut que malgré la politique de santé mentale de 1989, qui visait à organiser des services de santé mentale favorisant l'intégration sociale des personnes, l'hospitalisation demeure un moyen d'intervention principal. À la suite de cette publication, le ministère de la Santé et des Services Sociaux a amorcé une transformation des services de santé mentale et dans ce contexte, les hôpitaux de jour psychiatriques ont connu un essor significatif (Serero et Gagnon, 2000).

3.2 Modèle théorique des hôpitaux de jour psychiatriques

Selon Casarino et coll. (1982), l'inspiration théorique des hôpitaux de jour psychiatriques se base sur les concepts de «communauté thérapeutique» ou «thérapie de milieu» décrits par Jones, Main et Bion dans les années 1950. Ces psychiatres ont transféré leurs observations des expériences des vétérans aux unités de soins psychiatriques, qu'ils ont appelé cliniques de réadaptation sociale (Azim, 2001). Les quatre piliers de cette approche sont :

1. La démocratie : pas de relation hiérarchique entre les professionnels ni entre le personnel et les usagers;
2. La permissivité : tolérance dans l'expression des émotions, des pensées et des actions considérées déviantes selon les standards de la société;
3. La confrontation avec la réalité : partage de rétroaction et questionnements des usagers;
4. La communauté : usagers et intervenants.

Dans cette approche, l'environnement thérapeutique est organisé pour reproduire l'environnement de la vie quotidienne des participants, avec des activités structurées formelles et du temps libre, non structuré et informel (Giroux Bruce et Borg, 2002). La communauté correspond à un agent de changement continu et un contexte à l'intérieur duquel une série de groupes spécifiques peuvent avoir lieu. L'emphase des interventions est mise sur les relations de la personne avec les autres membres du groupe, avec les thérapeutes et par extension les relations interpersonnelles dans la vie de la personne dans sa vie familiale, sociale et vocationnelle. Les messages véhiculés aux participants sont l'encouragement progressif à participer activement dans le traitement, se dévoiler, reprendre des responsabilités et oser risquer. Le milieu thérapeutique fait la promotion

de l'acceptation, du soutien, de la clarification, de la validation, de la confrontation et de la résolution de problèmes. Les forces et les qualités des individus sont soulevées et renforcées. Un travail de prise de conscience des comportements mésadaptés et d'attentes irréalistes est favorisé. Cette communauté thérapeutique agit comme laboratoire sécuritaire pour que les personnes puissent apprendre, expérimenter et mettre en pratique ces nouvelles prises de conscience et ces nouvelles avenues de comportements, d'attitudes et d'habiletés sur une base quotidienne qu'elles pourront généraliser dans leurs environnements où elles participent et vivent (Casarino et al., 1982).

Les hôpitaux de jour psychiatriques doivent se consacrer à au moins quatre domaines de dysfonctions: psychologique, interpersonnel, rôle social principal et vocationnel. Pour atteindre ces objectifs, les composantes peuvent inclure un ou plusieurs types d'interventions et une variété d'outils et de techniques, comme par exemple la psychothérapie de groupe, la thérapie individuelle, la pharmacothérapie, les méthodes projectives et expressives, le développement d'habiletés nécessaires aux activités de la vie quotidienne, domestique et productive, des visites à domicile, la thérapie conjugale et familiale et/ou des activités récréatives. Ces modalités sont adaptées aux besoins cliniques des clientèles reçues (Casarino et al., 1982; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1996). L'étude de Serero et Gagnon (2000) confirme cette intégration de diverses modalités thérapeutiques alliant plusieurs approches (par exemple, psychoéducatives, cognitive-comportementale, humaniste) dans les hôpitaux de jour psychiatriques québécois.

La place des hôpitaux de jour dans l'organisation des services psychiatriques demeure controversée et ambiguë. En 2004, Burns a soulevé la

question qui semble faire débat au Royaume-Uni : est-ce un service faisant partie de la psychiatrie communautaire ou de la psychiatrie institutionnelle ? Burns (2004) et Marshall (2003) soulignent que les hôpitaux de jour ont été les victimes du succès des programmes de psychiatrie communautaire comme les équipes de santé mentale communautaires, les programmes ACT et les programmes d'intervention intensive à domicile implantées dans les années 1980 surtout aux États-Unis et au Royaume-Uni. Marshall (2003) souligne que certains ont commencé à percevoir les hôpitaux de jour comme démodés, stigmatisants et coûteux. Néanmoins, il ne fait aucun doute pour Burns (2004) que les hôpitaux de jour psychiatriques ont stimulé la psychiatrie communautaire pour au moins deux décennies. En tenant compte de la réalité américaine, Hoge et coll. (1992) recommandent que dans des organisations où on ne retrouve pas de programmes ACT, les hôpitaux de jour psychiatriques peuvent procurer la seule option de traitement ambulatoire pour des personnes avec des troubles mentaux aigus. Dans les organisations avec des programmes ACT, mais sans programme de réadaptation flexible avec diverses options de traitement, les hôpitaux de jour psychiatriques pourraient compléter le suivi ACT en offrant un environnement thérapeutique structuré et soutenu temporaire.

3.3 Modèle clinique des hôpitaux de jour psychiatriques

Il est important de préciser la définition des hôpitaux de jour car plusieurs auteurs ont fait le constat que la terminologie sémantique de même que les objectifs, les activités offertes et les résultats autour des hôpitaux de jour est confuse. Les appellations *partial hospitalization*, *day hospital*, *day treatment*, et *day care* sont souvent interchangeables (Casarino et al., 1982; Rosie, 1987; Rosie et al., 1995; Russell et

al., 1996; Vaughan, 1985). Dans les milieux cliniques et les documents gouvernementaux québécois, des distinctions semblent surtout avoir été faites entre les centres de jour et les hôpitaux de jour (Direction de la Santé Mentale, 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996). Une distinction détaillée de ces programmes est fournie dans le Tableau 3.3.1.

Selon Rosie et coll. (1995), les hôpitaux de jour psychiatriques ont pour mandats d'offrir:

- 1) Des services d'évaluation diagnostique et de traitement auprès d'usagers présentant des troubles mentaux aigus qui autrement seraient hospitalisés;
- 2) Un traitement aux usagers en transition entre l'hospitalisation et un suivi en externe;
- 3) Un traitement intensif ou de réadaptation à des usagers qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés mais qui bénéficieraient d'un suivi plus intensif que ce qui est possible d'offrir en cliniques externes;
- 4) Des services visant le maintien ou la réadaptation d'usagers avec des troubles mentaux sévères et persistants.

Les référents à ce service permettent aussi de voir à quels types de mandats répondent les hôpitaux de jour psychiatriques dans la réalité clinique. Dans l'étude canadienne de Russell et coll. (1996) comprenant 91 usagers, 68 % (n = 62) ont été référés à l'hôpital de jour pour offrir une transition interne-externe; 17 % (n = 16) comme alternative à l'hospitalisation; 8 % (n = 7) pour une évaluation exhaustive et 7 % (n = 6) pour d'autres raisons (non précisées par les auteurs).

Tableau 3.3.1

Distinctions entre différents programmes psychiatriques « de jour »

Day hospitals/Partial hospitalization/Intensive care model (Hôpitaux de jour) (Casarino et al., 1982; Hoge et al., 1992; Klar et al., 1982; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996; Pang, 1985; Rosie, 1987; Schene 2001; Schene, 2004; Serero et Gagnon, 2000)	Day treatment/rehabilitation model (Fonction actuellement remplie par certains hôpitaux de jour et/ou centres de jour, selon l'organisation des services dans le pays) (Hoge et al., 1992; Klar et al., 1982; Pang, 1985; Rosie, 1987; Schene 2001)	Day care/Day centres/chronic care model (Centres de jour) (Hoge et al., 1992; Klar et al., 1982; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996; Pang, 1985; Rosie, 1987; Schene 2001)
<ul style="list-style-type: none"> • « CURE » • Évaluation diagnostique • Traitement actif incluant la médication et une variété d'interventions d'autres professionnels sur les plans psychologiques, vocationnels et sociaux • Clientèle avec symptomatologie telle que ce suivi peut éviter l'hospitalisation • Offrir un service transitionnel entre l'hospitalisation et le retour en externe dans la communauté • Visées thérapeutiques: 1) stabilisation de l'état de santé mentale et 2) amélioration du fonctionnement global de la personne; • Admission rapide: 48-72 heures ou liste d'attente plus longue • Intensité du suivi: trois à cinq jours par semaine, au moins trois heures par jour; • Durée typique pour une clientèle adulte: 4-8 semaines • Durée typique pour les personnes âgées: trop peu d'écrits pour se faire une idée précise mais à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine: entre 8 et 12 semaines; Wagner (1991): 3-4 mois • Nombre d'heures de traitement recommandé pour les personnes avec un trouble de la personnalité limite : 10-12 heures/semaine (Karterud et Wilberg, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternative aux services en cliniques externes pour des usagers avec des incapacités sévères dans leur fonctionnement social ou vocationnel • Objectifs: 1) diminution des symptômes et 2) amélioration du fonctionnement • Durée de suivi typique pour une clientèle adulte: entre trois et 12 mois • Exemples de programmes de ce type: 1) Bateman et Fonagy (1999, 2001) avec des personnes avec des troubles de la personnalité: approche psychanalytique (États-Unis); 2) Piper et coll. (1993) pour une clientèle avec des troubles anxiodépressifs et interface à l'axe II: approche psychodynamique (Canada) 	<ul style="list-style-type: none"> • « CARE » • Modèles très variés • Clientèle visée: 1) si ce service n'était pas disponible, ces usagers seraient pris en charge par le milieu institutionnel ou détérioreraient dans la communauté; 2) usagers qui ont besoin d'interventions sur une base régulière mais qui ne peuvent tolérer un programme plus actif; 4) état mental stabilisé; 5) trouble sévère et persistant (il se peut toutefois que certains centres de jour acceptent des usagers avec des problèmes transitoires); 5) peu de motivation; 6) incapacités importantes • Objectifs: « développer ou maintenir le potentiel personnel de chacun tout en favorisant la réinsertion sociale à l'aide d'activités de croissance et de soutien et d'activités artistiques et récréatives » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, p. 19) • Approche de traitement soutenante, centrée sur le concret, maintien dans la communauté • Peuvent inclure des services médicaux sur place ou non, peuvent être affiliés à un centre hospitalier ou non • Durée de suivi typique: un an et plus

Dans une étude allemande de Seidler et coll. (2006), recensant 173 hôpitaux de jour, 37 % affirment que leur emphase première est d'offrir un traitement psychothérapeutique intensif, 33 % se disent être une alternative avec une emphase sur l'intervention de crise et 30 % poursuivent des objectifs de réadaptation avec des patients présentant des pathologies chroniques. Serero et Gagnon (2000) rapportent dans leur étude de 28 hôpitaux de jour psychiatriques québécois (n = 3 254 usagers), que 37,1 % des références provenait des unités d'hospitalisation, 29,9 % de l'urgence, 25,8 % des cliniques externes, 3,4 % de cabinets privés de médecins, 1,9 % de CLSC, 0,2 % de centres de crise et 0,1 % d'organismes communautaires. Dans la présente étude, 38,3% des références à l'hôpital de jour de l'hôpital Louis-H. Lafontaine étaient de l'urgence, 23,3 % des cliniques externes et spécialisées, 20,0 % du module d'évaluation-liaison, 13,3 % des unités d'hospitalisation et 5,0 % des médecins omnipraticiens (n = 60) (Tableau 7.3.1 b).

Le ratio professionnel/patient suggéré par Casarino et coll. (1982) est de 1 : 4 pour les programmes visant le premier mandat; 1 : 6 pour les deuxièmes et troisièmes mandats et 1 : 8 pour le quatrième mandat. Les services qui remplissent les troisièmes et quatrièmes mandats semblent très variables selon les pays en fonction des services disponibles dans la communauté. Toutefois, on pourrait rattacher le 3^e mandat aux programmes de type *day treatment* et le 4^e mandat aux centres de jour (Schene, 2001).

Selon les résultats de deux méta-analyses (Horvitz-Lennon, Normand, Graccione et Frank, 2001; Marshall et al., 2001), de 18 à 39 % des usagers présentant des troubles mentaux aigus pourraient être traités en hôpital de jour. Les critères d'exclusion à un hôpital de jour les plus fréquents sont d'être trop dangereux pour soi ou autrui, présenter un trouble cognitif ou un comportement antisocial.

Les hôpitaux de jour psychiatriques présentent plusieurs avantages et certaines limites par rapport à l'hospitalisation (Davidson, Tebes, Rakfeldt, et Sledge, 1996; Hoge, Farrell, Munchel, et Strauss, 1988; Neal, 1986; Pang, 1985; Tantam, 1985) et au suivi intensif dans le milieu (Marshall, 2003). Ils sont résumés dans le tableau 3.3.2.

3.4 Études sur l'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques

La présente section examine les études sur l'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques et est divisée en cinq sous-sections. La première compare les effets cliniques et fonctionnels entre les hôpitaux de jour psychiatriques et l'hospitalisation. La seconde compare les effets cliniques et fonctionnels des hôpitaux de jour psychiatriques et les cliniques externes. La troisième sous-section est consacrée aux études sur l'efficacité économique des hôpitaux de jour psychiatriques. La quatrième décrit l'état des connaissances sur les caractéristiques des personnes qui pourraient bénéficier davantage d'un suivi en hôpital de jour. Enfin, la dernière partie porte sur les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées.

3.4.1 Évaluations des effets cliniques : Hôpital de jour versus hospitalisation

En 2001, deux méta-analyses sur les hôpitaux de jour ont été publiées (Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2001). Dans les deux cas, le manque de consensus dans les études antérieures a motivé les chercheurs à effectuer cette démarche. Les deux équipes de chercheurs ont ciblé des études comparant les hôpitaux de jour à l'hospitalisation pour des personnes âgées entre 18 et 65 ans, présentant des troubles mentaux aigus, excluant les personnes avec des troubles mentaux d'origine organique

ou des problèmes de consommation à l'avant-plan. Marshall et coll. (2001) n'ont sélectionné que les essais cliniques randomisés des 40 dernières années (n = 9).

La méta-analyse d'Horvitz-Lennon et coll. (2001), quant à elle, a inclus des études utilisant tout type de dispositif et a remonté plus loin dans le passé (n = 18). Horvitz-Lennon et coll. (2001) ont fait une analyse de la qualité des 18 études, ciblant la validité interne et externe, la qualité des méthodes d'évaluation et des analyses statistiques. Toutefois, un seul chercheur a complété cette évaluation de la qualité des études à l'aide d'une grille-maison. Treize études sur dix-huit (72,2 %) ont reçu une cote de passable à pauvre. La validité des études était compromise en raison du manque de comparabilité entre les groupes, des évaluations non réalisées à l'insu, un taux élevé d'attrition et une généralisation limitée en raison d'un haut taux d'exclusion (56 %). Aussi, ils ont relevé que très souvent, des informations clés manquaient dans les écrits, comme par exemple la description des services offerts aux unités d'hospitalisation et dans les hôpitaux de jour. Douze études sur 18 ont fourni une description des deux types de services et dans huit études, l'hospitalisation et l'hôpital de jour offraient des services similaires. Par ailleurs, ils ont souligné que le fonctionnement social, la psychopathologie et la satisfaction ont souvent été évalués avec des instruments de mesure non-validés.

Depuis la publication des deux méta-analyses, deux essais cliniques randomisés européens ont été publiés, comparant les hôpitaux de jour à l'hospitalisation (Kallert et al., 2007; Priebe et al., 2006). À nouveau, dans les deux cas, la description des services manque de clarté et de précision. Cette limite est d'ailleurs soulignée par Kallert et coll. (2007). Aussi, la clientèle évaluée est hétérogène et les personnes âgées sont exclues. Toutefois, la méthodologie est rigoureuse dans les deux études.

Tableau 3.3.2

Avantages et désavantages des hôpitaux de jour psychiatriques par rapport à l'hospitalisation et le suivi intensif dans le milieu

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le client peut demeurer chez lui avec ses proches. Ceci peut améliorer l'estime de soi car le client peut continuer à assumer des activités de la vie quotidienne et domestique et des rôles sociaux (ex. conjoint(e), parent); ▪ Le fait de devoir continuer à assumer des responsabilités peut promouvoir une meilleure autonomie et une moins grande régression; ▪ Particulièrement pour les patients hospitalisés, le suivi transitionnel à l'hôpital de jour peut envoyer le message à la famille que le client n'est pas complètement prêt à reprendre toutes ses responsabilités au domicile et au travail et tempérer les attentes de l'environnement social du client; ▪ Plus d'opportunités (que lorsqu'hospitalisé) pour mettre en pratique dans la vie quotidienne ce qui est appris à l'hôpital de jour (ex. affirmation de soi, démarches dans la communauté); ▪ Moins de stigmatisation associée à ce type de traitement qu'à l'hospitalisation; ▪ Plus de flexibilité que l'hospitalisation; ▪ L'emphase thérapeutique mise sur le développement d'habiletés adaptées, les comportements et les compétences requises pour une participation efficace dans sa vie familiale et communautaire; ▪ Moins de chance de développer une dépendance au milieu hospitalier (sauf si le suivi se prolonge); ▪ Bienfaits thérapeutiques associés à la thérapie de groupe (modalité privilégiée dans les hôpitaux de jour); ▪ Intensité du suivi et groupe de pairs: motivation à se lever le matin et donner une structure dans l'horaire occupationnel; ▪ Plus sécuritaire pour les thérapeutes qui peuvent gérer plusieurs patients en crise en même temps par rapport au fait qu'ils ne peuvent souvent pas se déplacer seul à domicile; ▪ Moins de perte de temps à se déplacer pour aller voir un patient à la fois à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas toujours de réseau social pour soutenir le client les soirs et fins de semaine; ▪ Le fait de rester à domicile peut amener la famille à avoir des attentes d'autonomie et de reprise des responsabilités hâtives; ▪ Les usagers peuvent résister à une implication active au traitement; ▪ Le transport peut être un obstacle à la participation; ▪ Certaines familles peuvent souhaiter une séparation avec le client; ▪ Certaines familles peuvent refuser une responsabilité supplémentaire associée à l'état de crise du client; ▪ Appréhensions et réticences face à la thérapie de groupe; ▪ La participation à un programme exigeant une implication à temps complet peut interférer avec le retour à l'emploi ou sur le marché du travail ou aux études; ▪ Suivi court-terme : peut-on vraiment apporter un changement significatif par rapport à des comportements mésadaptés de longue date et la structure de personnalité?

Le seul élément à souligner est le fait que l'on ne connaît pas les qualités métrologiques du questionnaire de satisfaction face aux services reçus utilisé par Kallert et coll. (2007). Les sous-sections suivantes (3.4.1.1 à 3.4.1.4) font la synthèse des effets cliniques et fonctionnels des hôpitaux de jour psychiatriques en comparaison avec l'hospitalisation sur : l'état mental, le fonctionnement social, le fardeau pour les familles, la qualité de vie et la satisfaction face aux services reçus.

3.4.1.1 État mental et fonctionnement social

En ce qui concerne l'état mental, Horvitz-Lennon et coll. (2001) ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux types de services à tous les temps de mesure et ce, jusqu'à 18 mois post congé. L'étude de Kallert et coll. (2007) va dans le même sens (1 117 participants). Toutefois, Priebe et coll. (2006) n'obtiennent pas les mêmes résultats lors d'une étude multisites réalisée auprès de 206 personnes. Dans leur étude, la psychopathologie des personnes suivies en hôpital de jour s'améliore davantage que chez les personnes hospitalisées durant le traitement ($p < 0,05$). Puis, aucune différence n'est obtenue entre les deux groupes jusqu'à 12 mois post congé. De leur côté, Marshall et coll. (2001) ont trouvé que l'état mental des personnes suivies à l'hôpital de jour s'améliorait plus rapidement que les personnes hospitalisées ($p < 0,01$).

Dans les deux méta-analyses, aucune différence significative n'est identifiée entre ces deux types de services sur le fonctionnement social des participants. Pour leur part, les résultats de Kallert et coll. (2007) ont démontré que les personnes suivies à l'hôpital de jour amélioreraient davantage leur fonctionnement social que les personnes hospitalisées.

3.4.1.2 Fardeau pour les familles

Une seule étude a mesuré le sentiment de fardeau des familles (Creed, Black, et al., 1990). Les résultats indiquaient aucune différence significative entre les deux types de services jusqu'à un an suivant l'admission.

3.4.1.3 Qualité de vie

La qualité de vie n'a été mesurée que dans les deux études plus récentes de Kallert et coll. (2007) et Priebe et coll. (2006). Les deux groupes de chercheurs ont utilisé le même questionnaire, qui mesure la satisfaction générale face à la vie et dans des domaines spécifiques, tels que l'emploi. Les deux études concluent à l'absence d'une différence significative entre les deux groupes par rapport à la qualité de vie perçue jusqu'à un an post congé.

3.4.1.4 Satisfaction face à l'hôpital de jour et ingrédients thérapeutiques

Selon les résultats des deux méta-analyses et de l'étude de Priebe et coll. (2006), les personnes suivies à l'hôpital de jour sont significativement plus satisfaites des services reçus que les personnes hospitalisées (Marshall et coll. : RR = 0,46, IC95 % : 0,27-0,79; Horvitz-Lennon et coll. : IC95 % : 0,96-2,16; Priebe et coll. : $p < 0,01$). Cette plus grande satisfaction persiste jusqu'à trois mois post congé ($p < 0,01$) (Priebe et al., 2006). De leur côté, Kallert et coll. (2007) n'ont pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes. Les études précédemment mentionnées ont seulement évalué la satisfaction globale face aux services et n'ont pas examiné la satisfaction face aux différentes composantes des services reçus.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur les facteurs qui contribuent à la satisfaction des usagers suivis en hôpital de jour (Hoge et al., 1988; Howes et al., 1997; Hsu et al., 1983; Karterud et Pedersen, 2004; Larivière et al., 2009; Russell et Busby,

1991; Russell et al., 1996; Schreer, 1988). Les recherches qui ont documenté les ingrédients aidants des hôpitaux de jour proviennent d'études descriptives (Howes et al., 1997; Karterud et Pedersen, 2004; Russell et Busby, 1991; Russell et al., 1996) ou qualitatives (Hsu et al., 1983; Hoge et al., 1988; Larivière et al., 2009; Schreer, 1988).

Les dimensions généralement explorées incluaient le type de modalités offertes, la relation thérapeutique et des questions générales sur des composantes plus ou moins bénéfiques (sans examiner en quoi cette composante est plus ou moins bénéfique). Sur le plan méthodologique, deux tendances se dégagent. La première est que les chercheurs ont utilisé des instruments non-validés (Karterud et Pedersen, 2004; Larivière et al., 2009; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996; Howes et al., 1997; Russell et Busby, 1991; Russell et al., 1996; Hsu et al., 1983). La deuxième tendance est qu'aucune description de l'instrument n'a été fournie (Dick et al., 1985; Dick et al., 1991; Schene, van Winjngaarden, Poelijoe, et Gersons, 1993; Kluiters et al., 1992).

D'autres faiblesses méthodologiques ont aussi été relevées. Dans les deux études de Russell et coll. (1991; 1996), un possible biais de sélection est observé car ces chercheurs n'ont pas comparé les caractéristiques des participants qui ont rempli les questionnaires et ceux qui ne l'ont pas fait ou fait partiellement. Aussi, ils n'ont considéré la satisfaction que par rapport aux modalités de groupe même s'il est mentionné dans l'article que l'hôpital de jour offre d'autres types d'interventions, comme des suivis individuels et des traitements pharmacologiques. Par ailleurs, dans l'article de Hsu et coll. (1983), aucune description de la procédure des analyses du contenu des entrevues n'est présentée.

Néanmoins, en résumé, les résultats des études précédentes suggèrent que les composantes des hôpitaux de jour qui semblent les plus aidantes et appréciées sont : 1)

le cadre de ce service, incluant l'horaire structuré, 2) les opportunités sociales (avec les autres usagers et les professionnels) qui permettent de briser l'isolement et d'offrir et de recevoir du soutien et 3) la promotion de l'autonomie et de la responsabilisation. Les modalités offertes, incluant les thérapies de groupe intégrant divers thèmes et approches, le suivi individuel, la thérapie familiale/conjugale et les médicaments, semblent globalement satisfaisants. L'étude de Larivière et coll. (2009), incluant 104 usagers avec diverses pathologies suivis dans un hôpital de jour psychiatrique, a permis d'identifier trois composantes moins satisfaisantes : 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 et 3) la difficulté à respecter les horaires des rendez-vous et des activités de groupe.

Le tableau 3.4.1.4 présente de façon plus détaillée des facteurs thérapeutiques par ordre de fréquence des hôpitaux de jour dégagés par Hoge et coll. (1988) et Schreer (1988), qui ont utilisé la même méthodologie, c'est-à-dire des entrevues semi-dirigées avec 20 cliniciens et 20 usagers effectuées au congé de l'hôpital de jour. Dans les deux études, les usagers présentaient diverses pathologies. Toutefois, ceux de l'étude de Hoge et coll. (1988) présentaient des incapacités plus graves et persistantes. En plus de ces facteurs, l'étude de Larivière et coll. (2009), tout comme celle de Schreer (1988), ont aussi identifié l'espoir et une vision plus optimiste de la vie comme un aspect que les usagers ont appris à travers leur passage dans un hôpital de jour psychiatrique.

3.4.2 Évaluations des effets cliniques : Hôpital de jour versus suivi externe

De façon générale, les hôpitaux de jour ont surtout été comparés à l'hospitalisation dans des études où les sujets étaient randomisés à partir de l'urgence.

Toutefois, deux essais cliniques randomisés ont comparé un hôpital de jour à des services en cliniques externes, dans un contexte où l'hôpital de jour servait de transition entre l'hospitalisation et le suivi externe (Dick et al., 1991; Glick et al., 1986).

Tableau 3.4.1.4

Facteurs thérapeutiques des hôpitaux de jour psychiatriques

Hoge et coll. (1988)	Schreer (1988)
1) la structure: donne une routine, une direction, un but	1) le contact interpersonnel
2) le contact interpersonnel: sentiment d'appartenance, compagnonnage pour briser la solitude et l'isolement	2) recevoir de la rétroaction sur ses comportements
3) le sentiment d'universalité: ne pas se sentir seul avec les problèmes	3) l'universalité
4) l'altruisme: s'entraider	4) la structure
5) le suivi pharmacologique	5) apprendre (sur sa maladie et des habiletés)
6) la catharsis: pouvoir exprimer ses émotions	6) les médicaments
7) apprendre: sur la maladie, des habiletés	7) mobilisation du soutien familial
8) recevoir de la rétroaction sur ses comportements	8) l'altruisme
9) pratique des apprentissages à la maison	9) liens avec la communauté
10) mobilisation du soutien familial	10) la catharsis
11) liens avec la communauté	11) pratique des apprentissages à la maison
12) promotion de l'autonomie des usagers	12) promotion de l'autonomie des usagers
13) sentiment de sécurité car observé de près	13) sentiment de sécurité car observé de près
14) compléter le suivi comme expérience de succès pour les usagers d'avoir réussi à mener à terme un projet dans lequel ils s'étaient engagés	

L'équipe de Glick et coll. (1986) a voulu vérifier le postulat qu'avec une durée d'hospitalisation réduite, les patients sont encore fragiles au congé et nécessitent une

transition intensive. En ce qui concerne les services offerts, les hôpitaux de jour des deux études se ressemblent, sauf la clientèle desservie. En effet, contrairement à Glick et coll. (1986), Dick et coll. (1991) ont exclu les personnes avec la schizophrénie. Les services externes diffèrent entre les deux études. Glick et coll. (1986) proposait un programme externe d'une durée de six à douze semaines incluant une rencontre de groupe/semaine d'une durée de deux heures, un suivi pharmacologique et des liens avec les référents. De leur côté, Dick et coll. (1991) ont offert un suivi externe beaucoup moins fréquent composé d'une rencontre/mois (en groupe ou en individuel non précisé) avec des conseils sur divers domaines de la vie et un suivi pharmacologique. Sur le plan clinique, les deux études ont évalué la symptomatologie, la gravité de la pathologie et le fonctionnement social. En plus de ces variables, Dick et coll. (1991) ont aussi mesuré l'adaptation (*coping*) et la satisfaction des usagers. Des biais de sélection potentiels ont été relevés dans les deux études, liés à une comparaison insuffisante entre les deux groupes ou entre les participants et les non-participants, une attrition très différente entre les deux groupes et l'exclusion d'usagers recevant généralement ce type de suivi. Les auteurs des deux études n'ont pas fait mention de la validité de leurs instruments de mesure.

Les résultats de Glick et coll. (1986) ont démontré une meilleure rétention des participants à l'hôpital de jour ($p < 0,01$) et une amélioration similaire des symptômes dans les deux groupes jusqu'à un an suivant l'admission. Les sujets dans le programme externe ont toutefois présenté un meilleur ajustement social au congé ($p < 0,03$). Puis, aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes n'est identifiée jusqu'à un an suivant l'admission. De leur côté, Dick et coll. (1991) obtiennent des résultats différents. Les participants suivis en hôpital de jour ont démontré une

amélioration plus importante par rapport aux symptômes ($p < 0,001$), à la socialisation ($p < 0,001$) et l'organisation du temps ($p < 0,001$), de même qu'un meilleur *coping* ($p < 0,001$) et une plus grande satisfaction ($p < 0,05$).

À notre connaissance, aucune étude a comparé les hôpitaux de jour psychiatriques et d'autres alternatives à l'hospitalisation, tels que les programmes ACT et les équipes de santé mentale communautaires. Au Canada, aucune étude expérimentale rigoureuse sur les hôpitaux de jour n'a été publiée jusqu'à maintenant. Deux études ont été recensées (Howes et al., 1997; Russell et al., 1996). Les deux études avaient des visées descriptives même si Russell et coll. (1996) ont tenté d'utiliser un groupe de comparaison rétrospectif composé de personnes hospitalisées, qui s'est toutefois avéré être différent du groupe de participants suivis à l'hôpital de jour. Une limite méthodologique principale affectant la validité interne des deux études est l'absence d'un groupe témoin. Dans les deux études, la psychopathologie a été mesurée avec des instruments bien établis sur le plan métrologique. Howes et coll. (1997) ont évalué le fonctionnement social mais avec des instruments-maison peu définis dans l'article et non-validés. Les résultats des deux études indiquent une diminution de la psychopathologie pendant le suivi ($p < 0,01$), un maintien des gains de trois à six mois post congé dans l'étude de Howes et coll. (valeur p non rapportée) et une poursuite de l'amélioration dans l'étude de Russell et coll. ($p < 0,001$). Toutefois, dans l'étude de Russell et coll. (1996), seulement 26,3 % des participants ont retourné par la poste les questionnaires à compléter au suivi de trois à six mois ($n = 42/160$). Un biais de sélection est donc possible.

En conclusion, les résultats demeurent divergents concernant l'efficacité clinique des hôpitaux de jour psychiatriques en comparaison avec l'hospitalisation et le suivi en clinique externe.

3.4.3 Évaluations économiques

De plus en plus d'évaluations économiques sont effectuées dans le cadre d'évaluations de programmes, de services ou de modalités thérapeutiques en santé mentale (Byford, McCrone, et Barrett, 2003). Dans les écrits sur les hôpitaux de jour psychiatriques, sept études (Creed et al., 1990; Creed et al., 1997; Dick et al., 1985; Glick et al., 1986; Priebe et al., 2006; Sledge, Tebes, Wolff et al., 1996; Wiersma et al., 1991) et une méta-analyse (Marshall et al., 2001) ont examiné des variables économiques pour documenter l'efficacité des hôpitaux de jour. Six études recensées sont des analyses de coûts et des évaluations de l'efficacité clinique telles que définies selon les critères de Drummond et coll. (1997), même si certaines laissaient sous-entendre dans leur titre une analyse coût-bénéfice (Wiersma et al., 1991) ou coût-efficacité (Creed et al., 1997). Seuls Priebe et coll. (2006) ont effectué une analyse coût-efficacité.

Dans leur méta-analyse comparant les hôpitaux de jour et l'hospitalisation, Marshall et al. (2001) ont examiné les réhospitalisations post suivi et les coûts directs pour l'établissement à partir des études décrites ci-haut. Les résultats suggèrent que le nombre de réhospitalisations entre les deux alternatives était similaire. Par ailleurs, un suivi à l'hôpital de jour réduirait les coûts de 20,9 % à 36,9 % par rapport à l'hospitalisation ($p < 0,01$) (coûts de l'intervention index et des services sociosanitaires consommés après celle-ci).

Depuis cette méta-analyse, Priebe et coll. (2006) n'ont pas mis en évidence des différences significatives dans le nombre de personnes réhospitalisées et la durée des hospitalisations entre les deux groupes jusqu'à un an post congé. Par ailleurs, leurs résultats suggèrent que l'hôpital de jour est plus efficace pour diminuer la symptomatologie mais plus coûteuse que l'hospitalisation ($p < 0,05$). On peut expliquer cette différence de coûts par le fait que 47 % des participants dans le groupe hôpital de jour ont été hospitalisés durant leur suivi à l'hôpital de jour et que leur médication était également plus coûteuse. Ils ont estimé que pour augmenter de 0,1 sur l'échelle de psychopathologie (petit effet standardisé de 0,2) dans le groupe hôpital de jour, il en coûte 2 234,88 \$ en coûts totaux (services hospitaliers, autres services dans la communauté et médication) et 714,00 \$ en coûts hospitaliers. En ce qui concerne les coûts des services sociosanitaires consommés trois mois avant l'intervention index, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes.

Outre les réhospitalisations, les études examinant la consommation de services sociosanitaires ont inclus différents types de services de santé mentale dans chaque étude. Il est donc difficile de faire un portrait clair de la trajectoire de soins post hôpital de jour. Par exemple, seuls Dick et coll. (1985) ont évalué le nombre de visites à l'urgence et seuls Sledge, Tebes, Wolff et coll. (1996) ont inclus les centres de crise. De plus, aucune étude n'a considéré une gamme plus complète des services de santé mentale possibles. Les services externes étaient limités aux visites dans un centre de santé mentale communautaire (Sledge, Tebes, Wolff et al., 1996), aux médecins omnipraticiens (Creed et al., 1997; Dick et al., 1985; Wiersma et al. 1991) et aux travailleurs sociaux (Creed et al., 1997). En somme, on peut dégager qu'à la suite d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique, entre 9 % et 37 % des sujets ont été

réhospitalisés, 9 % ont eu des visites à l'urgence, 13 % ont utilisé des centres de crise et 80 % ont reçu un suivi en externe dans un centre de santé mentale communautaire. De plus, selon Sledge, Tebes, Wolff et coll. (1996), il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'usage de centre de crise mais les personnes hospitalisées consommaient davantage les services de santé mentale externe que les personnes suivies en hôpital de jour ($p < 0,02$). Aucune différence n'a été trouvée entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre de visites à l'urgence (Dick et al., 1985).

Une seule étude économique a comparé les coûts entre un hôpital de jour psychiatrique et un suivi en clinique externe qui comprenait une rencontre de groupe/semaine, un suivi pharmacologique et des liens avec les référents (Glick et al., 1986). Les chercheurs ont estimé des coûts généraux et spécialisés (c'est-à-dire les salaires du personnel) sans toutefois détailler exactement comment ils ont été mesurés. Ils ont estimé globalement les coûts des deux services et ont conclu que le suivi externe moins intensif est dix fois plus rentable économiquement que l'hôpital de jour. Toutefois, les auteurs mentionnent que les usagers dans le suivi externe ont possiblement reçu un traitement comparable ou excédant le suivi en hôpital de jour et ils n'ont pas tenu compte des coûts des services dans la communauté consommés par les participants outre leur programme. Ainsi, les coûts totaux des services externes reçus par les sujets ont probablement été sous-estimés.

En conclusion, de façon générale, il n'y a pas de différence significative dans les réhospitalisations à la suite du suivi index entre les personnes traitées en hôpital de jour et hospitalisées. Par ailleurs, une grande proportion de participants suivis en hôpital de jour poursuivent leur prise en charge en externe en centre de santé mentale communautaire. Sur le plan économique, sauf pour l'étude de Priebe et coll. (2006),

l'hôpital de jour serait plus économique que l'hospitalisation mais moins économique que le suivi externe standard. En regard des coûts de consommation de services sociosanitaires (incluant le coût de l'épisode index) selon différents types de clientèles, les résultats de Sledge, Tebes, Wolff et coll. (1996) suggèrent que les coûts du groupe hôpital de jour représentent 88 % des coûts du groupe hospitalisation chez les personnes psychotiques et 63 % des coûts de l'hospitalisation chez les personnes avec des troubles affectifs. Dans l'étude de Wiersma et coll. (1991) incluant seulement des personnes avec la schizophrénie, les coûts de consommation de services sociosanitaires en externe étaient similaires entre les personnes suivies en hôpital de jour et hospitalisées.

3.4.4 Qui bénéficie le plus d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique?

Horvitz-Lennon et coll. (2001) affirment que cette question demeure à clarifier. Schene (2004) a noté que la majorité des clientèles dans les hôpitaux de jour psychiatriques étudiés antérieurement étaient cliniquement hétérogènes. Par ailleurs, une population importante qui reçoit ce type de services, c'est-à-dire les personnes âgées, a généralement été exclue des études sur les hôpitaux de jour psychiatriques.

Quelques études (Creed et al., 1990; Glick et al., 1986; Howes et al., 1997; Larivière et al., 2006; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996) ont examiné les issues cliniques des hôpitaux de jour psychiatriques chez différentes clientèles cliniques. Creed et coll. (1990) et Sledge, Tebes, Rakfeldt et coll. (1996) ont démontré l'absence de différence significative sur les issues cliniques entre les personnes présentant des symptômes psychotiques et affectifs/névrotiques suivies en hôpital de jour et hospitalisées. Dans leur comparaison entre des personnes avec des troubles psychotiques et affectifs suivies en hôpital de jour et dans un programme externe, Glick

et coll. (1986) ont obtenu des résultats similaires. De leur côté, Howes et coll. (1997), dans leur hôpital de jour pour personnes avec des troubles de l'humeur (n = 91), les personnes avec des troubles dépressifs et anxieux s'amélioraient de façon significative entre les pré et post tests, alors que ceux avec un trouble bipolaire demeuraient stables. Dans l'étude de Larivière et coll. (2006), incluant 617 usagers regroupés en six équipes cliniques divisées en fonction du diagnostic principal et de l'âge, une amélioration plus importante a été démontrée par rapport aux symptômes et fonctionnement global perçus par les usagers dans les équipes pour personnes avec des troubles affectifs et anxieux et des troubles de la personnalité par rapport aux équipes des troubles psychotiques et des personnes âgées ($p < 0,01$).

Finalement, trois études ont vérifié l'association entre les issues cliniques en hôpital de jour et des variables sociodémographiques (Howes et al., 1997; Larivière et coll., 2006; Marshall et al., 2001). Howes et coll. (1997) et Larivière et coll. (2006) n'ont pas trouvé de différence significative entre le sexe et les issues cliniques. De leur côté, Marshall et coll. (2001) ont démontré que même si le sexe et l'âge n'avaient pas d'effet sur les changements sur l'état mental, ces variables ont une influence significative sur le fonctionnement social. Plus une personne vieillit, plus son fonctionnement social s'améliorera ($p = 0,005$). Aussi, le fonctionnement social des femmes s'améliore plus que celui des hommes ($p = 0,001$).

3.4.5 Hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées

Selon divers auteurs provenant surtout de la Grande-Bretagne (Beats, Trimble et Levy, 1993; Fasey, 1994; Howard, 1994), les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées avec des troubles mentaux existent depuis plusieurs décennies.

Toutefois, les écrits scientifiques sur ce type de programme pour cette clientèle sont très peu nombreux. Rosenvinge (1994) a suggéré que les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées présentant des troubles organiques et fonctionnels pourraient répondre aux besoins suivants : 1) évaluation et traitement de troubles fonctionnels aigus; 2) traitement de maintien pour des usagers à haut risque de rechutes et de pertes d'autonomie ou vulnérables; 3) poursuite du traitement pour des usagers hospitalisés et ayant reçu leur congé; 4) évaluation et traitement d'usagers présentant des troubles cognitifs/démences; et 5) soutien à long-terme pour des personnes avec des troubles cognitifs/démences graves. L'utilisation des hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées semble créer un débat dans les écrits plus récents avec des clans se positionnant en faveur et d'autres en défaveur. La principale critique concerne surtout les coûts onéreux des hôpitaux de jour reliés, entre autres aux coûts des professionnels de la santé spécialisés qui y travaillent et qui, selon certains, seraient sous-utilisés (Fasey, 1994; Howard, 1994). Aussi, la pertinence de ce type de service pour des personnes présentant des troubles cognitifs/démences est questionnée (Fasey, 1994). Un consensus se dégage sur le manque d'études comparatives/expérimentales afin de pouvoir se prononcer plus clairement sur l'utilité des hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées (Beats et al., 1993; Fasey, 1994; Howard, 1994).

Les articles recensés sur les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées incluent surtout des descriptions de programmes (Bobrove, Carner, Simon, Gabriel, et Altshuler, 1983; Schwartz, 2004; Simon, et Carner, 1987; Wagner, 1991) et trois études (Plotkin et Wells, 1993; Ashaye, Livingston et Orrell, 2003; Canuto et al., 2008). L'étude pré-expérimentale rétrospective de Plotkin et Wells (1993), avec un groupe pré-post, visait à générer des hypothèses pour des recherches futures, comparer

les changements pré-post au niveau des symptômes et du fonctionnement quotidien, et examiner des prédicteurs de changements favorables. Les résultats ont démontré que sur une période de trois mois de suivi, 57 % des usagers s'amélioraient cliniquement, 30 % demeuraient stables et 13 % se détérioraient (n = 100). Les prédicteurs de changements favorables incluaient le niveau fonctionnel, le réseau social et l'assiduité au programme.

L'étude d'Ashaye, Livingston et Orrell (2003) visait à évaluer si les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées identifiaient et s'intéressaient aux besoins des usagers. Afin de répondre à cette question, les chercheurs ont réalisé un essai clinique randomisé où deux procédures d'évaluation des besoins étaient comparées. Dans le groupe expérimental, un psychiatre administrait trois instruments évaluant les variables cliniques suivantes : symptômes, problèmes sociaux, comportements, niveau de dépendance et les besoins des usagers. Il préparait un rapport qu'il envoyait par la suite aux membres du personnel. Dans le groupe témoin, la procédure habituelle était utilisée, soit une rencontre multidisciplinaire avec l'usager et sa famille où les besoins et le plan d'interventions étaient établis. Les intervenants et le psychiatre complétant les questionnaires connaissaient le groupe d'appartenance des participants. Les résultats ont démontré que la nouvelle procédure n'influçait pas les changements cliniques (pas de différence significative entre les deux groupes). De plus, le nombre de besoins non répondus dans les deux groupes a diminué de façon significative entre les deux temps de mesure (à l'admission dans le programme et trois mois plus tard). À partir de ces résultats, les chercheurs ont suggéré que les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes âgées semblent efficaces pour répondre aux besoins des usagers.

L'étude de Canuto et coll. (2008), avec un devis pré-expérimental, a ciblé des personnes âgées (n = 122) présentant une dépression majeure ou un épisode dépressif

d'une maladie bipolaire et a exclu les personnes avec une démence. L'hôpital de jour évalué proposait des interventions multidisciplinaires de groupes et individuelles intégrant plusieurs modalités, un traitement pharmacologique, des rencontres familiales et la liaison avec les ressources externes. Les variables mesurées incluaient la gravité des symptômes, la qualité de vie liée à la santé et l'évolution du client dans l'approche de la thérapie de milieu dans quatre dimensions : développementale, socialisation, psychologique et engagement dans le programme (perçue par le client et l'intervenant). Les questionnaires ont été complétés à l'admission et à trois, six, 12 mois et au congé. La durée du suivi n'était pas prédéterminée. Ainsi à 12 mois post admission, neuf participants étaient encore suivis à l'hôpital de jour, tandis que les autres étaient suivis en externe, ou en première ligne ou sans besoin de suivi. Six participants ont été hospitalisés durant l'étude et deux ont abandonné. Les résultats indiquent une réduction statistiquement significative des symptômes dépressifs ($p < 0,005$), une amélioration de la qualité de vie perçue sur la santé mentale ($p < 0,05$), de même qu'un progrès clinique entre chaque temps de mesure ($p < 0,01$). Il n'y a pas eu de changements significatifs dans le traitement pharmacologique. Dans cette étude, puisque la durée de suivi à l'hôpital de jour est variable et qu'il n'y a pas de groupe de comparaison, il est difficile de voir clairement l'effet spécifique de l'hôpital de jour sur l'évolution clinique des participants âgés.

3.5 Conclusion de la recension des écrits

En conclusion, lorsque l'on combine les recommandations pour les études futures sur l'efficacité des hôpitaux de jour proposées par Horvitz-Lennon et coll. (2001) et Marshall et coll. (2001), il est suggéré d'évaluer en priorité les symptômes, le

fonctionnement dans la communauté et la satisfaction des usagers face aux services reçus en utilisant préférentiellement les instruments validés des études antérieures. Aussi, ces chercheurs proposent d'examiner de façon détaillée quelles clientèles profitent le plus de ce type de service. En plus des suggestions proposées par ces chercheurs, nous avons constaté que la réalisation et la satisfaction face à l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne et domestique, importantes dans le fonctionnement dans la communauté, ont été peu considérées (par exemple, la préparation et la prise de repas de même que la capacité à se déplacer en voiture ou avec les transports en commun). Aussi, les effets des hôpitaux de jour à plus long terme ont été peu étudiés en profondeur. Ainsi, malgré plusieurs décennies de recherche sur les hôpitaux de jour psychiatriques, les résultats demeurent divisés sur l'efficacité clinique, fonctionnelle et économique de ce type de service pour des personnes adultes et âgées présentant divers troubles mentaux aigus. De plus, on en sait peu sur les impacts des hôpitaux de jour psychiatriques québécois et canadiens.

4. OBJECTIFS GÉNÉRAUX, SPÉCIFIQUES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, les objectifs généraux et spécifiques de l'étude, de même que les hypothèses de recherche sont présentés. Cette étude comprend deux volets principaux (analyse des effets et analyse de la consommation de services sociosanitaires et coûts associés aux services) auxquels sont rattachés un objectif général et des objectifs spécifiques pour chacun.

4.1 Premier volet : analyse des effets

Dans le volet de l'analyse des effets, l'objectif général est d'effectuer:

- 1) Une analyse des effets d'un hôpital de jour psychiatrique en comparaison avec l'hospitalisation.

Les objectifs spécifiques de l'analyse des effets sont de:

1. Comparer les effets cliniques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées présentant divers troubles mentaux aigus (groupe expérimental) avec ceux de l'hospitalisation (groupe de comparaison) au début des services index (T1), cinq à huit semaines plus tard (T2) et six mois après le T2 (T3).
2. Comparer les effets fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées présentant divers troubles mentaux aigus avec ceux de l'hospitalisation entre les T1, T2 et T3.
3. Comparer l'appréciation des participants face aux services reçus entre les usagers suivis à l'hôpital de jour et les usagers hospitalisés (T2).
4. Comparer les impacts cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées entre trois types de clientèles: 1) personnes avec un trouble psychotique; 2) personnes avec un trouble de

l'humeur et anxieux; 3) personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B entre les T1, T2 et T3.

5. Explorer plus en profondeur l'impact d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique dans la vie des usagers six mois suivant le T2 (T3).

Hypothèses de recherche pour l'analyse des effets :

Les hypothèses suivantes sont en lien avec les objectifs 1 et 2 et ont été établies à partir de l'état des connaissances:

1. Les usagers suivis à l'hôpital de jour psychiatrique démontreront une amélioration entre les pré et post tests (T1 et T2) et un maintien des gains au follow-up de six mois post intervention index (T3) par rapport à leur symptomatologie, leur participation sociale et leur estime de soi.
2. Les usagers suivis à l'hôpital de jour psychiatrique démontreront un degré d'amélioration comparable ou supérieur aux usagers du groupe de comparaison par rapport à leur symptomatologie, leur participation sociale et leur estime de soi.
3. Les usagers suivis à l'hôpital de jour psychiatrique démontreront une satisfaction face aux services reçus comparable ou supérieure aux usagers du groupe de comparaison.

4.2 Second volet : Analyse de la consommation de services sociosanitaires

Dans le volet de l'analyse de consommation de services sociosanitaires, l'objectif général est d'effectuer :

1. Une première exploration de la consommation de services sociosanitaires des personnes du groupe hôpital de jour (groupe expérimental) et du groupe

hospitalisation (groupe de comparaison) et des coûts associés aux services consommés pour leurs troubles mentaux.

Les objectifs spécifiques de l'analyse de consommation de services socio-sanitaires sont de:

6. Comparer la consommation de services socio-sanitaires de santé mentale entre des personnes suivies en hôpital de jour psychiatrique (groupe expérimental) et des personnes hospitalisées (groupe de comparaison) six mois précédent et six mois suivant les interventions index;
7. Mesurer les impacts économiques d'un suivi en hôpital de jour par rapport à l'hospitalisation, en comparant les coûts associés à la consommation de services socio-sanitaires de santé mentale entre des personnes suivies en hôpital de jour psychiatrique (groupe expérimental) et des personnes hospitalisées (groupe de comparaison) six mois précédent et six mois suivant les interventions index;
8. Décrire la trajectoire de soins de trois clientèles cliniques (personnes avec un trouble psychotique, un trouble de l'humeur et anxieux ou un trouble de la personnalité du groupe B) suivies dans un hôpital de jour psychiatrique six mois précédent et six mois suivant le traitement en hôpital de jour.

Hypothèses de recherche pour l'analyse de consommation de services socio-sanitaires :

Les hypothèses suivantes ont été établies à partir de l'état des connaissances:

1. Le nombre de réhospitalisations sera égal entre les personnes suivies en hôpital de jour et hospitalisées.

2. L'hôpital de jour réduira davantage les coûts liés à la consommation de services que l'hospitalisation.

5. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la méthodologie de l'ensemble de l'étude. Il débute par la description du cadre théorique issu du domaine de l'évaluation de programmes. Puis, pour les analyses des effets et de la consommation de services sociosanitaires et de leurs coûts associés, il présente le dispositif de recherche, l'échantillonnage, la population, les services évalués, le recrutement des participants, les variables et instruments de mesure, la collecte et les analyses des données.

5.1 Cadre théorique et définitions des analyses ciblées

L'évaluation de programmes est un dispositif appliqué dans lequel une collecte systématique d'informations sur, par exemples, les caractéristiques, les activités et les issues d'un programme sont effectuées afin de pouvoir fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes et porter un jugement sur une intervention ou une de ses composantes. Cette démarche vise à aider les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des perspectives différentes, dans la prise de position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz et Denis, 2009; Letts et al., 1999; Patton, 1997). Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative) (Contandriopoulos et al., 1993). Plus spécifiquement, dans le cadre d'une évaluation normative, les ressources engagées et leur organisation, les services et les biens produits, ainsi que les résultats obtenus seront comparés à des critères et des normes (Champagne et al., 2009). Par ailleurs, la recherche évaluative vise à « analyser la pertinence, la logique, la productivité, les effets et l'efficacité d'une intervention,

ainsi que les relations existant entre l'intervention et le contexte dans lequel elle se déroule » (Champagne et al., 2009). L'évaluation d'un programme est entreprise pour faciliter la prise de décisions plus éclairées, clarifier les options, identifier des composantes à améliorer, générer des connaissances et tirer des leçons (Patton, 1997).

Dans la présente étude, deux types d'analyses de recherche évaluative ont été effectuées : une analyse des effets et une analyse de la consommation des services sociosanitaires et de leurs coûts associés. L'analyse des effets réfère à l'appréciation de l'atteinte des objectifs et l'évaluation de l'influence des services ou des activités sur les états de santé (Breton et al., 2001; Champagne et al., 2009). Pour le volet économique de l'étude, une analyse de la consommation des services sociosanitaires et de leurs coûts associés (Drummond, O'Brien, Stoddart et Torrance, 1997) a été effectuée comme première exploration des effets des deux interventions expérimentales et de comparaison sur la consommation de services sociosanitaires pour des troubles mentaux.

Le modèle théorique d'évaluation de programmes sur lequel la présente étude se base est l'évaluation axée sur l'utilisation (Patton, 1997, 2002, 2004, 2009). Dans ce modèle, l'évaluation est toujours guidée par l'usage prévu des résultats par tous les utilisateurs ciblés (par exemple, les gestionnaires, les membres du personnel, les usagers et leurs familles). Un processus collaboratif est privilégié pour établir les questions de recherche initiales, sélectionner les méthodes de recherche et d'analyse adéquates, interpréter les données et disséminer l'information (Patton, 1997, 2002, 2009). L'hypothèse sous-jacente est que dans ce type d'approche, les utilisateurs auront une meilleure compréhension de l'évaluation, son processus et ses objectifs et s'approprieront davantage les résultats (Patton, 1997). L'utilisation d'une méthodologie

flexible, qu'elle soit quantitative et/ou qualitative, est privilégiée et ce, en fonction de l'objet de recherche. La présente étude est une recherche évaluative où une analyse des effets cliniques et économiques a été réalisée, avec des volets quantitatifs et qualitatifs.

L'évaluation axée sur l'utilisation s'applique bien pour effectuer les analyses sélectionnées dans cette étude. Les finalités de l'évaluation, qui seront à la fois formatives pour améliorer un service établi depuis quelques années (Champagne et al., 2009; Patton, 1997; Rossi, Freeman et Lipsey, 1999), sommatives pour juger des aspects de ce service (Rossi et al., 1999), fondamentales pour générer des connaissances sur un service organisé d'une façon spécifique (Champagne et al., 2009; Rossi et al., 1999), s'inscrivent bien dans le modèle de Patton.

De plus, dans le présent travail d'évaluation de services cliniques, il était important qu'au cœur de la démarche, la perspective des personnes présentant des troubles mentaux, utilisateurs des services évalués, soit prise en compte (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay, et Pinard, 2006).

5.2 Analyse des effets

Dans cette section, le dispositif de recherche, l'échantillonnage, la population à l'étude, les services évalués, le recrutement des participants, les variables et les instruments de mesure, la collecte et les analyses des données sont décrites.

5.2.1 Dispositif de recherche

Pour répondre aux trois premiers objectifs spécifiques de l'étude (comparaison des effets cliniques, fonctionnels et satisfaction face aux services entre le groupe hôpital de jour et le groupe hospitalisation), un devis quasi expérimental, avec un groupe de

comparaison non aléatoire et non équivalent a été retenu (Contandriopoulos et al., 1990). Ce dispositif a été sélectionné pour des fins pratiques de faisabilité dans le site de l'étude.

Afin de comparer les effets cliniques et fonctionnels entre trois clientèles traitées dans un hôpital de jour psychiatrique (objectif 4), un dispositif pré-expérimental avec un groupe pré-test/post-test a été utilisé (De Poy et Gitlin, 1993). Enfin, pour explorer les effets d'un suivi en hôpital de jour dans la vie des usagers six mois suivant le congé (objectif 5), un dispositif qualitatif, suivant principalement les critères de Creswell (2007) et de Poupart et coll. (1997) pour l'échantillonnage et la procédure de collecte de données, a été privilégié.

Pour les deux groupes, les temps de mesure étaient : 1) T1 : dans la semaine suivant le début de l'intervention index; 2) T2 : cinq à huit semaines plus tard; 3) T3 : six mois après le T2. Il n'y a pas de délai commun à toutes les études sur les hôpitaux de jour psychiatriques concernant le suivi post congé. Le délai retenu dans cette étude a été choisi à la suite d'une recherche évaluative exploratoire antérieure effectuée dans le milieu de recherche (Larivière et al., 2006) et après une consultation de la doctorante auprès de cliniciens et du chef clinico-administratif de l'hôpital de jour évalué.

5.2.2 Population et participants

Les **critères d'admissibilité** dans les deux groupes de participants (hôpital de jour et hospitalisation) étaient :

- 1) Être âgé de 18 ans et plus;
- 2) Avoir un diagnostic psychiatrique (DSM-IV);

- 3) Présenter une pathologie psychiatrique en décompensation aiguë ou subaiguë (c'est-à-dire une cote entre 21 et 60 à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF));
- 4) Donner un consentement éclairé;
- 5) Comprendre le français (parlé et écrit).

Ces critères sont ceux de l'hôpital de jour ciblé et sont comparables aux hôpitaux de jour acceptant des clientèles avec diverses pathologies psychiatriques. Pour préciser le troisième critère d'admissibilité, la doctorante a extrait des dossiers médicaux les résultats à l'EGF lors de l'évaluation initiale des usagers suivis à l'hôpital de jour de Louis-H. Lafontaine pendant une période de deux mois (24 décembre 2004 au 24 février 2005) (n = 76). L'EGF détermine l'Axe V d'un diagnostic psychiatrique basé sur le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996). L'échelle de l'EGF varie sur un continuum allant de la maladie psychiatrique à la santé mentale et est divisée en dix intervalles de dix points (1-10 à 91-100). Les propriétés métrologiques de l'EGF ont été bien établies (Endicott et al., 1976). L'EGF est présenté en annexe A.

À la suite des recommandations du Comité d'éthique à la recherche (CÉR) de cet établissement, afin d'obtenir un échantillon homogène des usagers suivis en hôpital de jour, il a été convenu d'inclure les usagers présentant un EGF variant de 21 à 60, ce qui correspondait à 90,8 % des sujets (n = 69/76). Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études sur les hôpitaux de jour psychiatriques qui ont utilisé l'EGF (Dufton et Siddique, 1992; Glick et al., 1986; Russell et al., 1996). Afin de s'assurer de la stabilité dans la mesure de l'EGF, puisqu'il était anticipé que certains psychiatres ne mettraient pas la cote à l'EGF dans les notes des usagers, il a été convenu que la doctorante établisse la cote à partir de la lecture des dossiers des participants potentiels. Si un

psychiatre avait établi une cote, la doctorante la notait afin de vérifier la fidélité interjuges. Les analyses de fidélité interjuges ont démontré un coefficient de corrélation intraclasse satisfaisant de 0,80 (n = 63; IC95 % : 0,70 - 0,88) entre les cotes de la doctorante et des psychiatres.

Les **critères d'exclusion** pour les deux groupes correspondaient à :

- 1) Aucun lieu de résidence fixe;
- 2) Une perte d'autonomie physique importante;
- 3) La présence de déficience intellectuelle;
- 4) Des problèmes de consommation d'alcool ou de toxicomanie à l'avant-plan;
- 5) Une garde en établissement;
- 6) Abandon du suivi à l'hôpital de jour avant cinq semaines complétées de traitement;
- 7) Hospitalisation durant le suivi en hôpital de jour index ou référé à l'hôpital de jour durant l'hospitalisation index entre les T1 et T2.

L'information pour documenter les critères d'exclusion se retrouvait dans les dossiers médicaux. Ces critères d'exclusion sont comparables aux hôpitaux de jour acceptant des clientèles avec diverses pathologies psychiatriques.

Le **groupe expérimental** était composé d'usagers traités à l'hôpital de jour de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Le **groupe de comparaison** était composé de personnes qui ont consulté l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et qui ont été hospitalisées. De plus, elles étaient cliniquement comparables au groupe expérimental, tel que défini par les critères énumérés ci-haut.

Dans les deux groupes, les participants ont été divisés en trois sous-groupes classés selon leur diagnostic psychiatrique principal : 1) troubles psychotiques, 2)

troubles de l'humeur et anxieux et 3) troubles de la personnalité du groupe B. Ce choix suivait l'organisation des équipes de l'hôpital de jour évalué. Puisqu'une grande proportion des participants avait plus d'un diagnostic psychiatrique, le diagnostic principal était celui rapporté dans la note du psychiatre traitant dans le dossier médical. Dans d'autres cas, quand par exemple le diagnostic aux axes I et II était différé, le psychiatre traitant a été consulté. Enfin, on prenait aussi en compte le programme-clientèle de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine vers lequel le participant était dirigé après le suivi index à l'hôpital de jour ou suivant l'hospitalisation.

À la suite de la collecte de données, dans le groupe hôpital de jour, la taille d'échantillon dans les trois sous-groupes diagnostiques a été atteinte. Toutefois, dans le groupe hospitalisation, seuls des participants avec des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur et anxieux ont été recrutés. Ainsi, puisqu'on ne retrouve pas de personnes avec des troubles de la personnalité du groupe B dans le groupe hospitalisation, les comparaisons des effets cliniques, fonctionnels et économiques entre les deux services n'ont inclus que les deux autres sous-groupes diagnostiques.

5.2.3 Échantillonnage

Pour les quatre premiers objectifs centrés sur la comparaison entre les services et les clientèles, l'échantillon formé était non-probabiliste et accidentel (Contandriopoulos et al., 1990). Pour le cinquième objectif visant l'exploration du vécu post hôpital de jour et un retour sur l'expérience dans ce service, un échantillon par contraste (Poupart et al., 1997), avec des critères d'inclusion théorique (Strauss et Corbin, 1990) et provenant du groupe expérimental, a été formé. Ce dernier choix de type d'échantillon permettait de construire une mosaïque d'expériences à partir de cas diversifiés. Le contraste a été

établi par le biais de variables stratégiques: 1) des variables générales: sexe, âge; et 2) des variables spécifiques rattachées directement au problème étudié : diagnostic principal, équipe de traitement, degré de satisfaction au congé. Le choix de ces variables découlait d'études antérieures ou d'hypothèses théoriques qui nous amenaient à soupçonner leur importance en tant que source de différence (Poupart et al., 1997).

Pour déterminer cet échantillon par contraste, les résultats moyens au questionnaire de satisfaction Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) (Annexe F), pris au congé (T2), ont été examinés. Il a été démontré que la satisfaction face aux services sociosanitaires influence certains comportements de santé comme l'adhérence au traitement et la recherche d'aide (Ware et Davies, 1983). De plus, la tendance dans la mesure de la satisfaction face aux services reçus est à l'effet que les usagers sont généralement satisfaits (Lebow, 1983; Pascoe, 1983; Ware, Davies-Avery, et Stewart, 1978). Lebow (1983) mentionne que peu d'attention est portée sur la clientèle insatisfaite. Ainsi, les participants ont été regroupés en trois catégories : sous la moyenne au VSSS-EU (insatisfaits), dans la moyenne au VSSS-EU (satisfaits) et au-dessus de la moyenne au VSSS-EU (très satisfaits). Les participants de chaque catégorie ont été sélectionnés au fur et à mesure du déroulement de la collecte de données. Par ailleurs, 15 participants ont partagé spontanément des commentaires sur leur expérience depuis le congé de l'hôpital de jour et leurs perceptions sur ce service. Ces commentaires furent notés et ont été pris en compte dans l'analyse.

5.2.4 Recrutement des participants

Pour le recrutement à l'hôpital de jour, les listes d'usagers disponibles au secrétariat étaient consultées à tous les lundis, jour où tous les nouveaux participants

débutaient leur suivi. Puis, l'admissibilité de la personne était vérifiée via son dossier médical disponible à l'hôpital de jour. Pour le groupe de comparaison, en plus des critères d'admissibilité et d'exclusion, une procédure par strate selon l'âge et la catégorie diagnostique a aussi été appliquée. Pour ce groupe, la doctorante se rendait une fois par semaine aux archives médicales du milieu de recherche, qui lui fournissaient le nom des personnes qui s'étaient présentées à l'urgence et qui avaient été hospitalisées. Elle vérifiait ensuite l'admissibilité de la personne via son dossier médical disponible aux unités d'hospitalisation.

Dans les deux groupes, lorsqu'un candidat admissible était repéré, la doctorante en informait son intervenant principal. S'il acceptait d'être rencontré, la doctorante lui présentait alors l'étude et lui remettait un formulaire de consentement pour fins de lecture et de réflexion. La collecte de données débutait quand le participant donnait son accord après minimalement 24 heures de réflexion.

5.2.5 Taille d'échantillon

Notre analyse de puissance indiquait que des échantillons de 16 sujets/groupe diagnostique nous permettraient de détecter une différence standardisée modérée (*effect size*) de 0,52 avec une erreur de type alpha de 0,05 et une puissance statistique de 0,80 (Machin et al., 1997). Puisqu'un dispositif longitudinal était utilisé, 20% de sujets supplémentaires ont été recrutés en prévision d'attrition. La distribution des sujets recrutés est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 5.2.5

Distribution des sujets attendus

Catégories diagnostiques	Groupe à l'étude: Hôpital de jour	Groupe de comparaison: Hospitalisation
Troubles psychotiques	n = 20	n = 20
Troubles de l'humeur et anxieux	n = 20	n = 20
Troubles de la personnalité	n = 20	n = 20

5.2.6. Services évalués

5.2.6.1 *Hôpital de jour*

L'hôpital de jour évalué dans le cadre de la présente étude était situé à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Cet hôpital psychiatrique dessert un milieu francophone urbain de niveau socio-économique varié de l'est de Montréal comprenant environ 350 000 personnes (Lesage et al., 2002). Cet hôpital de jour, ouvert depuis 1997, est un service spécialisé de 2^e et 3^e ligne offrant des services externes d'évaluation et de traitement intensif de courte durée à une clientèle adulte et âgée présentant diverses conditions psychiatriques en décompensation aiguë et subaiguë entraînant une détérioration significative dans le fonctionnement (voir Figure 5.2.6.1 à la page 51). Les mandats de traitement de cet hôpital de jour correspondent aux trois mandats suivants définis par Rosie (1987) et Rosie, Azim, Piper, et Joyce (1995):

- 1) Offrir des services d'évaluation diagnostique et de traitement auprès d'usagers présentant des troubles mentaux aigus qui autrement seraient hospitalisés;
- 2) Offrir un traitement aux usagers en transition entre l'hospitalisation et un suivi en externe;

- 3) Offrir un traitement intensif ou de réadaptation à des usagers qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés mais qui bénéficieraient d'un suivi plus intensif que ce qui est possible d'offrir en cliniques externes.

Plus spécifiquement, cet hôpital de jour s'était fixé comme objectifs principaux de:

1. Diminuer le nombre d'usagers hospitalisés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
2. Écourter la durée des hospitalisations d'usagers hospitalisés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
3. Maintenir la personne atteinte de maladie mentale en décompensation aiguë ou subaiguë dans son milieu de vie naturel;
4. Améliorer l'état de santé mentale de personnes avec des troubles mentaux aigus;
5. Améliorer le fonctionnement social de personnes avec des troubles mentaux aigus;
6. Améliorer l'autonomie de personnes avec des troubles mentaux aigus.

L'hôpital de jour est divisé en six équipes organisées en fonction de l'âge et des diagnostics des usagers. Il a une capacité d'accueil de 10 à 12 usagers par équipe. Une schématisation des six équipes est présentée à la figure 5.2.6.1. Il offre des services d'évaluation psychiatrique et d'évaluations spécifiques de différents professionnels, telles que des évaluations psychologiques, neuropsychologiques et fonctionnelles. Le traitement combine l'utilisation de médicaments, de thérapies individuelles et de groupe alliant divers modèles tels que les approches psychoéducatives, psychodynamiques, cognitivo-comportementales, systémiques et de l'occupation humaine.

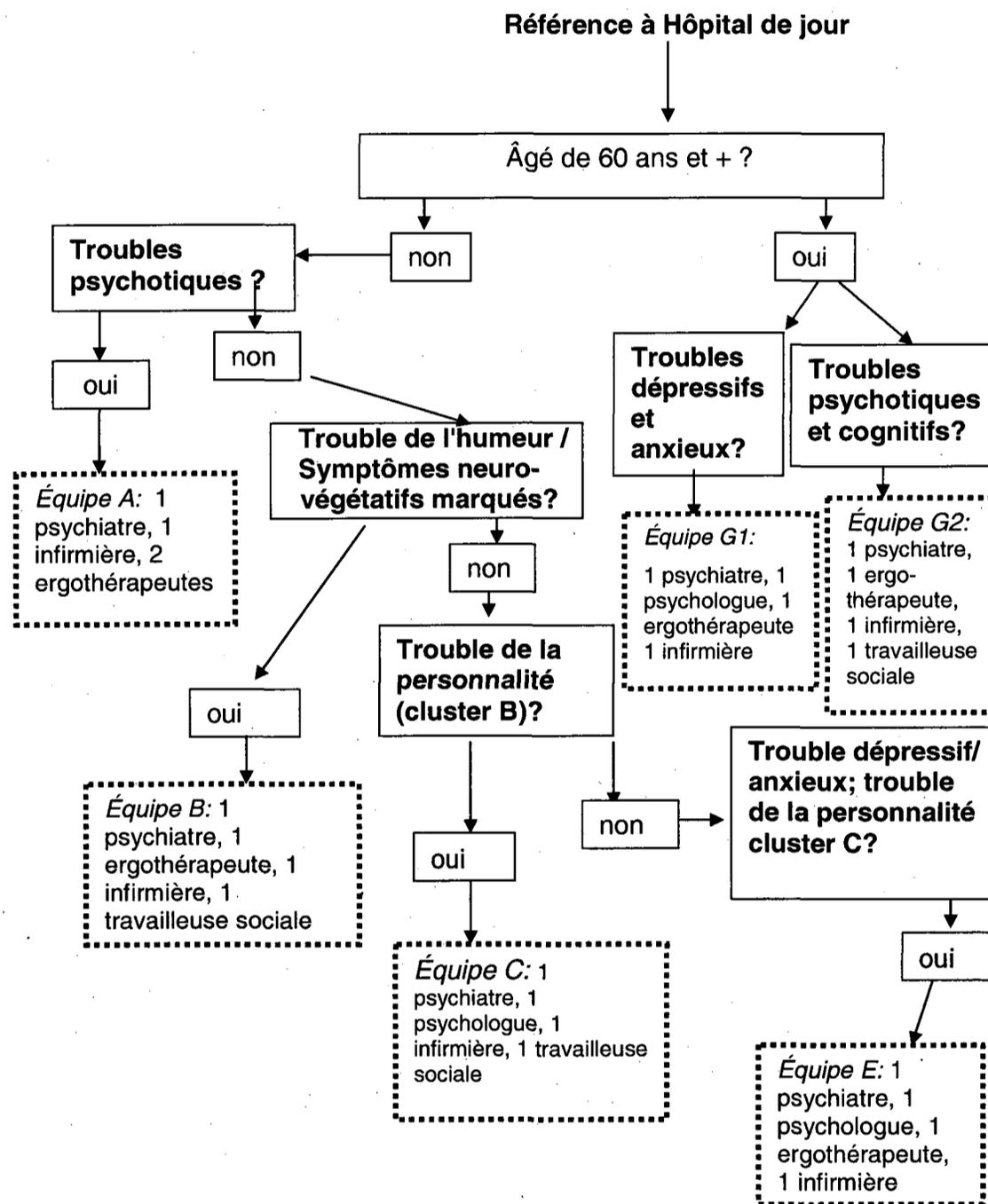


Figure 5.2.6.1. Arbre décisionnel concernant l'orientation d'un usager vers une des six équipes de l'hôpital de jour. Adapté de L. Fortier et P. David (2003). L'hôpital de jour de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, document de référence: Organisation des soins et des services à l'hôpital de jour et programmations cliniques, document de travail. Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec.

Dans toutes les équipes, les symptômes, le fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, productives, récréatives et sociales, la compréhension de soi et de sa maladie, ainsi que l'estime de soi sont prioritairement travaillés dans les thérapies. Toutefois, selon les besoins et les problématiques des clients, des cibles thérapeutiques spécifiques dans chacune des équipes sont également abordées. Les cibles thérapeutiques principales sont présentées dans le tableau 5.2.6.

Tableau 5.2.6

Cibles thérapeutiques principales des différentes équipes de l'hôpital de jour

Équipe	Clientèle	Cibles thérapeutiques principale
A	Adultes avec troubles psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoéducation individuelle et familiale • Évaluations fonctionnelles • Adhérence à la médication
B	Adultes avec troubles de l'humeur et symptômes neurovégétatifs marqués	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoéducation et soutien • Organisation d'un horaire occupationnel équilibré et intégration d'une bonne hygiène de vie
C	Adultes avec troubles de la personnalité du groupe B	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des comportements impulsifs • Enjeux relationnels • Adhérence et au cadre et limites
E	Adultes avec troubles de l'humeur et anxieux et traits de personnalité dans le groupe C	<ul style="list-style-type: none"> • Enjeux de dépendance affective • Organisation d'un horaire occupationnel équilibré et intégration d'une bonne hygiène de vie • Connaissance de soi : introspection et prises de conscience
G1	Personnes âgées avec troubles de l'humeur et anxieux et traits de personnalité dans les groupes B et C	<ul style="list-style-type: none"> • Composer avec les pertes • Introspection et prises de conscience • Organisation d'un horaire occupationnel équilibré et intégration d'une bonne hygiène de vie
G2	Personnes âgées avec troubles psychotiques et cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations fonctionnelles et cognitives • Soutien familial • Maintien de l'autonomie • Adhérence à la médication

Par ailleurs, chaque usager est pris en charge par un intervenant principal qui coordonne son suivi pendant et après son séjour à l'hôpital de jour. Les usagers ont des activités individuelles et de groupes de trois à cinq heures par jour, quatre à cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30, pour une durée moyenne de huit semaines pour les quatre équipes adultes et treize semaines pour les deux équipes des personnes âgées. Du soutien était également offert aux proches via des rencontres familiales ou conjugales. Un suivi post-traitement d'une ou deux rencontres individuelles était également fait dans certaines équipes. Pour les personnes âgées et les personnes avec des troubles psychotiques, un service de taxi était offert gratuitement (Larivière et al., 2009). Cet hôpital de jour se compare aux hôpitaux de jour québécois par rapport à plusieurs caractéristiques dont les critères d'admissibilité, les mandats, la composition des équipes traitantes et les types d'interventions (Serero et Gagnon, 2000). Au moment de l'étude, le nombre d'années d'expérience moyen des 27 professionnels à l'hôpital de jour était de 7,20 années (é.t. 3,65).

5.2.6.2 Hospitalisation

Le service de comparaison correspond aux unités d'hospitalisation, appelées unités de traitement intensif. À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, on compte six unités, dont une exclusivement pour les personnes âgées. Au moment du début de la collecte de données en janvier 2006, elles étaient organisées par territoire géographique des cliniques externes puis elles furent réorganisées par diagnostic principal à partir d'octobre 2007. La capacité d'accueil variait entre 15 à 25 lits/unité. Les services principaux offerts lors de l'hospitalisation étaient le suivi psychiatrique et infirmier, c'est-à-dire l'évaluation diagnostique, le traitement pharmacologique, des interventions psychoéducatives et de soutien, des liaisons avec des professionnels des cliniques

externes et des rencontres avec des proches-aidants (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005; communication personnelle avec Mme Claudette Lavoie, inf., 30 ans d'expérience clinique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 12 janvier 2005)

5.2.7 Variables et instruments de mesure

Les variables dépendantes de l'analyse des effets étaient la psychopathologie, la participation sociale, l'estime de soi et la satisfaction face aux services reçus. Le choix de ces variables a d'abord été fait à partir de la recension des écrits sur les hôpitaux de jour psychiatriques. Cette sélection a ensuite été validée auprès de cliniciens de diverses disciplines professionnelles (ergothérapeutes, infirmières, neuropsychologues, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) et du chef clinico-administratif de l'hôpital de jour de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine le 30 avril 2004.

Les instruments de mesure ont été sélectionnés à partir des critères suivants: 1) des qualités métrologiques de la version française établies; 2) une utilisation et/ou une validation auprès d'une clientèle gériatrique et/ou présentant des troubles mentaux; 3) une administration facile et 4) une durée de passation la plus brève possible. Tous les instruments choisis ont été expérimentés auprès de deux usagers par équipe et leurs intervenants principaux de l'hôpital de jour (janvier-février 2005) avant le choix définitif des questionnaires et pour permettre aux intervenants de se familiariser avec un des questionnaires qui devait être complété par eux.

La **psychopathologie** a été mesurée avec la version française du questionnaire autoadministré *Symptom-Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994; Fortin et Coutu-Walkulczyk, 1985) et la version complétée par les intervenants, le SCL-90-Analogue (Derogatis, 1994). Les deux questionnaires se retrouvent en annexes B et C,

respectivement. Le choix des deux perspectives (usager et intervenant) suit la recommandation de Granello et coll. (1999) qui ont effectué une évaluation d'un hôpital de jour psychiatrique. Le SCL-90-R comprend 90 énoncés qui visent à mesurer la symptomatologie actuelle (sept derniers jours) et la détresse associée. Il est divisé en neuf dimensions : la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde et le psychotisme. Chaque énoncé est évalué sur une échelle variant de 0 (pas du tout) à 4 (excessivement). En plus des résultats totaux des neuf dimensions, trois indices peuvent être obtenus : l'Indice global de gravité (IGG), l'Indice de détresse des symptômes positifs (IDSP) et le Total des symptômes positifs (TSP). La fidélité test-retest et la cohérence interne du SCL-90-R ont été bien établies ($r \geq 0,68$ et $\alpha \geq 0,77$, respectivement). Cet instrument présente une bonne validité discriminante et convergente avec plusieurs instruments évaluant, entre autres, la dépression, la personnalité et des mesures générales de psychopathologie.

Des valeurs de référence ont été établies auprès de 1 425 adultes avec divers diagnostics psychiatriques hospitalisés et externes et 1 780 adolescents et adultes sans diagnostic psychiatrique. Depuis les 30 dernières années, le SCL-90-R a été utilisé dans plus de 750 études pour examiner la symptomatologie et la détresse associée auprès de plusieurs clientèles présentant divers troubles psychiatriques et physiques et pour évaluer l'efficacité clinique d'interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques (Derogatis, 1994). Cet instrument a été sélectionné dans plusieurs études sur les hôpitaux de jour psychiatriques (Granello et al., 1999; Howes et al., 1997; Russell et al., 1996; Schene et al., 1993; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996; Waddell et Demi, 1993). La version française a été validée auprès de 404 femmes âgées entre 20 et 45 ans (Fortin

et Coutu-Walkulczyk, 1985). Elle a démontré une haute cohérence interne ($\alpha \geq 0,90$). La fidélité test-retest est également bonne ($r \geq 0,71$). La corrélation moyenne entre les dimensions est modérée (r moyen = 0,53, r entre 0,32 et 0,74). De son côté, le SCL-90 Analogue, rempli par un intervenant, évalue les mêmes dimensions, en plus d'un résultat global. L'échelle de mesure est une échelle visuelle analogue variant de « pas du tout » à « extrêmement ». Il démontre une bonne fidélité interjuges avec des coefficients de corrélation variant de 0,78 à 0,96 (type de test statistique utilisé non mentionné par le chercheur).

La **participation sociale** a été évaluée avec la version 3,1 abrégée de la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) (Fougeyrollas et al., 2002). La Mesure des habitudes de vie est présentée en annexe D. Ce questionnaire mesure la dimension des habitudes de vie du modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, et St-Michel, 1998). Dans ce modèle, les habitudes de vie réfèrent aux activités courantes qui sont réalisées sur une base quotidienne ou à des fréquences variées dans les domaines de la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation et les déplacements. Les habitudes de vie incluent aussi les rôles sociaux tels que les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs qui sont valorisés par la personne elle-même ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle). Les activités courantes doivent être préalablement réalisées afin de permettre l'actualisation de la personne dans sa société. La participation sociale est définie comme la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre 1) des facteurs personnels intrinsèques liés aux systèmes organiques et aux aptitudes et

2) des facteurs extrinsèques environnementaux sociaux et physiques. Une réduction de la réalisation des habitudes de vie mène à une situation de handicap.

La version 3,1 abrégée de la MHAVIE comprend 77 énoncés. Les indicateurs de la participation sociale incluent le niveau de difficulté pour réaliser une habitude de vie (échelle à quatre niveaux variant de « sans difficulté » à « non réalisée »), le type d'aide requis (échelle à quatre niveaux variant de « sans aide » à « aide humaine ») et le degré de satisfaction de la personne face à la réalisation de cette habitude de vie (échelle à cinq niveaux variant de « très insatisfait » à « très satisfait »). Plusieurs cotes peuvent être établies. Pour chaque énoncé, on peut calculer une cote représentant le degré de réalisation, qui varie de 0 à 9 et qui combine le degré de réalisation et le type d'aide requise. On peut aussi établir le degré de satisfaction pour chaque énoncé avec une cote variant de 0 à 4. Par ailleurs, à partir de ces cotes, à la fois pour la réalisation et la satisfaction, il est possible d'établir un score total, un score pour les dimensions combinées des activités courantes et un score pour les dimensions des rôles sociaux.

La MHAVIE a été utilisée auprès de personnes de différents groupes d'âge avec un déficit intellectuel (Paré, Fougeryollas, Parent, et St-Michel, 2000), d'enfants (Lepage, Noreau, Bernard, et Fougeryollas, 1998; Lepage, Noreau, et Bernard, 1998), d'adultes (Noreau, et Fougeryollas, 1996; Noreau, Fougeryollas, et Vincent, 2002) et d'aînés (Desrosiers, Noreau, Rochette, Bravo, et Boutin, 2002; Desrosiers et al., 2004; Noreau et al., 2004) présentant divers troubles physiques et fonctionnels. Elle démontre une bonne cohérence interne avec des enfants et des adultes présentant des troubles spinomédullaires ($\alpha \geq 0,79$) (Noreau et al., 2002), une fidélité test-retest modérée à bonne auprès de la même clientèle et des personnes âgées avec différentes limites fonctionnelles ($CCI > 0,60$) (Fougeryollas et al., 1998; Noreau et al., 2004). La

MHAVIE possède aussi une fidélité interjuges modérée à forte avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral et des personnes âgées avec différentes limites fonctionnelles ($CCI \geq 0,60$) (Noreau et al., 2002; Noreau et al., 2004).

La validité de contenu de la MHAVIE a été établie via des consultations auprès de représentants d'utilisateurs, de professionnels de la santé et de chercheurs de diverses disciplines œuvrant en réadaptation (Fougeyrollas et al., 1998; Noreau et al., 2002). Une validité de convergence de faible à bonne a été démontrée avec deux instruments évaluant le concept de handicap (Spearman Rho de 0,14 à 0,76) (Noreau et al., 2002). Une étude de Desrosiers et coll. (2004) réalisée auprès de 87 personnes âgées avec des incapacités fonctionnelles, a permis de déterminer que la MHAVIE permettait de discriminer entre des personnes âgées résidant dans trois types d'hébergement (score total : $p < 0,001$) et avait une bonne validité convergente avec une mesure d'indépendance fonctionnelle (Système de Mesure d'Autonomie Fonctionnelle) (r de Pearson entre les scores totaux = 0,70).

L'estime de soi a été évaluée à l'aide de la version française du questionnaire autoadministré nommé l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Vallières et Vallerand, 1990). L'Échelle de l'estime de soi est présentée en annexe E. L'estime de soi a été choisie comme variable car une faible estime de soi est associée à la dépression (précurseur et symptôme) (Rosenberg, 1985; Sadock et Sadock, 2003; Shahar et Davidson, 2003; Silverstone, 1991; Torrey et al., 2000), à l'anxiété (Rosenberg, 1985; Torrey et al., 2000), et à des états affectifs négatifs comme la culpabilité et l'hostilité (Rosenberg, 1985; Torrey et al., 2000). De plus, elle est associée comme facteur de risque dans le développement d'un premier épisode psychotique (Krabbendam et al., 2002) et comme conséquent de la schizophrénie (Lecomte et al., 1997). L'expérience

privée de vivre un épisode de maladie mentale où la personne perd le contrôle sur des aspects intimes de son être intérieur, tels que ses perceptions, ses pensées et ses émotions, peut très certainement ébranler l'estime de soi. Aussi, l'expérience publique de la maladie mentale manifestée par des comportements perturbés et déviants peut engendrer le jugement social négatif et la stigmatisation ce qui, en retour, peut amener une perte d'estime de soi chez l'individu avec un trouble mental (Roe, 2003).

Plusieurs auteurs (Brekke et Long, 2000; Gledhill, Lobban, et Sellwood 1998; Leclerc et al., 2000; Lecomte et al., 1999; Miller et Mason, 1998) préconisent d'évaluer l'estime de soi chez les personnes souffrant de trouble mentaux et offrir des interventions pour rétablir ou améliorer l'estime de soi. Elle correspond à un des construits sur lequel les interventions à l'hôpital de jour évalué portent. L'Échelle de l'estime de soi est un instrument de nature unidimensionnelle construit à partir d'une conception phénoménologique de l'estime de soi. Il comprend dix énoncés et des réponses à quatre niveaux variant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord » qui visent à capter la perception globale des sujets par rapport à leur propre valeur. Cinq énoncés sont formulés à la négative pour éviter des biais de désirabilité sociale (Corbière et Briand, 2004). Les réponses permettent de classer les personnes sur un continuum allant de ceux qui ont une très haute estime de soi à ceux qui en ont une très faible (L'Écuyer, 1978). Cet instrument a été validé auprès d'étudiants universitaires et diverses populations psychiatriques.

Selon plusieurs études effectuées auprès de clientèles adultes avec diverses problématiques psychiatriques, la cohérence interne est élevée (α entre 0,82 et 0,90) (Arns et al., 1993; Shahar et Davidson, 2003; Torrey et al., 2000; Van Dongen et al., 1996) et la fidélité test-retest est bonne (CCI entre 0,85 et 0,87) (Torrey et al., 2000;

Van Dongen et al., 1996). La version française démontre de bonnes cohérence interne (α entre 0,70 et 0,90) et fidélité test-retest ($r = 0,84$) (Vallières et Vallerand, 1990). Une analyse factorielle a permis de soutenir la présence d'une structure unidimensionnelle. Aussi, dans une étude de validité de construit, l'échelle était reliée positivement à la satisfaction face à la vie ($r = 0,20$, $p = 0,01$) et négativement à la dépression ($r = -0,32$, $p = 0,001$) (Vallières et Vallerand, 1990). Toutes les études de validation précédemment décrites ont été effectuées auprès d'étudiants de niveau collégial (Vallières et Vallerand, 1990). Cet instrument a été utilisé dans quelques études d'évaluation de programmes pour des clientèles présentant divers troubles mentaux (Piper et al., , 1993; Stein et Test, 1980).

L'appréciation face aux services reçus a été évaluée de façon quantitative et qualitative. L'évaluation de la satisfaction des usagers fait de plus en plus partie intégrante de l'évaluation de programmes car cette variable est considérée comme un important indicateur de rendement et de qualité des soins et des services (Elbeck et Fecteau 1990; Ruggeri, 1994). Aussi, dans l'ère sociétale actuelle de consommation, l'implication des usagers dans la planification et l'évaluation des services de santé est préconisée (Linder-Pelz, 1982). La mesure de la satisfaction fournit de l'information utile aux décideurs, gestionnaires, cliniciens et chercheurs dans leurs efforts d'améliorer les services et les programmes offerts à la population.

Pour les usagers, l'évaluation de la satisfaction donne une occasion d'exprimer leurs points de vue sur leur expérience thérapeutique. L'importance accordée à leurs opinions peut améliorer leur estime de soi et promouvoir un rôle de participant actif au traitement, ce qui a une influence sur les issues thérapeutiques (Russell et Busby, 1991). Il a aussi été démontré que la satisfaction a une influence sur l'adhérence au traitement

et la recherche d'aide et de soins (Ware et Davies, 1983). En psychiatrie, la satisfaction a été documentée dans différents types de services dont des unités d'hospitalisation d'hôpitaux généraux et psychiatriques (Elzinga et Barlow, 1991; Hansson, 1989; McDonald, Sibbald, et Hoare, 1988; Sishta, Rinco, et Sullivan, 1986) et des hôpitaux de jour (Dick et al., 1985; Dick, Sweeney, et Crombie, 1991; Granello et al., 1999; Howes et al. 1997; Hsu et al., 1983; Kallert et al., 2007; Kluitert et al., 1992; Priebe et al., 2006; Russell et Busby, 1991; Russell et al., 1996; Schene et al., 1993; Sledge, Tebes, Rakfeldt et al., 1996).

L'instrument quantitatif retenu est la version française du Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) (Corbière, Lesage, Lauzon, Ricard, et Reinharz, 2003). Le VSSS-EU est présenté à l'annexe F. Il fut légèrement adapté par la doctorante pour les hôpitaux de jour psychiatriques, en ajoutant les professionnels de la santé œuvrant dans les hôpitaux de jour dans les questions touchant les comportements et habiletés des intervenants (par exemple, les ergothérapeutes). Le VSSS-EU évalue le concept de satisfaction d'usagers présentant des troubles mentaux face aux services psychiatriques (Ruggeri, et Dall'Agnola, 1993; Ruggeri et al., 2000). Il a été développé en l'expérimentant auprès de 75 personnes présentant diverses pathologies psychiatriques, leurs proches-aidants et leurs intervenants. Il comprend 54 énoncés répartis sur sept dimensions: 1) la satisfaction générale (trois énoncés); 2) les comportements et les habiletés des professionnels de la santé (16 énoncés); 3) les informations reçues sur les services, les maladies et les thérapies (trois énoncés); 4) l'accès aux services (deux énoncés); 5) l'efficacité des services (huit énoncés); 6) les types d'intervention (17 énoncés); et 7) l'implication des membres de la famille (cinq énoncés). La personne

évalue son impression générale sur une échelle à cinq niveaux variant de « très mauvaise » à « excellente ».

Le développement des dimensions de ce questionnaire a considéré à la fois les attentes et la satisfaction des personnes envers les services qu'ils reçoivent et s'est inspiré du cadre conceptuel sur la satisfaction de Linder-Pelz (1982). Selon ce modèle, la satisfaction est une évaluation positive des dimensions distinctes des soins et services de santé. La satisfaction est une attitude qui est basée sur deux pièces d'information distinctes : la force de la croyance (dimension affective) et les évaluations de l'attribut (dimension cognitive). La cohérence interne du score total du VSSS-EU est élevée (α entre 0,92 et 0,96) et la fidélité test-retest satisfaisante à élevée (CCI entre 0,73 et 0,93). La cohérence interne et la fidélité test-retest des dimensions du VSSS-EU sont satisfaisantes (α entre 0,72 et 0,91, CCI entre 0,56 et 0,78 et κ de Cohen entre 0,4 et 0,8) (Ruggeri et al., 2000). La version française présente une cohérence interne modérée à élevée (α entre 0,57 et 0,91, selon les dimensions) (Corbière et al., 2003). Il démontre une bonne capacité de détecter la satisfaction et l'insatisfaction (Ruggeri et al., 1994).

Afin d'explorer plus en profondeur l'impact du suivi à l'hôpital de jour dans la vie des usagers après le congé, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées six mois après le congé de l'hôpital de jour. Les deux buts de l'entrevue étaient : 1) d'explorer le vécu des participants durant la période de six mois suivant le congé de l'hôpital de jour et 2) refaire une évaluation des services de l'hôpital de jour avec un recul de six mois. Le guide d'entrevue a été élaboré par la chercheure, une clinicienne de l'hôpital de jour et la chef clinico-administrative de l'hôpital de jour. Il a été validé par un expert en recherche qualitative, une clinicienne de l'hôpital de jour avec de l'expérience en recherche qualitative et une chercheure en évaluation de

programme. Un pré-test a été effectué auprès de deux usagers suivis à l'hôpital de jour. L'entrevue finale était divisée en quatre thèmes : 1) les changements perçus, 2) les apprentissages faits, 3) les ingrédients thérapeutiques de l'hôpital de jour et 4) des suggestions pour améliorer les services reçus. Les entrevues ont été retranscrites intégralement et vérifiées par la doctorante. Le guide d'entrevue complet se retrouve en Annexe G.

Enfin, plusieurs **caractéristiques sociodémographiques** décrivant les sujets ont été recueillies à partir des dossiers médicaux ou en questionnant les participants, dont le sexe, l'âge, le diagnostic DSM-IV (cinq axes), l'état civil, l'origine ethnique, le milieu de vie, la parentalité, le statut d'emploi, le milieu référant, les buts de la référence et l'équipe traitante à l'hôpital de jour.

5.2.8 Collecte de données

La collecte de données s'est échelonnée de janvier 2006 à juillet 2008. Le tableau 5.2.8 résume les instruments administrés aux différents temps de mesure et ce, pour répondre aux objectifs 1 à 5 de l'analyse des effets. Les questionnaires remplis par les participants ont été complétés à l'hôpital de jour, à l'unité d'hospitalisation ou à domicile en présence de la doctorante. Ils étaient administrés dans l'ordre suivant : 1) SCL-90-R (symptômes), 2) Échelle de l'estime de soi et 3) MHAVIE (participation sociale), suivi du VSSS-EU (satisfaction face aux services) au T2 seulement. Après la rencontre avec le participant, la doctorante remettait le questionnaire SCL-90 Analogue (symptômes) à l'intervenant principal de celui-ci. Au T3, si le participant avait été retenu pour le volet qualitatif et acceptait d'y prendre part, il poursuivait la rencontre pour participer à l'entrevue.

5.2.9 Analyses pour l'évaluation des effets

Dans le cadre de l'analyse des effets, pour répondre aux objectifs 1 à 4, des mesures statistiques descriptives, incluant des moyennes, écarts-types, étendues, fréquences et pourcentages ont été utilisés pour présenter les caractéristiques sociodémographiques des sujets. Puisque la taille d'échantillon dans le groupe de comparaison était plus petite qu'initialement attendue, après vérification des postulats sur la normalité de la distribution des variables, des tests non-paramétriques ont été retenus pour faire les analyses comparatives.

Pour comparer les deux groupes (hôpital de jour et hospitalisation) aux trois temps de mesure (objectifs 1-3), des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées avec le test Mann Whitney U. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour les comparaisons entre les trois types de clientèle cliniques suivies à l'hôpital de jour (objectif 4). Afin de mesurer les changements dans le temps dans chaque groupe, le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé. Le seuil de signification retenu était de 0,05. Les analyses quantitatives ont été réalisées avec le logiciel informatique SPSS (version 15.0 pour Windows).

L'analyse qualitative du contenu des entrevues individuelles fut basée sur les recommandations de Miles et Huberman (1994) (objectif 5). La première étape de l'analyse a été la codification du contenu écrit. Selon Miles et Huberman (1994), la codification correspond à un processus d'attribution d'une unité de sens, nommée "codes", à des mots, des phrases ou des paragraphes. Pour accompagner les codes, un guide a été développé par la doctorante. Ce guide incluait les thèmes, les catégories et des sous-catégories, leurs définitions et des citations de participants servant d'exemples.

Tableau 5.2.8

Collecte de données

Variables	Instruments	Temps d'administration	T1	T2	T3
Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> Symptom-Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (participant) SCL-90 Analogue (intervenant) 	12-15 minutes (Derogatis, 1994)	E,C	E,C	E,C
Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> Échelle de l'estime de soi 	5 minutes	E,C	E,C	E,C
Participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> Mesure des habitudes de vie (MAHVIE), version 3,1 	30-60 minutes (Noreau, Fougeyrollas, et Vincent, 2002)	E,C	E,C	E,C
Appréciation face aux services reçus	<ul style="list-style-type: none"> Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) 	45 minutes	---	E, C	---
	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées 	45-90 minutes	---	---	E
Caractéristiques sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> Grille pour extraire informations des dossiers médicaux 		E, C	E,C	E,C

Notes : E = groupe expérimental;
 C = groupe de comparaison;
 T1 = 1^{ère} semaine suivant le début de l'intervention index (hôpital de jour ou hospitalisation);
 T2 = 5-8 semaines post T1;
 T3 = 6 mois post T2

Le guide de codes initial s'est basé sur le guide d'entrevue et les impressions de la doctorante notées au cours de la collecte de données. Tout au long de l'analyse, la doctorante a utilisé un journal de mémos afin de noter ses réflexions sur les concepts, les liens entre ceux-ci, des synthèses sur les thèmes communs et des questionnements. Afin de déterminer une catégorie ou un thème, des dictionnaires et des écrits scientifiques ont également été consultés.

De plus, afin d'augmenter la validité de l'analyse, une clinicienne avec de l'expérience en hôpital de jour psychiatrique et en recherche qualitative a codé en entier une des premières entrevues (la 7^e), sélectionnée au hasard par la doctorante. Une version bonifiée du guide de codes fut validée par la directrice de recherche (JD) lorsque 80% du matériel fut analysé et que le guide de codes était relativement stable. Suivant chaque validation, le choix des codes fut discuté et raffiné. La fidélité code-recode a également été vérifiée à deux moments au cours de l'analyse, pour les 9^e et 13^e entrevues, avec deux semaines d'intervalles entre chaque codification. Tel que prévu, au fil des vérifications et améliorations, la fidélité interjuges et code-recode se sont améliorées et ont atteint un bon niveau d'accord, selon les critères de Miles et Huberman (1994). L'analyse finale a été vérifiée et discutée par l'équipe de recherche.

Par ailleurs, les commentaires partagés spontanément par 15 autres participants ont été utilisés comme source de validation des thèmes, des catégories et des sous-catégories. Ils ont aussi permis de confirmer l'atteinte de la saturation des idées. Enfin, l'analyse qualitative a été structurée avec l'aide du logiciel informatique QDA Miner (version 3,0).

5.3 Analyse de la consommation des services sociosanitaires

L'analyse de la consommation des services sociosanitaires (objectifs 6-8) s'est centrée sur les six mois précédant et les six mois suivant l'intervention index (hôpital de jour, hospitalisation) et a estimé les coûts associés à ces services (Drummond, O'Brien, Stoddart, et Torrance, 1997).

5.3.1 Consommation des services sociosanitaires de santé mentale six mois précédant et suivant l'intervention index

Pour déterminer les services consommés par les participants des deux groupes dans les six mois précédant l'intervention index, la doctorante a recueilli cette information au T1 en interrogeant les participants sur le type et la fréquence des services sociosanitaires consultés au cours de cette période. Pour documenter les services consommés entre les T2 et T3, un calendrier à compléter sur une base quotidienne a été remis à chaque participant. Afin de diminuer un possible biais de rappel, à tous les temps de mesure, l'information fournie par les participants a été vérifiée dans leurs dossiers médicaux disponibles aux archives médicales du site de l'étude. Une illustration du calendrier est présentée en annexe H.

5.3.2 Analyse de coûts des services consommés

Pour estimer les coûts moyens des différents services sociosanitaires consommés, seuls les coûts directs ont été pris en considération dans l'analyse. Les données pour faire l'estimation proviennent de l'étude PRISMA, sur les services de santé intégrés québécois pour des personnes âgées avec incapacités (Hébert, Tourigny, et Raïche, 2007). Les chercheurs de l'étude PRISMA ont déterminé les coûts des services de santé et sociaux consommés par les participants selon une perspective sociétale, et ont donc tenu compte des coûts assumés par l'ensemble des sources publiques, privées et bénévoles (par exemple, la popote roulante). Aussi, ils ont adopté les principes de coûts d'opportunité (prix du marché) et de remplacement (prix à payer pour recevoir le même service en se basant sur des ressources similaires et facilement accessibles) (Blanchette, Durand, et Hébert, 2007).

Pour chaque service sociosanitaire, les chercheurs ont inclus différents types de coûts et ont consulté plusieurs sources d'informations. Par exemple, pour estimer le coût moyen d'une visite à l'urgence, ils ont inclus des frais d'infrastructure, d'équipement,

de main d'œuvre, des services diagnostiques, thérapeutiques, administratifs, techniques et alimentaires, ainsi que les actes médicaux. Ils ont recueilli les données sur ces coûts à partir des taxes municipales, l'étude pilote et la Régie d'assurance-maladie du Québec (Blanchette, Durand, et Hébert, 2007). Le choix d'utiliser cette étude pour faire les estimations des coûts des services sociosanitaires vient du fait que l'étude PRISMA est récente et couvre les services de santé et sociaux dans la province de Québec, où est situé le site de la présente étude. De plus, dans l'étude PRISMA, tous les coûts ont été établis avec la même méthode.

5.3.3 Analyses statistiques

Dans le cadre de l'analyse de la consommation des services sociosanitaires et de leurs coûts associés, des mesures statistiques descriptives, telles que des fréquences et des pourcentages ont été utilisés pour décrire les services sociosanitaires consommés par les participants. Les comparaisons intra-groupes dans le temps ont été effectuées avec le test de McNemar. Les comparaisons intergroupes à chaque temps de mesure ont été faites avec le test du Chi-carré de Pearson. Le test exact de Fisher fut retenu quand les fréquences attendues étaient inférieures à cinq dans au moins une cellule. Le seuil de signification choisi était de 0,05.

Pour l'analyse des coûts, des coûts totaux descriptifs ont été calculés pour chaque service consommé, dans les deux groupes, en multipliant la fréquence et le coût moyen du service. Puis, la somme totale des coûts a été complétée pour la période de six mois avant et six mois après les deux interventions index.

5.4 Considérations éthiques

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Annexe I). Les deux formulaires de consentement, soit un pour le volet quantitatif (objectifs 1-4 et 6-8) et un pour le volet qualitatif (objectif 5) sont présentés à l'Annexe J. Aucun incident imprévu n'est survenu durant l'étude. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés tout au long de l'étude.

6. RÉSULTATS

Afin de présenter les résultats des différents volets de l'étude, le chapitre suivant a été divisé en quatre articles. Le premier article compare l'évolution des participants suivis en hôpital de jour par rapport aux personnes hospitalisées en ce qui concerne les symptômes, la participation sociale, l'estime de soi et la satisfaction face aux services reçus (objectifs 1-3). Tel que mentionné dans la méthodologie, seuls les participants avec des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur et anxieux ont été inclus dans cette partie de l'étude puisque dans le groupe hospitalisation, nous n'avons aucune personne avec un trouble de la personnalité du groupe B.

Le second article compare l'évolution clinique et fonctionnelle des trois types de clientèles psychiatriques principales suivies à l'hôpital de jour (objectif 4). Le troisième article décrit de façon qualitative les changements notés, les apprentissages faits et les impressions sur l'hôpital de jour six mois après le congé (objectif 5). Le quatrième article compare la consommation de services sociosanitaires de santé mentale six mois avant et six mois après l'intervention index et ce, entre les groupes hôpital de jour et hospitalisation. De plus, il présente une analyse de coûts associés à ces services (objectifs 6-7). À nouveau, dans cet article, pour comparer les deux groupes, seuls les participants avec des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur et anxieux ont été inclus.

Les trois premiers articles ont été soumis à des revues scientifiques et sont actuellement en processus d'évaluation pour des fins de publication. Le quatrième article sera soumis dans les prochaines semaines. La présentation des quatre articles est suivie d'un chapitre contenant des résultats complémentaires.

6.1 Article 1 intitulé: Impact of a psychiatric day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation and self-esteem

Larivière, N.^{1,2}, Desrosiers, J.^{1,3}, Tousignant, M.,^{1,3} Boyer, R.²

¹ École de réadaptation, Université de Sherbrooke

² Centre de recherche Fernand-Seguin

³ Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Spécification du statut de l'article : soumission prochaine. Revue envisagée: 1) Journal of Psychiatric Intensive Care

Description de l'apport de la candidate à l'article : Pour cet article, la doctorante a fait la collecte de données et collaboré aux analyses statistiques. Elle a aussi rédigé l'ensemble des sections du manuscrit qui fut révisé par ses directeurs de recherche.

Résumé

Depuis quelques décennies, les hôpitaux de jour psychiatriques sont un épisode de soins et de réadaptation pour des personnes adultes et âgées présentant diverses pathologies psychiatriques en phase aiguë. L'efficacité des hôpitaux de jour ne fait pas consensus. L'estime de soi et la participation sociale sont des issues importantes liées au rétablissement et ont été partiellement mesurées dans les études antérieures. Cette étude visait à comparer les changements cliniques et fonctionnels, de même que la satisfaction face aux services reçus entre des personnes adultes et âgées suivies dans un hôpital de jour psychiatrique et des personnes hospitalisées. Un devis quasi-expérimental a été utilisé (T1: première semaine; T2: cinq-huit semaines plus tard; T3: six mois après le

T2). Le groupe expérimental était composé de personnes traitées dans un hôpital de jour psychiatrique ($n = 40$). Le groupe de comparaison incluait des personnes cliniquement et démographiquement similaires et hospitalisées dans le même établissement ($n = 13$). Les variables cliniques et fonctionnelles étaient les symptômes, la participation sociale, l'estime de soi et la satisfaction face aux services. Entre les T1 et T2, le degré d'amélioration était significativement plus important dans le groupe hôpital de jour en ce qui concerne la gravité des symptômes ($p = 0,047$), l'estime de soi ($p = 0,01$), ainsi que la réalisation ($p = 0,02$) et la satisfaction globales ($p < 0,01$) de la participation sociale. Entre les T2 et T3, aucune différence dans le degré de changement entre les deux groupes n'a été trouvée. Les participants de l'hôpital de jour étaient significativement plus satisfaits de plusieurs dimensions des services reçus ($p \leq 0,01$). L'hôpital de jour a démontré une efficacité supérieure durant le traitement que l'hospitalisation. Après le congé, il y a une stabilité clinique dans les deux groupes.

Abstract

This study compared clinical and functional changes, in addition to satisfaction with services, in participants treated in a psychiatric day hospital for adults and seniors with clients hospitalized. A quasi-experimental design was used (T1: first week; T2: five-eight weeks later; T3: six months post T2). The experimental group was composed of clients ($n = 40$) seen in a psychiatric day hospital. The comparison group included clinically and demographically similar clients hospitalized in the same institution ($n = 13$). Outcomes were symptoms, social participation, self-esteem and satisfaction towards services. Between T1 and T2, the level of improvement was significantly greater in the day hospital group regarding symptoms, self-esteem, global

accomplishment and satisfaction in social participation. Between T2 and T3, there was no significant difference in the level of change between the two groups on all variables. Day hospital participants were significantly more satisfied of several dimensions of services received.

Introduction

Psychiatric day hospitals, an intensive short-term mental health service,¹⁻² have been a treatment option for adults and seniors presenting a wide spectrum of acute psychiatric illnesses for several decades. However, maintaining their place in the mental health care system has been challenging.³ Its primary mandate is to serve as an ambulatory alternative to hospitalization, either to prevent it or to reduce its duration, by proposing a transition from full hospitalization to less intensive outpatient treatment.⁴ The clinical interventions, usually combining individual and group therapy with medication, generally aim to improve symptomatology and functioning in problematic daily living areas relevant to clients.¹⁻² In addition, they have been shown to enable skill building and help clients develop a better relationship with oneself.^{2,5}

The effectiveness of psychiatric day hospitals has been examined by different groups of investigators from various countries as well as through the lens of two meta-analyses published in 2001.⁶⁻⁷ Day hospital outcomes have mainly been compared to hospitalization. Findings from the meta-analyses and more recent studies⁸⁻⁹ continue to present diverging results regarding clinical effectiveness and satisfaction with services. Regarding changes in symptoms, Horvitz-Lennon et al.⁶ and Kallert et al.⁸ found that there was no significant difference on changes in symptomatology between day hospital and hospitalized individuals until 12 to 18 months following discharge. However, Marshall et al.⁷ found that participants in day hospitals showed more rapid improvement

in their symptomatology than those hospitalized. More recently, Priebe et al.⁹ found significant improvement of symptoms in the day hospital group at discharge compared to the hospitalized group but not at the three and 12 month follow-ups.

For social functioning, the two meta-analyses⁶⁻⁷ demonstrated there was no significant difference between the two groups at all times. However, Kallert et al.⁸ showed that individuals in the day hospital group improved significantly more in their social functioning than hospitalized patients. The two studies which measured quality of life found no significant difference between the two groups up to 12 months after discharge⁸⁻⁹. Regarding satisfaction with services, the two meta-analyses⁶⁻⁷ and results from Priebe et al.⁹ revealed that day hospital participants were significantly more satisfied with services received. However, in the study of Kallert et al.,⁸ there was no difference between the two groups.

As expected, clinical outcome variables selected have included mainly psychopathology and functioning. Other variables, such as family burden, has been measured in four studies,¹⁰⁻¹³ using a section of a global scale on social performance. Coping, time organization and assertiveness have been assessed in one study¹⁴, with non-validated questionnaires. Measurement of psychopathology was generally done with the use of standardized instruments. However, only one study¹⁵ combined perspectives of professionals and clients in the evaluation of psychopathology to provide a more complete assessment of symptoms. When one is interested in measuring changes occurring during treatment, therapists and clients may be the most informed sources.¹⁶ As well, using multiple sources can help assess the progress of clients who could have more difficulties with self-reports.¹⁷

Evaluation of functioning has concentrated on perceived performance in several life domains but has not included important activities of daily living necessary for social participation and altered by mental illness, such as meal preparation or using public transportation. In addition, except for the two recent studies which measured global subjective quality of life defined in the questionnaire as satisfaction with life domains,⁸⁻⁹ little is known on the level of satisfaction towards activities of daily living and social roles. This constitutes a very important component in the evaluation of functioning and recovery as it provides information on the priorities and values of clients. In addition, this constitutes an important day hospital intervention goal. No day hospital study has measured the effects of interventions on self-esteem, although it is an important clinical issue associated with mental illness¹⁸⁻²³ and is a target of intervention in psychiatric day hospitals.^{2,5}

Satisfaction with services was usually measured globally in all the comparative studies. Thus, little is known on the appreciation of different dimensions found in these two types of services, which could guide clinicians and managers on elements to maintain and to improve. Finally, in terms of populations studied, in most comparative studies, except for Nienhuis et al.,²⁴ seniors tended to be excluded and it is known that they use psychiatric day hospital services.²⁵⁻²⁶

The purpose of this study was to compare the effects of a psychiatric day hospital to standard psychiatric hospitalization on symptoms, social participation (perceived accomplishment and satisfaction), self-esteem and satisfaction with services in adults of all ages with various acute psychiatric disorders.

Methodology

To guide the evaluation of the clinical effectiveness of these services, the “Utilization-Focused Approach” proposed by Patton²⁷⁻²⁹ was used. As recommended by that author, the first author established a collaborative process between herself and key stakeholders of the day hospital evaluated, that is, managers and clinicians from all clinical teams and disciplines. Several meetings took place to establish the initial research questions, target the main clinical outcomes, discuss possible research methods, and present possible instruments. In addition, the evaluation followed the recommendation of Mirin and Namerow,³⁰ who stated that a multidimensional perspective should be adopted when assessing effectiveness of mental health services, not limiting outcome measurement to clinical status, but also include the clients’ ability to participate successfully in interpersonal relationships, perform work, and attend to needs for self-care.

To compare the effects of a psychiatric day hospital to standard psychiatric hospitalization, a quasi experimental design was used. The experimental group included individuals treated in the day hospital of a large psychiatric hospital situated in Montreal, Canada. The comparison group comprised clinically comparable individuals who consulted the emergency service of the same institution and were hospitalized.

The eligibility criteria followed those of the target day hospital and were comparable to inclusion and exclusion criteria of day hospitals. Thus, to be eligible, participants needed to be aged 18 years old and over, have a psychiatric diagnosis based on the fourth revised version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)³¹ and score between 21 and 60 on the Global Assessment of Functioning Scale (GAF).³² This last criterion was chosen as an operational way to

define acute/subacute symptomatology, which corresponds to the phase of illness of individuals seen in psychiatric day hospitals. In addition, the GAF score could easily be found in the clients' medical records since it is used as the fifth axis of a DSM-IV multi-axial diagnosis. The range was determined by a retrospective analysis conducted by the first author who extracted GAF scores of clients who were treated in the day hospital during a two month period ($n = 76$) and by examining previous studies that used the GAF scale.³³⁻³⁵ Potential candidates were excluded if they were homeless, had severe loss in physical independence or substance abuse as their primary problem, presented mental retardation, were involuntarily admitted or abandoned the day hospital before five weeks of treatment.

The sample size analysis considered the division of subjects into three diagnostic groups (psychotic, mood and anxiety and cluster B personality disorders) to reflect the organization of services of the target day hospital. It was determined that for a power of 80% and an alpha error of 0.05, 16 subjects per diagnostic and intervention group were needed to detect a moderate effect size of 0.52.³⁶ Due to the longitudinal nature of the study and potential loss to follow-up, the goal was to recruit 20 subjects per diagnostic group in both the day hospital and hospitalization units.

This study received approval from the Research and Ethics Committee of the site of the study.

Independent variables

Persons with acute and subacute psychotic, mood and anxiety as well as cluster B personality disorders have the probability to be referred to two services offered in this hospital: the day hospital or a hospitalization unit.

Day hospital

The target day hospital was divided into six clinical teams, based on age (adults: 18-59 years old and seniors: 60 years old and over) and main diagnosis: psychotic disorders, mood and anxiety disorders as well as cluster B personality disorders. It had been in operation for over seven years. Its mandates were to prevent and reduce the duration of hospitalizations as well as provide intensive outpatient treatment. The main reasons for referral were to precise the psychiatric diagnosis, treat/stabilize the illness, and facilitate social reintegration. It followed the principles of the therapeutic community model.^{1,37} Each clinical team was composed of multidisciplinary health care professionals, including psychiatrists, nurses, occupational therapists, psychologists and social workers. All teams combined therapeutic modalities including medication, group and individual therapy, with various frames of reference. However, to address the specific needs of their clientele, each team prioritized certain themes and treatment focuses. For example, in the teams for psychotic disorders, individual and family psychoeducation, functional evaluations and pharmacological compliance were specific emphases. Participants attended the day hospital four to five days/week, three to five hours/day for a mean of eight weeks for adults and thirteen weeks for seniors. More details about this psychiatric day hospital has been published elsewhere.⁵

Hospitalization units

At the site of the study, there were six hospitalization units, with 15 to 25 beds each, including one specifically for seniors over the age of 65. The staff was primarily composed of psychiatrists, nurses and nursing aids. Health care professionals, such as occupational therapists and social workers, acted mainly as consultants. The main services offered included diagnosis evaluation, pharmacological treatment, individual

and family support and psychoeducation, as well as liaisons with outpatient services (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005, unpublished document).

Dependent variables and instruments

The prioritized outcomes were symptoms, social participation, self-esteem and satisfaction with services. To measure symptoms, the SCL-90-R³⁸⁻³⁹ (completed by the participants) and the SCL-90 Analogue³⁸ (rated by a treating clinician) were used simultaneously. The two questionnaires assess current degree of symptomatology, ranging from “not at all” to ‘extremely’ and are divided into nine dimensions: somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. From the scores on each dimension, the SCL-90-R can generate two indices reflecting perceived level of severity and distress. The SCL-90 Analogue measures mainly the degree of psychopathology. It includes a score for each dimension and a global score. Both versions have been well validated.³⁸

Social participation was estimated with the Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H 3.1).⁴⁰ This questionnaire includes 77 life habits divided into daily activities (nutrition, fitness, personal care, housing, communication, mobility) and social roles (responsibilities, interpersonal relationships, community life, education, employment, leisure). It measures perceived level of accomplishment of habits, type of assistance needed (e.g. adaptation of manner realized) and satisfaction with the way the life habit is accomplished. For each item, two scores can be computed. One score reflects level of accomplishment and varies from 0 (not accomplished) to 9 (no difficulty and no assistance). The other, regarding satisfaction, ranges from 0 (very dissatisfied) to 4 (very satisfied). From these individual scores, a global score for each dimension (daily

activities and social roles), as well as a total score can be provided. It also demonstrates satisfactory psychometric properties.⁴¹⁻⁴⁴

To measure self-esteem, the well validated Rosenberg self-esteem scale was used.^{20,45-47} It includes ten items that capture global perceptions of individuals about their value of self. The answers range from “strongly disagree” to “strongly agree”. Scores vary from 10 to 40, where a higher score means greater self-esteem.⁴⁵

To measure satisfaction with services, the Verona Service Satisfaction Scale-EU was administered.⁴⁸⁻⁵⁰ This questionnaire includes 54 items covering seven dimensions: 1) overall satisfaction; 2) professionals’ skills and behaviors; 3) information on services, disorders and therapies; 4) access; 5) efficacy; 6) types of intervention; and 7) relative’s involvement and help provided to the family. It measures the clients’ expectations as well as their level of satisfaction, ranging from 1 (terrible) to 5 (excellent). It has satisfactory psychometric properties.^{48, 50-51}

Finally, sociodemographic information was collected through medical records and questioning of participants. All the selected instruments were pre-tested with two clients of each clinical team at the day hospital in order to ensure applicability of the questionnaires and prepare clinicians.

Procedures of data collection

The data collection took place from January 2006 to July 2008. Recruitment and administration of questionnaires was done by the first author. Each week, new admissions to the wards and the day hospital were verified. Following eligibility screening, the first author notified a clinician that their client was a possible candidate for this study. If he/she agreed, the client was then met for a presentation of the study and the consent form was provided for reading and reflection. After approval from the

client, the consent form was signed and the data collection process began. Confidentiality was respected throughout the study.

Measurement times were during the first week at the day hospital or hospital unit (T1), at the end of day hospital treatment (five to eight weeks post T1) or eight weeks later for those hospitalized (T2), and six months post T2 (T3).

Analysis of data

The data was analyzed with the SPSS version 15.0 software.⁵² Descriptive statistics such as means and standard deviation, as well as frequencies and percentages were used. In addition, the normality of distribution was verified for all clinical outcomes. Since the variables were not normally distributed and the sample size was small, nonparametric tests were selected. Comparisons of sociodemographic characteristics between the two groups were done with the Chi-Square test and the Fisher's Exact Test when the expected frequency was less than five for categorical variables. The Mann-Whitney U test was selected for comparisons of sociodemographic characteristics between the two groups on continuous variables. As well, it was used to compare the continuous dependent variables between the groups at T1 and T2, then T2 and T3, and to test changes over time. The Wilcoxon Signed Ranks test was used to examine changes over time in each group. The level of significance was set at 0.05.

Results

The sociodemographic and clinical characteristics of the day hospital and hospitalized participants are presented in Table 6.1.1. The analyses showed that the two groups were not statistically different on any variable. There appeared to be a difference in the parenthood proportions between the two groups, that was not detected as being significant, but this could be due to the lower power related to the smaller sample size

than anticipated in the hospitalization group. In both groups, half of the sample was composed of women.

The age of the participants ranged from 19 to 77 years old in the day hospital group and 25 to 61 years old in the hospitalized group. In addition, most frequently, participants were single, Caucasian and living at home. Clinically, in both groups, clients had a mood, anxiety or psychotic disorder as a principal diagnosis, with over 50% presenting another psychiatric condition (e.g. substance abuse problems or axis II). The mean GAF scores indicated that participants in both groups presented serious symptoms associated with important occupational and social impairments.

Clinical evolution of the two groups at each measurement time is presented in Tables 6.1.2 and 6.1.3. In the day hospital group, improvement was statistically significant between T1 and T2 on all clinical variables. On the other hand, during that time interval, participants in the hospitalized group remained stable on all variables. Comparisons of the level of change between the two groups from T1 to T2 showed that the day hospital participants improved more than the hospitalized group on self-esteem, total social participation and satisfaction towards social participation, particularly social roles.

During the T2-T3 interval, the day hospital participants continued to improve significantly on their self-esteem, total accomplishment in social participation and satisfaction towards daily activities and social roles. In the hospitalized group, participants remained stable on all clinical variables. However, there was no significant difference in the degree of clinical and functional change between the two groups during that time period.

Table 6.1.1

Sociodemographic and clinical characteristics of the day hospital (n = 40) and hospitalized group (n = 13)

Variables	Day hospital (n = 40)	Hospitalized (n = 13)	Test	P-value
Continuous variables	Mean (SD)	Mean (SD)		
Age	43.8 (17.1)	41.5 (10.3)	Mann Whitney U = 250.5	0.84
GAF	44.6 (7.7)	44.0 (7.2)	Mann Whitney U = 244.0	0.74
Categorical variables	n (%)	n (%)		
Gender				
Female	21 (52.5)	7 (53.8)	$X^2 = 0.07$	0.93
Marital status				
Single	17 (42.5)	8 (61.5)	$X^2 = 0.78$	0.48
Married/ common-law	11 (27.5)	2 (15.4)		
Separated/ divorced	8 (20.0)	2 (15.4)		
Widow	4 (10.0)	1 (7.7)		
Ethnicity				
Caucasian	38 (95.0)	13 (100)	$X^2 = 0.68$	1.00
Haïtian	2 (5.0)	0 (0)		
Housing				
House/ apartment	40 (100.0)	12 (92.3)	$X^2 = 3.14$	0.25
Nursing home	0 (0)	1 (7.7)		
Parenthood				
Yes	24 (60.0)	5 (38.5)	$X^2 = 1.84$	0.21
Education level				
Elementary	1 (2.5)	(0)	$X^2 = 0.82$	0.52
High school	17 (42.5)	4 (30.8)		
College (CEGEP)	14 (35.0)	4 (30.8)		
University	8 (20.0)	5 (38.4)		
Main psychiatric diagnosis				
Mood and/or anxiety disorder	20 (50.0)	7 (53.8)		—
Psychotic disorder	20 (50.0)	6 (46.2)		
Psychiatric comorbid conditions (# participants)	24 (60.0)	9 (69.2)	$X^2 = 0.36$	0.74
Episodes				
1 st episode	11 (27.5)	4 (30.8)	$X^2 = 0.05$	1.00

* Comparisons of categorical variables were tested with the Fisher's exact test when the expected frequency was less than 5

Table 6.1.2
Comparison of the clinical evolution in the two groups (T1-T2)

Variables	Day Hospital (n = 40)			Hospitalization (n = 13)			Comparison of means between the two groups		Comparison of mean differences between the two groups
	Mean (s.d.) T1	Mean (s.d.) T2	T2-T1 ¹ P-value	Mean (s.d.) T1	Mean (s.d.) T2	T2-T1 ¹ P-value	T1 ² P-value	T2 ² P-value	Interaction ² P-value
Severity of psychopathology (participants)	1.33 (0.68)	0.75 (0.50)	$P < 0.001$	1.24 (0.64)	0.97 (0.60)	$P = 0.22$	$P = 0.76$	$P = 0.28$	$P = 0.047$
Perceived distress	2.21 (0.58)	1.63 (0.45)	$P < 0.001$	2.17 (0.50)	1.83 (0.54)	$P = 0.050$	$P = 0.89$	$P = 0.16$	$P = 0.13$
Severity of psychopathology (professional)	4.58 (2.19)	3.00 (2.23)	$P < 0.001$	4.23 (2.58)	2.93 (2.94)	$P = 0.12$	$P = 0.82$	$P = 0.67$	$P = 0.82$
Self-esteem	27.10 (6.52)	31.33 (5.31)	$P < 0.001$	28.54 (7.79)	27.92 (7.24)	$P = 0.67$	$P = 0.49$	$P = 0.12$	$P = 0.01$
Social participation (total)	6.84 (1.21)	7.50 (0.97)	$P < 0.001$	6.90 (1.16)	7.00 (1.17)	$P = 0.46$	$P = 0.84$	$P = 0.16$	$P = 0.02$
Satisfaction towards social participation (total)	2.72 (0.70)	3.16 (0.49)	$P < 0.001$	2.64 (0.70)	2.74 (0.73)	$P = 0.78$	$P = 0.84$	$P = 0.03$	$P = 0.008$
Social participation in daily activities	7.30 (1.05)	7.83 (0.95)	$P < 0.001$	7.42 (0.96)	7.60 (0.91)	$P = 0.26$	$P = 0.70$	$P = 0.36$	$P = 0.08$
Satisfaction towards daily activities	2.82 (0.65)	3.17 (0.54)	$P < 0.001$	2.71 (0.67)	2.87 (0.73)	$P = 0.35$	$P = 0.66$	$P = 0.11$	$P = 0.15$

Social participation in social roles	6.41 (1.46)	7.11 (1.16)	$P < 0.001$	6.24 (1.46)	6.27 (1.54)	$P = 0.92$	$P = 0.70$	$P = 0.07$	$P = 0.10$
Satisfaction towards social roles	2.64 (0.80)	3.10 (0.52)	$P < 0.001$	2.56 (0.77)	2.60 (0.75)	$P = 0.78$	$P = 0.85$	$P = 0.02$	$P = 0.009$

¹ Wilcoxon's Signed Ranks Test; ² Mann Whitney U Test

Table 6.1.3
Comparison of the clinical evolution in the two groups (T2-T3)

Variables	Day Hospital (n = 35)			Hospitali- zation (n = 10)			Comparison of means between the two groups		Comparison of mean differences between the two groups	
	Mean (s.d.) T2	Mean (s.d.) T3	T3-T2 ¹ P-value	Mean (s.d.) T2	Mean (s.d.) T3	T3-T2 ¹ P-value	T2 ² P-value	T3 ² P-value	Interaction ² P-value	
Severity of psychopathology (participants)	0.77 (0.50)	0.66 (0.61)	P = 0.14	0.97 (0.66)	0.95 (0.62)	P = 0.39	P = 0.51	P = 0.18	P = 0.72	
Perceived distress	1.62 (0.47)	1.60 (0.54)	P = 0.61	1.82 (0.62)	1.89 (0.60)	P = 0.95	P = 0.32	P = 0.13	P = 0.74	
Severity of psychopathology (professional)	3.38 (2.60)	4.29 (2.54)	P = 0.21	3.75 (3.23)	3.99 (2.59)	P = 0.74	P = 0.90	P = 0.82	P = 0.64	
Self-esteem	31.29 (5.37)	33.23 (5.07)	P = 0.04	27.90 (7.64)	26.40 (6.24)	P = 0.55	P = 0.15	P = 0.002	P = 0.15	
Social participation (total)	7.49 (0.92)	7.85 (0.73)	P = 0.02	6.97 (1.31)	7.18 (1.46)	P = 0.29	P = 0.31	P = 0.30	P = 0.97	
Satisfaction towards social participation (total)	3.13 (0.48)	3.33 (0.55)	P = 0.07	2.85 (0.78)	2.82 (0.73)	P = 0.72	P = 0.21	P = 0.04	P = 0.88	
Social participation in daily activities	7.82 (0.92)	8.08 (0.54)	P = 0.08	7.63 (1.04)	7.58 (1.22)	P = 0.80	P = 0.76	P = 0.46	P = 0.72	
Satisfaction towards daily	3.12 (0.54)	3.34 (0.56)	P = 0.04	2.97 (0.79)	2.95 (0.68)	P = 0.80	P = 0.51	P = 0.08	P = 0.84	

activities									
Social participation in social roles	7.11 (1.12)	7.58 (1.05)	$P = 0.04$	6.14 (1.71)	6.69 (1.79)	$P = 0.17$	$P = 0.11$	$P = 0.20$	$P = 0.76$
Satisfaction towards social roles	3.09 (0.50)	3.31 (0.57)	$P = 0.050$	2.71 (0.78)	2.68 (0.79)	$P = 0.86$	$P = 0.19$	$P = 0.01$	$P = 0.66$

¹ Wilcoxon's Signed Ranks Test

² Mann Whitney U Test

At the six months follow-up (T3), participants in the day hospital group reported a statistically greater self-esteem and satisfaction towards participation in social roles than hospitalized participants.

Comparison of satisfaction with services is presented in Table 6.1.4. The mean scores indicate that in the day hospital group, participants were mostly satisfied with different components related to the day hospital. The hospitalized participants' impressions about services ranged from mixed to mostly satisfied. Comparisons between the two groups indicated that the day hospital participants were significantly more satisfied of several components, except for the two subscales evaluating information on services, disorders and therapies as well as family's implication.

Table 6.1.4
Comparison of satisfaction with services between the two groups

Dimensions of services ¹	Day Hospital (n = 40)	Hospitalized (n = 13)	P-value
	Mean (s.d.)	Mean (s.d.)	
Total	4.34 (0.36)	3.90 (0.44)	<i>P</i> = 0.003
Overall satisfaction	4.57 (0.44)	4.10 (0.58)	<i>P</i> = 0.01
Professionals' skills and behaviors	4.63 (0.40)	4.20 (0.51)	<i>P</i> = 0.004
Information	4.17 (0.60)	3.68 (0.96)	<i>P</i> = 0.09
Access	4.33 (0.63)	3.62 (0.87)	<i>P</i> = 0.007
Efficacy	4.44 (0.52)	3.92 (0.47)	<i>P</i> = 0.003
Types of intervention	3.99 (0.36)	3.59 (0.42)	<i>P</i> = 0.004
Relative's involvement	4.17 (0.79)	3.93 (0.69)	<i>P</i> = 0.31

¹1 = terrible; 5 = excellent

Discussion

This study aimed at examining the clinical effectiveness of a psychiatric day hospital for adults and seniors with various acute psychiatric diagnoses compared to standard hospitalization. The evaluation process was based on a collaboration between managers and clinicians of the target day hospital with researchers, to determine meaningful outcomes. In addition, a clear description of the two services compared was

provided, to address a limitation of many previous studies highlighted by Horvitz-Lennon et al.⁶ and Kallert et al.⁸ The findings in this study suggest that a psychiatric day hospital, organized around homogenous clienteles and offering intensive medical and integrative group and individual interventions appears to have more beneficial clinical and functional effects over a type of full-time hospitalization which provides mainly medical and individual supportive therapy. Participants treated at the day hospital expressed that the types of interventions offered and their effectiveness were more satisfactory than in the group who were hospitalized.

Greater improvement in symptoms during treatment in a day hospital compared to hospitalization, followed by no difference in changes after discharge is consistent with Priebe et al.⁹ Similarly to Kallert et al.,⁸ the day hospital participants in this study improved more in their accomplishment of social participation in daily activities and social roles than hospitalized patients. However, in the present investigation, the greater degree of favourable change for the day hospital group was only seen during the index treatment and disappeared after discharge. This differs from Kallert et al.⁸ who showed a greater improvement on social functioning in the day hospital group up to 12 months following discharge. Regarding satisfaction with life domains, there seems to be some differences between our results and those of Kallert et al.⁸ and Priebe et al.⁹ It appears that in the present study, participants in the day hospital became significantly more satisfied with the way their social roles, including relationships, work and leisure, were accomplished over time. Whereas, in the other two studies, researchers did not find any difference in their two groups up to one year post discharge. This difference could be related to the fact that the questionnaire used in this study was not the same and that it does not measure the exact same concept.

The higher satisfaction with the services received in the day hospital follows the findings of the two meta-analyses⁶⁻⁷ and Priebe et al.⁹ A closer examination of the satisfaction towards the various dimensions of services shows that in both groups, the greatest satisfaction was towards the health care professionals. In a European multisite study using the VSSS-EU with 404 persons with schizophrenia treated in mental health services,⁵³ professional skills and behaviors was also the most satisfactory component in three out of five cities (and the second in the two other cities).

Caution should be taken in the interpretation of the results from this study due to the small sample sizes, the unequal numbers between the two groups and the lack of randomization. Nonetheless, one strength in this investigation is that the two groups were comparable at baseline on all sociodemographic, clinical and functional variables. In addition, there was sufficient power to detect differential effects during the index intervention period. Nevertheless, some associations could not be identified due to a smaller than expected sample size in the hospitalization group, that affected the power of the study. In addition, all questionnaires selected were standardized. Even if the main evaluator of participants was not blind, rater bias was controlled by the use of mostly self-administered questionnaires. As well, the aim of this effectiveness study was to examine the current day hospital and hospitalization practice, including adults of all ages, which strengthens its external validity.

In this study, the comparison of the clinical and functional evolution was only possible with clients presenting mood, anxiety and psychotic disorders as a main psychiatric diagnosis. It would be interesting in future studies to also compare the effects of psychiatric day hospital interventions with brief hospitalization for those with a cluster B personality disorder, since they also use these types of services.⁵⁴ In

addition, there are still limited comparisons of psychiatric day hospitals with other types of intensive services, such as assertive community treatment.

Implications for Behavioral Health

There were several distinguishing features between these two types of services that could explain the benefits of this psychiatric day hospital model. First, the day hospital clients were grouped homogeneously on diagnosis and age. This type of organization has been shown to rapidly promote universality feelings where individuals identify with and unify with one another⁵⁵⁻⁵⁶ and provide more rapid relief of symptoms.^{55,57} In addition, formal and structured group and individual therapy were offered concurrently at the day hospital. The combined provision of these two forms of therapy can have a synergic effect that creates an integrated therapeutic experience, where complementary needs are addressed.^{55,58} Also, possibly due to the fact that all teams were composed of various health care professionals working as a unit, which was different than on the hospitalization wards, it allowed for the provision of clinical treatment that blended several well-established pharmacological, psychotherapeutic and rehabilitative modalities from different frames of reference in an integrated way, more so that was possible for the hospitalized participants.

In conclusion, psychiatric day hospitals continue to be an alternative to hospitalization to be considered, particularly for adults and seniors with an acute mood, anxiety or psychotic disorder and important social and occupational impairments.

Acknowledgements

The authors first wish to sincerely thank the participants and the clinicians who graciously offered their time to collaborate to the study. Thank you to all administrative bodies and Mme Lise Trottier, statistician, who were also precious to help realize the project. Finally, we are grateful to the Canadian Institutes of Health Research, Association des Hôpitaux de Jour en Psychiatrie du Québec, Quebec Network for Research on Aging, the Centre de recherche Fernand-Seguin and the Canadian Occupational Therapy Foundation for their financial support.

References

1. Casarino, JP, Wilner, M, Maxey, JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization* 1982; 1 :5-21.
2. Serero, M, Gagnon, J (eds). Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec. Québec : Association des hôpitaux du Québec, 2000.
3. Marshall, M. Acute psychiatric day hospitals. *British Medical Journal* 2003; 327:116-117.
4. Rosie, JS, Azim, HFA, Piper, W, et al. Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatric Services* 1995; 46:1019-1026.
5. Author, Melançon, L, Fortier, L, et al. A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2009; 28:165-179.
6. Horvitz-Lennon, M, Normand, S-LT, Graccione, P, et al. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:676-685.
7. Marshall, M, Crowther, R, Almaraz-Serrano, A, et al. Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Health Technology Assessment* 2001; 5:1-75.
8. Kallert, TW, Priebe, S, McCabe, R, et al. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68:278-287.

9. Priebe, S, Jones, G, McCabe, R, et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care/Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188:243-249.
10. Creed, F, Anthony, P, Godbert, K, et al. Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:341-347.
11. Creed, F, Black, D, Anthony, P, et al. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 1990; 300:1033-1037.
12. Creed, F, Black, D, Anthony, P, et al. Randomised controlled trial of day and inpatient psychiatric treatment. 2: Comparison of two hospitals. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158:183-189.
13. Creed, F, Mbaya, P, Lancashire, S, et al. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: Results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1997; 314:1381-1385.
14. Dick, PH, Sweeney, ML, Crombie, IK. Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158:24-27.
15. Sledge, WH, Tebes, J, Rakfeldt, J, et al. Day hospital/ Crisis respite care versus inpatient care, part I: Clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153:1065-1073.
16. Lambert, MJ, Ogles, BM, Masters, KS. Choosing outcome assessment devices: An organizational and conceptual scheme. *Journal of Counseling et Development* 1992; 70:527-532.

17. Granello, DH, Granello, PF, Lee, F. Measuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program. *The Journal of Behavioral Health et Services Research* 1999; 26:50-63.
18. Krabbendam, L, Janssen, I, Bak, M, et al. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37:1-6.
19. Lecomte, T, Cyr, M, Lesage, A. Self-esteem and psychosocial adaptation of persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1997; 16:23-38.
20. Rosenberg, M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. In: Leahy R (ed). *The development of the self*. New York: Academic Press, 1985, pp. 205-246.
21. Shahar, G., Davidson, L. Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71:890-900.
22. Silverstone, PH. Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology* 1991; 30:185-188.
23. Torrey, WC, Mueser, KT, McHugo, GH, et al. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2000; 51:229-233.
24. Nienhuis, FJ, Giel, R, Kluiters, H, et al. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1994; 244:73-80.

25. Plotkin, DA, Wells, KB. Partial Hospitalization (Day Treatment) for Psychiatrically Ill Elderly Patients. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 266-271.
26. Canuto, A, Meiler-Mititelu, C, Herrmann, FR, et al. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23:949-956.
27. Patton, MQ (ed). *Utilization-Focused Evaluation/The New Century Text*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.
28. Patton, MQ (ed). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
29. Patton, MQ. The roots of utilization-focused evaluation. In: Alkin MC (ed). *Evaluation Roots/Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004, pp.276-292.
30. Mirin, S., Namerow, MJ. Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42:1007-1013.
31. American Psychiatric Association (ed). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Text revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
32. Endicott, J, Spitzer, RL, Fleiss, JL, et al. The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry* 1976; 33:766-771.
33. Dufton BD, Siddique CM. Measures in the day hospital. I. The global assessment of functioning scale. *International Journal of Partial Hospitalization* 1992; 8:41-49.

34. Glick, ID, Fleming, L, DeChillo, N, et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 1551-1556.
35. Russell, V, Mai, F, Busby, K, et al. Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry* 1996; 41:629-637.
36. Machin, D, Campbell, M, Fayers, P, et al. (eds). *Sample Size Tables for Clinical Studies*. Toronto, Canada: Copp Clark Professional, 1997.
37. Azim, HF. Partial hospitalization programs. In: Livesley WJ (ed). *Handbook of Personality Disorders/Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press, 2001, pp.527-540.
38. Derogatis, LR. SCL-90-R[®]. Symptom-Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis, MN : National Computer Systems, Inc., 1994.
39. Fortin, MF, Coutu-Walkulczyk, G (eds). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : le SCL-90-R*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) » Montréal, Canada : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 1985.
40. Fougeyrollas, P, Noreau, L, Dion, S-A, et al. (eds). *La Mesure des Habitudes de Vie* (version 3.1). Lac St-Charles, Québec, Canada : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2002.
41. Desrosiers, J, Noreau, L, Robichaud, L, et al. Validity of the assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004; 36: 177-182.

42. Noreau, L, Fougereyrollas, P, Vincent, C. The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability* 2002; 14:113-118.
43. Noreau, L, Desrosiers, J, Robichaud, L, et al. Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26:346-352.
44. Poulin, V, Desrosiers, J. Reliability of the LIFE-H satisfaction scale and relationship between participation and satisfaction of older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2009, in press.
45. Vallières, EF, Vallerand, RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology* 1990; 25:305-316.
46. Torrey, WC, Mueser, KT, McHugo, GH, et al. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2000; 51:229-233.
47. Van Dongen, CJ. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal* 1996; 32 :535-548.
48. Corbière, M, Lesage, A, Lauzon, S, et al. Validation française du questionnaire « Verona Service Satisfaction Scale » VSSS-54F. *L'Encéphale* 2003; 29:10-118.
49. Ruggeri, M, Dall'Agnola, R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 1993; 23:511-523.

50. Ruggeri, M, Lasalvia, A, Dall'Agnola, R, et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177(suppl. 39):s41-s48.
51. Ruggeri, M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29:212-227.
52. Field, A (ed). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA, SAGE Publications, 2005.
53. Ruggeri, M, Lasalvia, A, Bisoffi, G, et al. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: Results from the EPSILON study. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29 :229-245.
54. Morissette, L, Parisien, M. Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline. *Santé Mentale au Québec* 1997; 22:30-42.
55. Yalom, ID, Leszcz, M (eds). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 2005.
56. Gladding, ST (ed). *Groups/A counselling specialty*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall, 2008.
57. Cabral RJ, Best J, Jones P, et al. The psychotherapeutic value of a more homogeneous group composition. *International Journal of Social Psychiatry* 1981; 27:43-46.
58. Schwartz, K. Concurrent group and individual psychotherapy in a psychiatric day hospital for depressed elderly. *International Journal of Group Psychotherapy* 2004; 54:177-201.

6.2 Article 2 intitulé : Who benefits the most from psychiatric day hospitals?
A comparison between three clinical groups

Larivière, N.^{1,2}, Desrosiers, J.^{1,3}, Tousignant, M.,^{1,3} Boyer, R.²

¹ École de réadaptation, Université de Sherbrooke

² Centre de recherche Fernand-Seguin

³ Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Spécification du statut de l'article : accepté dans la revue Journal of Psychiatric Practice

Description de l'apport de la candidate à l'article : Pour cet article, la doctorante a fait la collecte de données et collaboré aux analyses statistiques. Elle a aussi rédigé l'ensemble des sections du manuscrit qui fut révisé par ses directeurs de recherche.

Résumé

La comparaison des effets de programmes d'hôpitaux de jour psychiatriques entre des clientèles cliniques homogènes est un enjeu important actuellement dans l'organisation des services de santé mentale et qui a reçu peu d'attention. Un groupe d'utilisateurs de ce type de service, qui n'a pas été inclus dans la plupart des études sont les personnes avec des troubles de la personnalité du groupe B. Le but de cette étude était de comparer les effets cliniques et sur la participation sociale entre des personnes présentant des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et anxieux et des troubles de la personnalité du groupe B, traitées dans un hôpital de jour psychiatrique. Un devis pré-experimental, pré-test post-tests a été utilisé. Au cours des premières et dernières semaines de traitement, de même que six mois post congé, 20 participants de chaque groupe ont complété des questionnaires sur les symptômes (gravité et détresse), la participation sociale (réalisation et satisfaction) et l'estime de soi. Durant l'intervention, une amélioration statistiquement significative dans les trois groupes sur toutes les variables ($p < 0,05$) a été observée, sauf pour l'estime de soi dans le groupe des troubles psychotiques qui est demeurée stable. Le degré d'amélioration était significativement moins important chez les personnes avec des troubles psychotiques que dans les deux autres groupes par rapport à la gravité des symptômes, la détresse et l'estime de soi ($p \leq 0,01$). Suite au congé de l'hôpital de jour, le degré de changement était comparable entre les trois groupes sur toutes les variables. Toutefois, les participants dans le groupe des troubles de l'humeur et anxieux ont continué de s'améliorer significativement sur l'estime de soi, la réalisation et la satisfaction face à la participation sociale ($p < 0,05$). Même si les trois groupes cliniques ont fait des gains significatifs durant leur participation à l'hôpital de jour et maintenus

ceux-ci après le congé, les personnes présentant des troubles de l'humeur et anxieux ont particulièrement bénéficié de leur expérience à l'hôpital de jour.

Abstract

Comparing the effects of psychiatric day hospital programs between homogenous clinical groups is an important and current issue that requires more attention. A group of consumers of this service which have not been included in most studies are people with cluster B personality disorders. The purpose of this study was to compare clinical and social participation outcomes between individuals with psychotic, mood and anxiety and cluster B personality disorders treated in a psychiatric day hospital. A pre-experimental, pre-test post-tests design was used. During the first and last week of treatment, as well as six months post discharge, 20 participants in each group completed questionnaires on severity of symptoms and distress, accomplishment and satisfaction towards social participation and self-esteem. During the intervention, there was significant improvement in all groups on all variables, except for self-esteem in people with psychotic disorders, which remained stable. The degree of improvement was significantly less important in people with psychotic disorders than the two other groups regarding severity of symptoms, distress and self-esteem. Following discharge, the degree of change was comparable in the three groups on all variables. However, those in the mood and anxiety disorders group continued to significantly improve on self-esteem, accomplishment and satisfaction towards social participation. Although all three clinical groups made significant gains during their participation at the day hospital and maintained these after

discharge, those with a mood and anxiety disorders particularly benefited from their day hospital experience.

Keywords : psychiatric day hospital, psychotic disorders, mood and anxiety disorders, cluster B personality disorders

INTRODUCTION

Psychiatric day hospitals, also known as partial hospitalization, are part of mental health services in many countries around the world.¹⁻³ Throughout their history, they have been defined as an ambulatory alternative to full-time inpatient hospitalization⁴. As well, they characteristically offer diagnostic, evaluation, medical, psychotherapeutic and rehabilitative treatment modalities for adults and seniors presenting various types of acute psychiatric disorders⁵. In their meta-analysis comparing the effectiveness of partial versus full hospitalization based on published studies from 1957 to 1997, Horvitz-Lennon et al.⁶ highlighted in their discussion that the question of which clinical populations benefit the most from psychiatric day hospitals still needs to be clarified. In 2004, Schene⁷ noted that the majority of participants in studies on day hospitals were generally heterogeneous and mixed in terms of diagnosis. The two most recent randomized clinical trials comparing day hospital treatment to inpatient hospitalization^{8,9} also evaluated day hospitals with mixed clinical populations. This issue is of particular importance since the current reality in organization of mental health interventions and services is greatly influenced by diagnostic categories and scientific evidence related to diagnostic categories.⁷

A few studies¹⁰⁻¹³ have attempted to compare outcomes between clinical groups with different diagnoses treated in psychiatric day hospitals. Creed et al.¹⁰ and Sledge et al.¹³ found no significant differences in clinical outcomes between individuals with

psychotic disorders and those with neurotic or affective symptoms who were treated in day hospitals compared with those who were hospitalized. Glick et al.¹¹ have demonstrated similar findings in their comparison of people with psychotic and affective disorders treated in a day hospital versus a less intensive outpatient program. In their day hospital program treating individuals with different mood disorders, Howes et al.¹², found that the symptoms, social functioning and use of adaptive coping strategies improved significantly for those with depressive and anxiety disorders between pre and post tests. However, individuals with bipolar disorder remained stable. Overall, it can be seen in these previous studies that populations which tended to be compared were people with psychotic and mood and anxiety disorders. Little is still clearly known on the effects of day hospitals for people with cluster B personality disorders and it has been shown that they use this type of service.^{3,14}

The purpose of this study was to compare clinical and social participation outcomes over time between individuals with psychotic, mood and anxiety and cluster B personality disorders treated in a psychiatric day hospital.

METHODOLOGY

Design and participants

A one group pre-experimental pre-post test design, with a non-probabilistic convenient sample, was used to compare the outcomes between the three groups.¹⁵ The target population was individuals who were diagnosed as having one of these three categories of psychiatric conditions as a main diagnosis and who were treated in a psychiatric day hospital: 1) psychotic disorders; 2) mood and anxiety disorders; 3) cluster B personality disorders. To be included, participants needed to be aged 18 years old and

over, have a DSM-IV psychiatric diagnosis and score between 21 and 60 on the Global Assessment of Functioning Scale (GAF)¹⁶. This last criterion was chosen as an operational way to define acute symptomatology. The final range was determined by a retrospective analysis conducted by the first author, who extracted GAF scores from medical records of clients treated in the target day hospital during a two month period (n = 76). In addition, mean and range GAF scores reported in previous psychiatric day hospital studies were considered.^{11,17,18} Participants were excluded if they were homeless, had severe loss in physical independence or substance abuse as their primary problem, presented mental retardation or were involuntarily admitted. These eligibility criteria are those of the target setting and are representative of the population treated in psychiatric day hospitals.

Day hospital program description

The target day hospital was the one at Louis-H. Lafontaine Hospital, a large psychiatric institution situated in Montreal, Canada. Its mandates were to prevent and reduce the duration of hospitalizations as well as provide intensive outpatient treatment. The main reasons for referral were to precise the psychiatric diagnosis, treat and stabilize the mental illness, and facilitate social reintegration. The program involved six clinical teams who treated 10 to 12 clients each. Two of these teams included seniors 60 years old and over presenting as a primary diagnosis: 1) mood, anxiety or personality disorders or 2) psychotic or cognitive disorders. In the four adult teams, one was for people with psychotic disorders, two were for individuals with mood and anxiety disorders and one was for people with a cluster B personality disorder. Each team was composed of four

health care professionals from different health disciplines, including psychiatrists, nurses, occupational therapists, psychologists or social workers.

The six teams shared several features. For example, the goals of all of the teams (and thus of the three groups in the study) included clarifying the diagnosis, decreasing symptoms, improving functioning in all domains of life, helping patients gain insight into their illness and themselves, and preventing relapse. In addition, all of the teams used combinations of pharmacotherapy, group (3-4 meetings/week) and individual therapy (1-2 sessions/week) and integrated various psychotherapeutic and psychosocial approaches, such as cognitive-behavioral, psychodynamic and occupational therapy. However, each team prioritized more specific themes and treatment emphases to meet the particular needs of their clientele. For example, in the psychotic teams, adherence to medication, individual and family psychoeducation, and functional evaluation corresponded to specific clinical targets. In the mood and anxiety disorders teams, interventions focused on introspection and gaining insight into self as well as organization of a balanced lifestyle. In the teams with individuals with cluster B personality disorders, management of impulsive behaviours, relationship issues and compliance to limit setting were addressed. Attendance varied from three to five hours/day, four to five days/week, for a mean of eight weeks for adults and thirteen weeks for seniors. A detailed description of this day hospital program is available elsewhere.¹⁹

Variables and instruments

Based on a literature review combined with a meeting between the first author and the clinicians and managers of the day hospital, the main clinical and functional outcomes

relevant for all clinical groups were psychopathology, social participation and self-esteem.

To measure psychopathology, the SCL-90-R^{20,21} was used in conjunction with the SCL-90 Analogue²⁰. The SCL-90-R^{20,21} corresponds to the version completed by clients, and the SCL-90 Analogue²⁰ is a version completed by a treating clinician. This allowed to have two perspectives on the assessment of current degree of presence of symptoms. Both questionnaires include nine dimensions: somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychotism. The scales range from 'not at all' to 'extremely'. The SCL-90-R measures perceived level of severity of symptoms and distress, whereas the SCL-90 Analogue measures the degree of presence of symptoms only. Both versions have been well validated.²⁰ The SCL-90-R has been used in several studies related to the evaluation of therapeutic effects of day hospitals.^{12,13,18,22,23,24}

The Life Habits Scale (version 3.1)²⁵ was selected to assess social participation. In this questionnaire, life habits refer to daily activities (nutrition, fitness, personal care, housing, communication, mobility) and social roles (responsibilities, interpersonal relationships, community life, education, employment, leisure). For each of the 77 life habits included, the person indicates their perceived level of accomplishment, the type of assistance needed (e.g. human assistance) as well as their satisfaction with the way the habit is currently accomplished. Scores for level of accomplishment and type of assistance are combined and range from "not accomplished" (score of 0) to "no difficulty and no assistance" (score of 9). Satisfaction varies from "very dissatisfied" (score of 0) to "very satisfied" (score of 4). Global scores as well as scores for each dimension, that is

daily activities and social roles, can be obtained from individual scores of each life habit. This questionnaire has shown satisfactory psychometric properties.^{26,27,28,29}

The Rosenberg self-esteem scale was used to measure global self-esteem.^{30,31} This questionnaire is a ten-item Likert scale (for example, “on the whole I am satisfied with myself”), with items answered on a four-point scale, from “strongly agree” to “strongly disagree”. Scores range from 10 to 40, where a higher score means better self-esteem.³¹ It has been well validated^{31,32,33} and has been used in two program evaluation studies with individuals presenting various psychiatric disorders.^{34,35}

All these instruments were pre-tested with two clients of each team at the day hospital to determine applicability with the three groups and prepare clinicians to complete one of the questionnaires. Finally, sociodemographic information was gathered through questioning participants and examining their medical records.

Data collection and analysis

The study received approval from the Research Ethics Committee of the Centre de recherche Fernand-Seguin of l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Recruitment and administration of questionnaires was done by the first author, at all measurement times. Questionnaires were completed at the day hospital or in the participants' home, at their convenience. Informed consent, confidentiality and anonymity were ensured throughout the study. The data collection took place from January 2006 to July 2008. Participants were evaluated at three moments in time, that is, during the first week at the day hospital (T1), at the end of day hospital treatment (T2), and six months after discharge from the day hospital (T3).

The sample size analysis showed that 16 subjects per group were needed to detect a moderate effect size of 0.52 with a power of 80% and an alpha error of 0.05.³⁶ Because of potential loss of subjects over time, the goal was to recruit 20 subjects in each group who completed the T1 and T2 measurements.

The data was analyzed with the SPSS version 15.0 software³⁷. Descriptive statistics such as means, standard deviation and percentages were used. Comparisons of sociodemographic characteristics which corresponded to categorical variables were done with the Chi-square and Fisher's Exact Tests when cells' expected frequencies were below five. The normality of distribution was verified for all clinical and functional variables. Since the variables were found not to be normally distributed and the sample size was small, nonparametric tests were selected for use in the analysis. The Wilcoxon Signed Ranks test was used to examine the clinical and functional changes over time in each group. The Kruskal-Wallis test was used for the comparative analyses of three groups on sociodemographic characteristics, clinical and functional outcomes at each measurement time and changes over time (continuous variables). The Mann-Whitney U test was chosen for post hoc analyses as well as comparisons between participants and excluded clients on continuous variables. The level of significance was set at 0.05.

RESULTS

During the data collection period, 71 participants were recruited and 11 had to be excluded because they did not complete a minimum of five weeks of treatment at the day hospital and the second measurement at T2. A closer examination of those who abandoned the day hospital program prematurely showed that 63.6% (n = 7) had a cluster B personality disorder. Comparisons with the main sample indicated that the excluded

participants were not significantly different at baseline on any sociodemographic, clinical and social participation variables, including gender, age, education level, symptoms, accomplishment and satisfaction in social participation and self-esteem.

The main characteristics of the participants are described in Table 6.2.1. Participants in the three groups had comparable marital status, ethnic backgrounds and education levels. In all groups, over 60% of the participants had previous episodes of mental illness. A few significant differences were also present between the three groups. On average, people in the group with mood and anxiety disorders were older than the two other groups and more were parents. The group with cluster B personality disorders had a higher proportion of women than in the two other groups. Finally, the symptoms and level of impairments, as reflected by the mean GAF scores, were significantly more severe in the group of people with psychotic disorders.

In the psychotic disorders group, the most frequent diagnoses were schizophrenia ($n = 7$) and psychotic disorder not otherwise specified ($n = 7$) (Table 6.2.2). Sixty-five per cent had another condition, such as comorbid substance abuse problems. In the mood and anxiety disorders group, 45% had solely a major depression and 45% had a mix of mood and anxiety disorders. Over half of the participants in that group ($n = 11$) had another psychiatric condition, such as personality traits or disorders, particularly in the cluster C. In the cluster B personality disorders group, the most frequent diagnosis was borderline personality disorder ($n = 14$). All had an axis I diagnosis, such as adjustment disorders or major depression.

Table 6.2.1. Profile of the day hospital participants per group (n = 60)					
	<i>Psychotic disorders</i> (n = 20)	<i>Mood and anxiety disorders</i> (n = 20)	<i>Cluster B personality disorders</i> (n = 20)	<i>Test</i>	<i>p-value</i>
Continuous variables	Mean (s.d.) Range	Mean (s.d.) Range	Mean (s.d.) Range		
Age	34.2 (16.7) 19-73	53.5 (11.1) 38-77	38.4 (15.6) 18-74	Kruskall-Wallis = 17.4	<0.001
GAF	39.8 (6.8) 25-50	49.5 (5.1) 40-55	49.4 (6.3) 35-60	Kruskall-Wallis = 22.1	<0.001
Categorical variables	n (%)	n (%)	n (%)		
Sex					
Men	10 (50)	9 (45)	2 (10)	$X^2 = 8.4$	0.02
Women	10 (50)	11 (55)	18 (90)		
Marital status					
Single	14 (70)	3 (15)	8 (40)	$X^2 = 3.1$	0.21
Married/Common-law	3 (15)	8 (40)	6 (30)		
Separated/divorced	1 (5)	7 (35)	6 (30)		
Widow	2 (10)	2 (10)	0 (0)		
Ethnicity					
Caucasian	18 (90)	20 (100)	20 (100)	$X^2 = 4.1$	0.13
Haitian	2 (10)	0 (0)	0 (0)		
Parenthood					
Yes	6 (30)	18 (90)	10 (50)	$X^2 = 15.2$	<0.001
Education level					
Elementary	1 (5)	0 (0)	0 (0)	$X^2 = 8.7$	0.19
High school	7 (35)	10 (50)	15 (75)		
College	8 (40)	6 (30)	2 (10)		
University	4 (20)	4 (20)	3 (15)		
Episodes					
First episode in psychiatry	5 (25)	6 (30)	8 (40)	$X^2 = 1.1$	0.58
Second episode or more	15 (75)	14 (70)	12 (60)		

	<i>Primary diagnosis</i>	<i>n (%)</i>	<i>Comorbid conditions</i> ¹	<i>n (%)</i>
Psychotic group (n = 20)	Schizophrenia	7 (35)	Axis II	12 (60)
	Not otherwise specified	7 (35)	Substance abuse	3 (15)
	Schizophreniform	3 (15)	Eating disorder not otherwise specified	1 (5)
	Delusional	1 (5)	Anxiety disorders: social phobia and OCD	1 (5)
	Schizoaffective	1 (5)		
	Dissociative	1 (5)		
Mood and anxiety group (n = 20)	Major depression	9 (45)	Axis II	9 (45)
	Mixed mood and anxiety	9 (45)	Substance abuse	2 (10)
	Dysthymic	1 (5)	Somatization	1 (5)
	Bipolar II	1 (5)	Cognitive disorder not otherwise specified	1 (5)
	PTSD	1 (5)		
Cluster B group (n = 20)	Borderline	12 (60)	Adjustment disorder/Depression	12 (60)
	Mixed	7 (35)	Substance abuse	7 (35)
	Narcissistic	1 (5)	Anxiety disorder (e.g. GAD)	3 (15)
			ADHD	2 (10)
			Eating disorder not otherwise specified	2 (10)

¹ Participants could have no comorbid conditions or more than one

At T1, participants with psychotic disorders and their treating clinicians had a differing assessment on severity of symptoms (see Table 6.2.3). In the former, they perceived to present significantly less severe symptoms than the two other groups ($p < 0.001$). However, their clinicians rated them as having, on average, a significantly more severe pathology in both T1 ($p = 0.04$) and T2 ($p < 0.001$). At T1, participants with psychotic disorders also perceived having significantly fewer problems with their self-esteem ($p = 0.02$), participation in daily activities ($p = 0.03$) and satisfaction with daily activities ($p = 0.009$) and social roles ($p = 0.02$).

During the day hospital intervention, between T1 and T2, there was significant improvement in all groups on all variables, except for self-esteem of people with psychotic disorders where the improvement is slight and non significant (see Table 6.2.3). The degree of improvement is similar in the three groups on accomplishment and satisfaction towards social participation. However, people with psychotic disorders improved less than the other groups regarding their perceived severity of symptoms, distress and self-esteem.

Following discharge, the degree of change over time is comparable in the three groups on all clinical and social participation variables (see Table 6.2.4). All remain stable in their perceived level of severity of symptoms. Yet, those in the mood and anxiety disorders group continue to significantly improve on their self-esteem ($p = 0.02$) as well as their accomplishment and satisfaction towards social participation in regular activities and social roles ($p \leq 0.02$). Six months after the end of the day hospital treatment, people with cluster B personality disorders feel significantly higher distress than the two other groups ($p = 0.02$).

DISCUSSION

This study is a first exploration of the therapeutic effects of a day hospital on three clinical populations organized homogeneously on their primary psychiatric diagnosis and that included individuals with cluster B personality disorders. The initial question was who appeared to benefit the most from a day hospital treatment program.

Table 6.2.3. Comparison of the changes in the three groups between T1 and T2 (n = 60)

<i>Variables</i>	<i>Psychotic disorders (n=20)</i>			<i>Mood and anxiety disorders (n=20)</i>			<i>Cluster B personality disorders (n=20)</i>			<i>Comparison of means between the three groups</i>		<i>Comparison of mean differences between the three groups</i>
	<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>	<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>	<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>	<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>T1 (p)⁷</i>	<i>T2 (p)⁷</i>	<i>Interaction (p)⁷</i>
Severity of psychopathology (participant) ¹	1.0 (0.5)	0.6 (0.4)	0.001	1.6 (0.7)	0.9 (0.5)	<0.001	2.1 (0.6)	0.9 (0.8)	<0.001	<0.001	0.18	0.001
Perceived distress ¹	1.9 (0.4)	1.6 (0.4)	0.002	2.5 (0.6)	1.7 (0.5)	<0.001	2.7 (0.6)	1.8 (0.7)	<0.001	<0.001	0.37	0.01
Severity of psychopathology (clinician) ²	5.4 (2.1)	4.3(1.9)	0.02	3.8 (2.0)	1.7 (1.8)	<0.001	4.7 (1.6)	2.4 (1.5)	0.001	0.04	<0.001	0.09
Self-esteem ³	29.2 (5.5)	31.2 (5.9)	0.11	25.1 (6.9)	31.5 (4.9)	<0.001	21.8 (7.4)	32.2 (6.1)	<0.001	0.02	0.78	<0.001
Social participation (total) ⁴	7.2 (1.1)	7.8 (0.8)	0.001	6.5 (1.2)	7.2 (1.1)	0.006	6.6 (1.0)	7.5 (1.0)	0.003	0.06	0.18	0.30
Satisfaction with social participation (total) ⁵	3.0 (0.5)	3.3 (0.5)	0.002	2.4 (0.7)	3.0 (0.5)	0.002	2.5 (0.5)	3.1 (0.6)	0.001	0.07	0.13	0.11
Social participation in daily activities ⁴	7.7 (1.0)	8.0 (0.8)	0.009	6.9 (1.0)	7.6(1.1)	0.006	7.1 (0.9)	7.9 (0.9)	<0.001	0.03	0.32	0.10
Satisfaction with daily activities ⁵	3.1 (0.69)	3.3 (0.5)	0.05	2.5 (0.6)	3.0 (0.6)	0.006	2.7 (0.6)	3.2 (0.5)	<0.001	0.009	0.13	0.17

Social participation in social roles ⁴	6.7 (1.3)	7.5 (1.0)	0.002	6.1 (1.6)	6.8 (1.2)	0.03	6.0 (1.3)	7.1 (1.2)	0.009	0.19	0.17	0.63
Satisfaction with social roles ⁵	2.9 (0.6)	3.3 (0.5)	0.001	2.3 (0.9)	2.9 (0.5)	0.006	2.4 (0.6)	3.0 (0.6)	0.004	0.02	0.17	0.26

1 Based on the SCL-90-R; 1 = not at all and 4 = extremely

2 Based on the SCL-90 Analogue; 1 = not at all and 10 = extremely

3 Based on the Rosenberg self-esteem scale; higher score = better self-esteem

4 Based on the Life Habits Scale; 0 = not accomplished and 9 = accomplished with no difficulty and no assistance

5 Based on the Life Habits Scale; 1 = very dissatisfied and 4 = very satisfied

6 Tested with Wilcoxon's Signed Ranks Test

7 Tested with the Kruskal-Wallis. Post hoc analyses were done with the Mann-Whitney U test.

Table 6.2.4. Comparison of the changes in the three groups between T2 and T3 (n = 47)

<i>Variables</i>	<i>Psychotic disorders (n = 16)</i>		<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>Mood and anxiety disorders (n = 19)</i>		<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>Cluster B personality disorders (n = 12)</i>		<i>T2-T1 (p)⁶</i>	<i>Comparison of means between the three groups</i>		<i>Comparison of mean differences between the three groups</i>
	<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>		<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>		<i>Mean (s.d.) T1</i>	<i>Mean (s.d.) T2</i>		<i>T1 (p)⁷</i>	<i>T2 (p)⁷</i>	
Severity of psychopathology (participant) ¹	0.6 (0.5)	0.6 (0.5)	0.80	0.9 (0.5)	0.7 (0.7)	0.13	1.1 (0.9)	1.2 (1.0)	0.91	0.32	0.57	0.57
Perceived distress ¹	1.6 (0.4)	1.5 (0.5)	0.54	1.7 (0.5)	1.7 (0.69)	0.82	2.0 (0.7)	2.3 (0.9)	0.24	0.10	0.02	0.33
Severity of psychopathology (clinician) ²	4.9 (2.1)	4.6 (2.7) (n = 12)	0.84	1.2 (1.5)	3.9 (2.4) (n = 8)	0.05	1.8 (0.1)	3.4 (0.9) (n = 2)	0.18	0.001	0.62	0.10
Self-esteem ³	30.7 (6.1)	31.3 (4.4)	0.67	31.8 (4.8)	34.8 (5.2)	0.02	32.3 (6.5)	32.0 (7.7)	0.82	0.81	0.07	0.15
Social participation (total) ⁴	7.9 (0.6)	7.9 (0.6)	0.88	7.2 (1.1)	7.8 (0.8)	0.01	7.4 (1.0)	7.5 (1.4)	0.75	0.11	0.85	0.12
Satisfaction with social participation (total) ⁵	3.3 (0.4)	3.3 (0.5)	0.68	3.0 (0.5)	3.4 (0.6)	0.01	3.1 (0.6)	3.1 (0.8)	0.75	0.09	0.66	0.12
Social participation in daily activities ⁴	8.1 (0.6)	8.1 (0.5)	0.59	7.6 (1.1)	8.1 (0.6)	0.01	7.8 (1.0)	7.8 (1.2)	0.84	0.24	0.99	0.17
Satisfaction with daily activities ⁵	3.3 (0.4)	3.3 (0.5)	1.00	3.0 (0.6)	3.4 (0.6)	0.02	3.2 (0.6)	3.1 (0.8)	0.75	0.08	0.43	0.28
Social participation in	7.6 (0.7)	7.7 (0.9)	0.80	6.7 (1.2)	7.5 (1.2)	0.02	7.0 (1.1)	7.1 (1.6)	0.81	0.11	0.65	0.20

social roles ⁴												
Satisfaction with social roles ⁵	3.3 (0.5)	3.3 (0.5)	0.80	2.9 (0.5)	3.3 (0.6)	0.01	3.0 (0.6)	3.0 (0.8)	0.75	0.12	0.77	0.09

1 Based on the SCL-90-R; 1 = not at all and 4 = extremely

2 Based on the SCL-90 Analogue; 1 = not at all and 10 = extremely

3 Based on the Rosenberg self-esteem scale; higher score = better self-esteem

4 Based on the Life Habits Scale; 0 = not accomplished and 9 = accomplished with no difficulty and no assistance

5 Based on the Life Habits Scale; 1 = very dissatisfied and 4 = very satisfied

6 Tested with Wilcoxon's Signed Ranks Test

7 Tested with the Kruskal-Wallis. Post hoc analyses were done with the Mann-Whitney U test.

The findings in this study suggest that the three clinical groups made significant gains during their participation at the day hospital on several aspects related to their illness and their daily living functioning. Moreover, they maintained this positive progress after the program terminated. However, it appears that those with mood and anxiety disorders, because of their continued perceived improvement after discharge regarding their realization and satisfaction in daily activities and social roles, seemed to have particularly benefited from their day hospital experience. These positive changes in this clinical population are consistent with other day hospital studies which treated people with these types of psychopathologies.^{12,24,38} In this investigation, we did find differential effects during the intervention between those with psychotic and affective disorders. This result differs from earlier studies of Creed et al.¹⁰, Glick et al.¹¹ and Sledge et al.,¹³ who found similar degrees of change in these populations at all times. The lesser degree of perceived change during day hospital treatment for participants with psychotic disorders may be related to the fact that they tended to perceive themselves as less ill at the beginning of the program than those with mood, anxiety and cluster B personality disorders. For example, on average, “they rated being only a little troubled” by their symptoms. This leaves less opportunity for change as this dimension is not viewed as being very problematic.

For those with a cluster B personality disorder, the results from this study indicated that clinically and functionally, they gained from a short-term intensive structured program. The positive changes observed during treatment and overall stability following the end of the day hospital program is consistent with the findings of Badey et al.³⁹. Thus, acute psychiatric day hospital programs constitute a promising therapeutic avenue for them, since there is still limited evidence on the benefits of short-term treatment for this population. A challenge that remains is

to explore ways to maintain their participation in treatment and reasons why they rapidly drop out. It is known that this clientele has difficulty in engaging in treatment.⁴⁰ Piper and Joyce⁴¹ have stated that individuals with cluster B personality disorders can be ambivalent to change. Moreover, the power of known habits, reinforcement from the social environment or adaptive limitations related to temperament have also been hypothesized to explain this difficulty.⁴² Finally, possible strong negative emotions experienced in group therapy could have influenced early termination as this was one explanation of discontinuance in an outpatient group psychotherapy for women with borderline personality disorder.⁴⁰

Although differences were found between the three groups at baseline on some variables, the study participants in each group in this study were comparable to other clients with similar disorders. Compared with other studies of day hospital treatment for patients with mood and anxiety disorders, the participants with mood and anxiety disorders in this investigation were similar in age to those in the study by Mazza et al.³⁸ but older than in the study by Howes et al.¹² The fact that there was a higher proportion of women were in the cluster B personality disorders group is consistent with epidemiological studies which have shown that borderline and histrionic personality disorders, part of the cluster B, are more prevalent in women.⁴³ Finally, the clinician based evaluation of a more severe degree of pathology and dysfunction seen in the psychotic disorders group, as determined by the mean GAF scores, is conforming with the GAF scale, where scores between 21 and 40 indicate psychotic symptoms.⁴⁴

One of the main limitations of this study, which affect generalization of the findings, is the small sample size in each group. In addition, at the site of the study, people with mood and anxiety disorders were grouped together because of high comorbidity of these two families of psychiatric conditions. It would be interesting to examine the effects of day hospitals in these

two categories separately. Nonetheless, this study provides useful findings for clinicians, managers and researchers in psychiatric practice. For these three clinical groups, the next steps in research would be to compare the impact of day hospital interventions with other intensive and time limited mental health services that compose the current mental health care system, such as crisis centers, assertive community treatment, intensive home care, specialized outpatient programs and brief hospitalization.

Acknowledgements

The authors would like to offer their most sincere gratitude to the participants who accepted to share their experience in a difficult time for them. Thank you to the day hospital clinicians and managers who actively collaborated in all the steps of the study. This study received financial support from the Canadian Institutes of Health Research, the Association des Hôpitaux de Jour en Psychiatrie du Québec, the Quebec Network for Research on Aging, the Centre de recherche Fernand-Seguin and the Canadian Occupational Therapy Foundation.

References

1. Azim, HF. Partial Hospitalization Programs. In: Livesley, W.J., ed. *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press; 2001.
2. Kallert, TW, Glöckner, M, Priebe, S, et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:777-788.
3. Serero, M, Gagnon, J. *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*. Québec, Canada: Association des hôpitaux du Québec; 2000.
4. Rosie, JS, Azim, HFA, Piper, W, et al. Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatr Serv* 1995;46:1019-1026.
5. Casarino, JP, Wilner, M, Maxey, JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp* 1982;1:5-21.
6. Horvitz-Lennon, M, Normand, SLT, Graccione, P, et al. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001;158: 676-685.
7. Schene, AH. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:303-309.
8. Kallert, TW, Priebe, S, McCabe, R, et al. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007;68:278-287.
9. Priebe, S, Jones, G, McCabe, R, et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care/Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:243-249.

10. Creed, F, Black, D, Anthony, P, et al. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *Br Med J* 1990;300:1033-1037.
11. Glick, ID, Fleming, L, DeChillo, N, et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1551-1556.
12. Howes, JL, Haworth, H, Reynolds, P, et al. Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Can J Psychiatry* 1997;42:502-508.
13. Sledge, WH, Tebes, J, Rakfeldt, J, et al. Day hospital/ Crisis respite care versus inpatient care, part I: Clinical outcomes. *Am J Psychiatry* 1996;153:1065-1073.
14. Karterud, S, Pedersen, G. Short-term day treatment for personality disorders: Benefits of the therapeutic components. *Therapeutic communities* 2004;25: 43-54.
15. De Poy, E, Gitlin, LN. Introduction to research/Multiple strategies for health and human services. St-Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.; 1993.
16. Endicott, J, Spitzer, RL, Fleiss, JL, et al. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:766-771.
17. Dufton BD, Siddique CM Measures in the day hospital. I. The global assessment of functioning scale. *Int J Partial Hosp* 1992;8:41-49.
18. Russell, V, Mai, F, Busby, K, Attwood, et al. Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Can J Psychiatry* 1996;41:629-637.
19. Larivière, N, Melançon, L, Fortier, L, et al. A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Can J Commun Ment Health*;28:165-179.
20. Derogatis, LR. SCL-90-R[®]. Symptom-Checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc; 1994.

21. Fortin, MF, Coutu-Walkulczyk, G. Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: le SCL-90-R. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada; 1985.
22. Granello, DH., Granello, PF, Lee, F. Measuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program. *J Behav Health Serv Res* 1999;26:50-63.
23. Schene, AH, van Winjngaarden, B, Poelijoe, NW, et al. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:427-436.
24. Waddell, KL, Demi, AS. Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Arch Psychiatr Nurs* 1993;7:2-10.
25. Fougeyrollas, P, Noreau, L, Dion, SA, et al. La Mesure des Habitudes de Vie (version 3.1). Lac St-Charles, Québec, Canada: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap; 2002.
26. Desrosiers, J, Noreau, L, Robichaud, L, et al. Validity of the assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *J Rehab Med* 2004;36:177-182.
27. Noreau, L, Fougeyrollas, P, Vincent, C. The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability* 2002;14:113-118.
28. Noreau, L, Desrosiers, J, Robichaud, L, et al. Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H among older adults with disabilities. *Disabil Rehabil* 2004;26:346-352.
29. Poulin, V, Desrosiers, J. Reliability of the LIFE-H satisfaction scale and relationship between participation and satisfaction of older adults with disabilities. *Disabil Rehabil*;in press.
30. Rosenberg, M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. In: Leahy R, ed. *The development of the self*. New York: Academic Press; 1985:205-246.

31. Vallières, EF, Vallerand, RJ Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *Int J Psychol* 1990;25:305-316.
32. Torrey, WC, Mueser, KT, McHugo, GH, et al. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2000;51:229-233.
33. Van Dongen, CJ Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Ment Health J* 1996;32:535-548.
34. Piper, WE, Rosie, JS, Azim, HF, Joyce, AS A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:757-763.
35. Stein, LI, Test, MA. Alternative to mental hospital treatment/I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:392-397.
36. Machin, D, Campbell, M, Fayers, P., et al. *Sample size tables for clinical studies*. Toronto, Canada: Copp Clark Professional; 1997.
37. Field, A. *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2005.
38. Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., et De Risio, S. Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatr Serv* 2004;55:436-438.
39. Badey, E, Bourque, J, David, P, et al. Troubles de la personnalité à l'hôpital de jour/L'expérience de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. In: Labrosse, R, Leclerc, C, eds. *Troubles de la personnalité limite et réadaptation/Tome 1*. Québec, Canada: Éditions Ressources; 2007.

40. Hummelen, B, Wilberg, T, Karterud, S. Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int J Group Psychother*;57:67-91.
41. Piper, WE, Joyce, AS Psychosocial treatment outcome In Livesley WJ, ed. *Handbook of personality disorders/Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press; 2001.
42. Gunderson, JG. Introduction to section 26 (Personality Disorders). In: *American Psychiatric Association/Task force on treatment of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1989:2633-2638.
43. Sadock, BJ, Sadock, VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams et Wilkins; 2007.
44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Text revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

6.3 Article 3 intitulé: Revisiting the day hospital experience six months after discharge: How was the transition and what have clients retained?

Larivière, N.^{1,2}, Desrosiers, J.^{1,3}, Tousignant, M.,^{1,3} Boyer, R.²

¹ École de réadaptation, Université de Sherbrooke

² Centre de recherche Fernand-Seguin

³ Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Spécification du statut de l'article : sous presse dans la revue *Psychiatric Quarterly*

Description de l'apport de la candidate à l'article : Pour cet article, l'étudiante a fait la collecte de données et les analyses, secondée par sa directrice Johanne Desrosiers. De plus, elle a rédigé l'ensemble des sections du manuscrit qui fut révisé par ses directeurs.

Résumé

Les hôpitaux de jour psychiatriques offrent un traitement multidisciplinaire intensif d'une durée limitée. Aucune étude n'a regardé plus en profondeur l'impact de cette expérience thérapeutique dans la vie des participants et ce qu'ils ont retenu de leur participation après leur congé. Cette étude visait à revisiter qualitativement l'expérience d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique six mois après la fin du séjour et explorer l'impact de cette expérience dans la vie de personnes adultes et âgées vivant avec divers troubles mentaux. Un devis qualitatif utilisant des entrevues individuelles semi-dirigées ont été complétées six mois suivant le congé, avec 18 participants des deux sexes, de différents âges et diagnostics, traités dans un hôpital de jour. Les thèmes des entrevues ont porté sur les événements et les changements depuis le congé, les apprentissages

retenus, les composantes de l'hôpital de jour appréciées et les suggestions. Les résultats ont indiqué que l'expérience à l'hôpital de jour a été particulièrement aidante pour améliorer les symptômes et la relation à soi. La thérapie a permis d'amorcer un processus de transformation personnelle qui s'est poursuivi par la suite. La terminaison a créé chez plusieurs participants un vide abrupte. Les enjeux durant les premiers six mois après le congé étaient la continuité de soins, le soutien social et la mise en pratique des apprentissages faits dans le suivi à l'hôpital de jour. Le programme offert à l'hôpital de jour a généralement été apprécié mais la gestion du temps d'attente pour une prise en charge à l'hôpital de jour et les liens avec les services en externe seraient à améliorer.

Abstract

Psychiatric day hospitals offer intensive short-term multidisciplinary treatment. No study has examined in more depth the impact of this therapeutic experience in the life of participants and what they retained from their participation after discharge. A qualitative design using semi-structured individual interviews was completed with 18 participants of different gender, age and diagnosis, treated in a day hospital, six months after discharge. Interview themes addressed events and changes since discharge, learnings retained, appreciated components and suggestions. Results showed that the day hospital experience was particularly helpful to improve symptoms and relationship with self. It activated a self-transformation process that continued afterwards. Termination created for many an abrupt void. Issues at stake during the first six months were continuity of care, social support and putting learnings into practice. The program offered at the day hospital was generally appreciated but management of the waiting time and linkage to outpatient services needed improvement.

Keywords: psychiatric day hospital, qualitative impact over time, program evaluation

Introduction

Psychiatric day hospitals have been part of the mental health care system for several decades. They usually propose time-limited intensive interventions that combine the use of medication and a variety of therapeutic modalities offered in groups and individually (1). They aim at improving not only symptomatology but instilling hope, building skills and gaining more empowerment (2). Because of their short-term component, effectiveness of day hospitals in instilling more permanent changes in people with long-standing maladaptive behaviors and personality structure has been questioned. In a study examining qualitatively a day hospital program (2), a common negative impression expressed by the participants concerned the limited duration and a wish to add two to four weeks more of therapy.

Previous studies looking at more long-term effects of day hospitals have usually focused on measuring the participants' clinical status and social functioning through quantitative comparative studies with hospitalization (3-6) and less intensive outpatient programs (7-8). Very few studies (6,9) have examined more long term impressions towards services received in day hospitals, another important component to assess the outcomes and quality of programs (10-12). In the investigation of Sledge et al. (9), positive satisfaction with services did not change significantly over time. In the case of Priebe et al. (6), at three months post discharge, participants in the day hospital group were significantly more satisfied with services received than hospitalized participants, but that difference disappeared at 12 months following the termination of the program. In these two previous studies, perceptions measured were limited to

global mean scores. In addition, seniors with mental illness, a group that is known to receive services from day hospitals, were excluded.

In this area, what can be concluded is that several important questions still remain unanswered, including: How did this therapeutic experience influence the life of participants? How was the transition after the program ended? What tools learned during treatment did they put into practice? What did they retain from their therapy? No study has explored more in depth the impact of participating in a day hospital program over time for adult and senior clinical populations. The information provided could be of clear benefit to inform clinicians, managers and researchers about treatment design, treatment efficacy, treatment practices and organization of services that clients value, particularly for time-limited programs (13-14). The objective of this study was thus to qualitatively revisit the day hospital experience six months following termination of the program and explore the impact of the experience in the lives of adults and seniors with mental illness.

Methodology

This study is part of a larger investigation examining the clinical and functional effectiveness of a day hospital compared to hospitalization as well as client satisfaction towards services received. It received approval from the Research Ethics Committee of the site of the study. To answer the research questions, a qualitative design based on the guidelines of Creswell (13) for sampling and data collection and Miles and Huberman (15) for the analysis were used.

Sampling

The total sample size in the day hospital group for the larger study was 60 participants. A purposive and theoretically driven sample of 18 participants was recruited for the qualitative component of the study. The investigators wished to include a mosaic of diversified experiences

(16). Thus, the participants were selected from all the six clinical teams composing the day hospital program and also, according to their level of satisfaction with services. It has been shown that satisfaction with services received influences several health-related behaviors, such as treatment compliance and seeking for help (17). It was hypothesized that the level of satisfaction at the end of the participation in the program could influence the perception of the experience over time.

In this study, satisfaction was measured with the Verona Service Satisfaction Scale-EU (VSSS-EU) (18). This questionnaire assesses satisfaction and expectations of individuals with psychiatric illnesses towards different dimensions of mental health services they receive, such as professionals' skills and behaviors, and types of intervention (19-20). It detects well satisfaction from dissatisfaction (12). Internal consistency and test-retest reliability of the VSSS-EU are good (20). Thus, participants were divided into three categories, based on their total score on the VSSS-EU (18), completed at the end of their treatment in the day hospital: 1) unsatisfied: below average, 2) satisfied: average and 3) very satisfied: above average.

The day hospital setting

The site of the study was the day hospital of Louis-H. Lafontaine Hospital, a psychiatric institution situated in Montreal, Canada, serving an urban catchment area of about 350 000 individuals. The day hospital opened in 1997, following a reduction in the number of inpatient beds, as an alternative service to hospitalization. At the same time, more than 20 new psychiatric day hospitals were emerging in the province of Quebec, Canada (21).

This day hospital offered outpatient, intensive and short-term services of evaluation and treatment for adults and seniors with acute and subacute symptomatology of a mental illness, and associated significant functional disabilities. Clinical staff included psychiatrists, nurses,

occupational therapists, psychologists, social workers and a neuropsychologist. The program was composed of six clinical teams offering services for 10 to 12 clients each. The teams were divided according to the main psychiatric diagnosis (psychotic disorders, mood and anxiety disorders, cluster B personality disorders) and age (60 years old was the cut-off to divide younger and older adults). Clients participated in group and individual interventions for three to five hours per day, four to five days per week, for an average of eight weeks. All teams adopted an integrative treatment approach blending pharmacological, psychoeducative, cognitive-behavioral, psychodynamic, human occupation and systemic interventions. In all the teams, the main issues addressed included relief of symptoms, insight into illness and relapse prevention, improvement in functioning in all domains of life and better self-awareness. Each team added complementary emphases to meet the specific needs of their clients. A more detailed description of this day hospital can be found elsewhere (2).

Data collection

The semi-structured interviews were conducted by the first author. Their duration varied between 45 and 90 minutes. They were audiotaped and transcribed with the original words and ways of speaking of the participants and included silences, hesitations and laughs. All the written transcripts were verified for accuracy by the first author. Descriptive information about the participants, such as marital status and education level was collected by questioning participants.

Interview guide

For the six months follow-up interview, an interview guide was developed by the first author, a clinician and a manager of the day hospital. It was validated by an expert in qualitative research, a clinician at the day hospital with experience in qualitative research and a researcher in program evaluation. As suggested by Creswell (13), the guide was pilot tested with two clients of

the day hospital program. The final interview addressed four themes: 1) perceived personal changes; 2) learning made; 3) therapeutic ingredients in the day hospital; and 4) suggestions for improvement. Questions were mainly open-ended. Examples of questions included: "Please describe to me the past six months since your last day at the day hospital" and "What have you learned from your experience at the day hospital?" During the data collection, based on the understanding of the respondents and reading of the interview transcripts, the interview guide was slightly modified in order to improve the clarity of the questions. The interviews followed the main characteristics described by Smith and Osborn (22), which is that the researcher attempted to establish rapport with the respondents, probed interesting areas as they arose, followed respondents' concerns and thus, was not always following exactly the ordering of the questions in the interview guide. Notes were also taken on the non-verbal language, mood and attitudes of the participants as well as impressions of the interviewer. This information was used during the analysis.

Analysis

The analysis followed the guidelines recommended by Miles and Huberman (15). According to these authors, coding refers to the process of labelling a word, a phrase or a paragraph with a unit of meaning called code. The guide of codes, including definitions and illustrative quotes by participants, was established by the first author. Several codes were used a priori based on the interview guide and the impressions of the first author during the data collection. Throughout the analysis, the first author used a journal of memos to help build an integrated understanding of the experiences, opinions and processes of the participants (15). In addition, to choose or to refine the themes, categories and sub-categories, dictionaries were consulted as well as scientific literature.

To increase the reliability of the analysis, an external expert clinician working at the day hospital and with qualitative research experience coded entirely one of the first interviews, selected by draw, with the initial code guide. A bonified version of the code guide was later validated by one author (JD), when 80% of the material was analyzed and the code guide remained somewhat stable. Subsequently to each validation, choices of codes were discussed and refined. Code-recode reliability was also verified mid-way and later by the first author, for two interviews, with an interval of two weeks each time. As expected, with each verification, intercoder and code-recode reliability improved to reach good agreement (15). The final analysis was verified and discussed by all the authors.

In addition, 15 participants shared spontaneous comments about their perceptions of the day hospital and their experience since their discharge. These spontaneous comments were noted by the first author and were used as a source of validation of the themes, categories and subcategories. They also confirmed that saturation of ideas was reached with the 18 interviewees.

To organize the qualitative data, the QDA Miner software (version 3.0) was used. Descriptive characteristics of the participants were analyzed by the SPSS version 15 software.

Results

Description of participants

The sociodemographic and clinical characteristics of the 18 interview participants are presented in Table 6.3.1. The sample was composed entirely of Caucasian individuals, with a mean age around 45 years old. There were a higher proportion of women. Most frequently, the participants were married or living with a common-law partner, had a university level of education and were working. Clinically, on average, they perceived that they were a little

troubled by their symptoms and felt moderate distress. They accomplished their daily activities and social roles, on average, without difficulty and with some adaptation. They were overall satisfied with the way their daily activities and social roles were realized and felt high self-esteem. In terms of the level of satisfaction towards the services received at the day hospital at discharge: six were unsatisfied, five were satisfied and seven were very satisfied.

Several participants were moved by this reflective experience, which represented closure of that chapter of their life. Thinking about their time spent at the day hospital brought them back to a period where they suffered acutely from their symptoms of mental illness. They appreciated the opportunity to talk about their journey and see their changes since their participation in the program ended. In the following section, the findings are presented in a chronological fashion, beginning before their participation at the day hospital until the time of the interview.

Before beginning the day hospital treatment

A few participants mentioned that initially, they were reluctant to come to the day hospital because of personal prejudices and fear of judgement by their social environment about the place of treatment, which was situated within a psychiatric hospital. In addition, some also had personal prejudices about mental illness and group therapy.

The waiting time before being contacted by the day hospital was seen as too long for those who waited more than two weeks. During that period, they reported that they were greatly suffering and distressed. In addition, for two participants, the delay meant more time with less revenue and this was a worrisome situation.

Table 6.3.1

Sociodemographic and clinical characteristics of the participants six months after day hospital discharge (n = 18)

Continuous variables	Mean (s.d.)
Age	44.8 (18.3)
	Range (21-77)
Categorical variables	n (%)
Sex	
Women	13 (72.2)
Marital status	
Married/Common-law	6 (33.3)
Single	5 (27.8)
Separated/Divorced	4 (22.2)
Widow	3 (16.7)
Ethnic origins	
Caucasian	18 (100)
Parenthood	
No	10 (56)
Education	
University	8 (44.4)
High School	6 (33.3)
College	2 (11.1)
Elementary	1 (5.6)
Employment status	
Working	6 (33.3)
Unemployed	5 (27.8)
Employed-leave of absence	3 (16.7)
Retired	4 (22.2)
Main psychiatric diagnosis	
Mood and anxiety disorder	7(38.9)
Psychotic disorder	6 (33.3)
Cluster B personality disorder	5 (27.8)
Level of satisfaction towards day hospital at discharge:	
Unsatisfied (below average on VSSS-EU)	6 (33.3)
Satisfied (average on the VSSS- EU)	5 (27.8)
Very satisfied (above average on the VSSS-EU)	7 (38.9)

The day hospital experience: what did it represent for them?

The day hospital program was seen by participants as a helpful treatment to decrease the intensity of symptoms, to have a better understanding and a sense of relief from the sources of

their current illness (for example, childhood wounds which were not sorted out before). It also helped participants to reconnect with themselves, to regain trust with others, to be less socially isolated, to build a better self-esteem and self-confidence. As one participant summarized: *«It helped my internal quality of life ».*

The day hospital treatment was seen as a “boosting” experience, provoking significant positive changes in the individuals. It was associated to *“a positive whip that wakes you up”, “a super concentrated super efficient household product”, “a big BONG”, “a breath of fresh air”.*

For the majority of participants, the day hospital represented a stepping-stone for the pursuit of their personal growth. They expressed this theme through different images:

“It’s like a pyramid with the pieces placed on the side of the building site, nothing constructed yet, all the pieces mixed up. The day hospital helps to rebuild the base. Still today, I put the rocks one by one.”

“The therapy at the day hospital helped me see the global image of my puzzle and what is left to be done is polish up the image.”

Some participants referred to the day hospital program as a deeply transforming personal experience, as described with emotion by this young woman :

“I think that people who go through depressions and attend the day hospital should have much less chances of relapse compared to someone who does not do it...I think I was almost fortunate to do it, yes, really. I am not the same person. I told a friend: It’s as if I had a second chance, seriously. Before beginning the day hospital, I did not think I would make it in 2007. It really feels like a second life, I am definitely not the same person...I don’t regret, I don’t really regret having gone through a depression. I don’t know how to explain it, it sounds funny, but that’s what it is, I don’t see it as a positive thing but I

don't see it negatively because it kind of forced me to participate at the day hospital. And this, this, was so beneficial for me that, even if I did not have a depression, just going through the day hospital program, would have been something so helpful for me."

What did participants remember from the day hospital interventions?

All the spontaneously named learnings revolved around the theme of the relationship with self. What was most frequently talked about was having learned more about themselves: their strengths, qualities, values, interests, needs, personality traits and self-representations, as well as learning about the biological and psychological sources underlying their problems and diagnoses. Some commented that this information made them less self-critical about being personally at fault for causing this episode of illness. In addition, almost half of the participants remembered concrete strategies to cope with their problems, such as seeking support, analyzing the situation and applying a strategy that has worked before. For many, expressing and asserting oneself was also a meaningful learning. The other notions recalled were enjoying the present moment, being less worried about how others viewed them, choosing more selectively their friends and interpreting situations in a more nuanced way. The learnings made on themselves and their mental illness, as well as the proposed coping techniques and strategies were seen as useful and thus, motivating to pursue their recovery process.

Evaluation of the day hospital with hindsight

The nourishing interpersonal contact

Similarly to Hoge et al. (23), the participants in this study spoke with emotion about the interpersonal contact felt at the day hospital with their peers and the health care professionals. They explained how the welcoming attitudes, the kindness, respect, acceptance and support were nourishing for them. Here is a revealing example:

« *PARTICIPANT: I appreciated the stay, the help of the therapists, the whole team, as well as the help of the other group members. Because you see at the beginning, everybody I think has this reaction, when we are invited to take part in a therapy done in a group. You know, I don't like to talk in front of people, but it was beneficial because often, the other participants made comments or suggestions or interpretations on what was happening or advice. It was a pleasant exchange with everyone. And everybody's involvement was important and I liked that. INTERVIEWER: You seemed to be moved when relating this. What moved you especially? PARTICIPANT: Yes. I think, the mutual aid, the experience of having support, it felt good. It was heartwarming.* »

The therapists

The participants spoke highly of the therapists enumerating many humanistic qualities (for e.g. empathetic, respectful, available, generous) and professional characteristics (for e.g., competent, motivated, devoted, experimented). These positive attitudes helped build a trusting relationship which allowed the participants to open up. They felt supported, accepted and understood. They also felt that they were important persons. Being in contact with health care professionals from different backgrounds was unanimously seen as a richness. They enjoyed the exposure to different perspectives. They also thought that it made the group sessions more dynamic. Participants were attentive to the synergy and bond between the team members, as this contributed to establish their trust towards the health care professionals. Some participants felt discomforts towards therapists, particularly if they adopted authoritarian attitudes. They said that it blocked them from going in more depth in their therapy.

This participant expressed his positive views of the therapists: « *I found that the people who were there, I mean the occupational therapist and the psychologist, I found that they were* »

motivated individuals, that loved what they did and that gave a lot of themselves in their work. As a matter of fact, I admired what they did. They took the therapy to heart. »

Group and individual therapy

The individual and group meetings were seen as a good combination of complementary modalities. The individual sessions allowed for a longer personalized time to go in more depth, in a more intimate context, facilitating self-disclosure. In addition, certain participants preferred to discuss more personal topics individually, address issues that were not brought up during the group meetings or come back on elements that occurred during the group therapy sessions. A few reservations were formulated on the usefulness of individual therapy when the meetings were too brief or when the participants were met by the whole team. This format was viewed as intimidating, like in the context of “*receiving exam results*”.

The group therapy experience fulfilled several needs that corresponded exactly to the following therapeutic factors identified by Yalom and Leszcz (24): universality, identification, catharsis, altruism, imparting information, corrective recapitulation of the primary family group, interpersonal learning and development of socializing techniques. The definitions of these factors are provided in Table 6.3.2. In addition, the possibility to meet peers allowed to break social isolation. One person talked about being in an open group as an important experience that provoked mixed feelings. Initially, this person felt like she was entering a closed unit and this froze her. Afterwards, she saw an opportunity to work on her assertiveness difficulties. The positive impression she had about being in an open group was to be in the presence of individuals close to the end and this was encouraging for her.

The only reservation frequently mentioned about group therapy was when the group had more than ten participants. For some, this context was intimidating and for others, the sessions

skimmed through the topics and issues. It was suggested that during the discussion groups, it would be preferable to combine the common problems and situations rather than focus on each person individually. This would allow reflection on a greater variety of problems. As well, it was proposed that the psychiatrist observe one group activity per week in order to offer their input and use that information in the individual sessions. The following participant had previous individual therapy experience and shared on the reasons why she appreciated the group therapy offered at the day hospital:

“What was different from the other individual therapies was the interactions with peers and their experience. Because, when you do many individual therapies, with several different professionals, well I realized that my problems were still there. Because I did not have the right diagnosis, because I was not around people who were living similar things than me, who could explain certain things. There, I understood MANY things, with all these people there. Of course, it did not click with some participants but they still taught me something.”

The therapeutic activities

This was a component of the day hospital program that was positively valued. The participants thought that the themes were well connected to their needs. The therapeutic modalities they spontaneously talked about were projective activities, role playing, psychoeducation, reading, homework, relaxation, weekly goal, physical activities, outings, games and cooking. The participants found that the projective activities were very revealing and surprising. They enjoyed the fact that they had an entertaining aspect and felt that they were a valuable way to externalise feelings and problems.

Table 6.3.2*Definitions of therapeutic factors associated to group therapy*¹

Therapeutic factor	Definition
Universality	Recognizing shared feelings and that one's problems are not unique
Imitative behavior	Learning new attitudes and behaviors by observations of other group members and therapists
Catharsis	Relieving of emotions by expressing one's feelings.
Altruism	Giving of oneself to help others. Clients receive by giving because they often feel they have nothing of value to offer and they can be of importance to others.
Imparting information	Therapists: giving didactic instruction and advice; Clients: giving advice
Corrective recapitulation of the primary family group	Gaining insight on family dynamics. Working through in a safe environment unfinished business from past.
Interpersonal learning	Learning about relational self, including input, that is the type of impression one makes on others and the impact of attitudes one has; and output, that is successful ways of relating to them.
Development of socializing techniques	Laboratory to experiment new social behaviors, working out difficulties and social skills.

¹ Adapted from Yalom, ID, Leszcz, M: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2005

The psychoeducation, reading and role playing were seen as useful ways to gain more insight on themselves and the possible origins of their current problems. The weekly goals gave a sense of direction and motivation in their treatment. However, for one participant, having to meet her weekly goal was a source of anxiety of performance. The periods where relaxation techniques were experimented, soothed the emotional and moving therapy sessions. Initially, the participants did not always understand the goals of the other activities, such as outings and cooking but following their experience, they expressed that these modalities allowed them to work on different aspects of themselves. In addition to the themes and modalities, the variety of approaches used kept the therapy stimulating. The main suggestions would be to address more substance abuse issues, provide more information on the medications and propose a personalized form of family involvement when it is not done.

This participant commented on what he discovered during his implication in the activities:

« We had activities like sports and cooking or a walk at the botanical garden. At the beginning, I was thinking, bah, it's not why I came here. But slowly, I realized that it was part of the therapy. O.K. and when it's part of it, then you get involved, you go with the people, you get up, you have dialogue. At first, I did not like it very much, I wanted to discuss with the other people but at some point, I realized that I liked it. Because when you were taking a walk, you could talk...And yes, we went to play bowling and I played like crazy. I had never done that before, I was able to externalize aspects of myself, I was so happy. »

The treatment intensity

The impressions on the frequency and duration of the program were not consensual. For some, the intensity was viewed as too demanding. For others, on the contrary, it had a sustaining motivating effect. Nonetheless, the free time was appreciated to allow the dust to settle and put what was learned into practice. With regards to the duration, for those who found the day hospital program too brief, they felt like they were left hanging, unsatisfied.

In conclusion, after some hesitations for certain respondents to attend the day hospital program, the participants viewed the day hospital treatment as a positive experience with mental health services and they would now seek help rapidly if they observed deterioration in their state.

Transition following discharge from the day hospital:

Loss of day hospital creates a void

For a third of the participants, the termination of the day hospital was perceived as an abrupt drastic break. One person associated this phase like being in the desert, without

landmarks. Those who viewed the end of the day hospital with these perceptions expressed that they felt destabilized by the loss of structure created by the daily participation at the day hospital as well as the loss of social support. Moreover, some were distraught with what had emerged in therapy and needed to continue to work through it.

A related issue that was frequently discussed was the lack of continuity between therapies. This need had been addressed at the day hospital but it appeared that for several participants, particularly those treated afterwards in an outpatient clinic or in primary care, they encountered different problems related to access to psychotherapy/counselling: 1) long delay; 2) opening hours that were not adapted to full-time day workers who could not regularly take time-off for appointments during working hours; 3) psychiatrists who did not follow-through the day hospital recommendations or requests of the participants. The following quote summarizes the disruption felt regarding the end of the day hospital program:

« I can say that when it stops, it stops quickly. Maybe there is a reason for this. After the eight weeks, it makes a TOK! Compared to when I was in detox, I had AA meetings after. I don't know how to explain it, there is like something that continues. It is obvious that maybe, to work on yourself, it's good that it stops. The binding is there and you move on your own! The break is a little abrupt. Well, I was a little lost there. I was used to, I had a routine. Some people needed it more than me, those who did not go out at all, who did not have any children, any family. And for them, it made them go out of their home, out of their basement, open the windows. »

Spontaneously, the participants talked about how precious was the support received from family and friends during the transition following the day hospital treatment. Through the examples they gave, this support was manifested in different ways: listening, caring, accepting,

practical help, advice, feedback and companionship (25). They also stressed about the importance of selecting well their social network to be surrounded by people they can trust or that have lived similar situations. As this participant stated:

« My friends tell me: Ah, you really have changed. Before, you often lost your temper, you were not really able to control yourself and set your limits. And to see where you are now, and do what it takes to progress. That makes me proud of myself. At the same time, it gave me a lot of esteem to say: “Ok, well, that made me acknowledge that I progressed and that it works. I am proud of myself.”

Throughout the ups and downs, the journey continues

Throughout the six months after discharge, several participants reported going through ups and downs. Nonetheless, they continued on their path of mental well-being, that is, aiming to feel emotional, intellectual, and spiritual satisfaction enabling them to have effective interactions with others and peace with self (26). As one person said: *“Sometimes, we don’t get everything right away but it’s when it’s finished that you realize things.”*

All except one participant observed personal positive changes after the day hospital ended. These were associated to significant learnings made during the day hospital program that continued afterwards and the day hospital therapy experience, especially the one in groups. In addition, a few participants attributed these changes to support received from their loved ones or a support group, to the medication, or to all the services received before, during and after the day hospital. For several participants, the continuation of their personal growth and self-reflections lead them to make determining decisions, which had a positive outcome for them: split from their spouse, reorient themselves professionally or change jobs.

Fourteen participants described that they had certain persisting difficulties. These varied from one person to another, but a few examples were more common: feeling a certain social isolation, difficulty to make contact with people, presence of symptoms (such as anxiety), adjustments with the medication, attitudes and personality traits that continued to bother them.

Doing: a key for a positive transition

Following the termination of the day hospital, some participants named that one risk was to fall back into old patterns. What was at stake was to take action by themselves, without the external guidance. For the participants, that meant putting into practice the meaningful learnings, tools and strategies to continue their personal growth and manage the problems and stresses of daily life. Many talked about making efforts to try. Some emphasized that the motivation to put learnings and strategies into practice was to prevent relapse. In addition, the gains felt regarding their observed changes were a positive reinforcement to continue in that direction. As well, not aiming to sort out and settle everything at the same time was a helpful strategy.

To facilitate a positive transition, what was highlighted by participants was the importance of realizing again meaningful activities, including projects, interests and leisures. However, those who returned to work on a full-time basis rapidly after discharge from the day hospital (n = 4), reported that they were not able to maintain that pace and symptoms reappeared quickly.

In addition, the respondents mentioned that when they needed to, they recalled their day hospital experience and referred back to their day hospital binder and/or their projective productions. Also, many continued to set goals as was done at the day hospital, observed themselves and integrated problem solving and relaxation methods. This theme is well summarized by this participant:

« Now that the day hospital is over, I said to myself: I will occupy my time trying to think at what I have done, what happened there and what I will do...What could I do that is unusual for me, that I want to do and that will please ME? What I did was to take ten days of vacation, which were EXTREMELY beneficial! I satisfied personal tastes that I had but that I had never done. When I came back home, I was floating...I started to enjoy again music...One day, I was sitting in my rocking chair reading and I put music...Then came the Barber piece...I was never able to continue to read. It was so beautiful...My eyes were filled with water of delights and I said to myself: You've made it. You are OK. You are in the right direction. Continue. You found again your sensitivity. I was proud of myself. »

Concluding suggestions for improvement of the day hospital experience

Clearly, for many participants, the disruption in treatment was an important area of improvement. Regarding this, three main suggestions proposed by participants can be summarized as follows: 1. Organize together, concretely, the appointments with all the recommended resources before the end of the program. Not just limit appointment taking to the medical doctors and providing names of possible resources; 2. Continue the follow-up at the day hospital, in a less intensive form, with the same team, until the next treatment begins concretely; 3. Continue the follow-up with a support group.

Finally, the following four propositions, made by participants, complete the elements that should be maintained or bonified: 1. Try to reduce even more than what was done the waiting time between the group and individual meetings, or organize it in a way to have sources of distractions like relevant reference books and magazines or a television; 2. Continue to provide access to meals at reduced cost, free parking space and a taxi service with a small monetary

contribution; 3. Integrate an evaluative process such as what was done in this study, that is, questionnaires, a six-months follow-up with an external person from the day hospital. This allowed the participants to have a good picture of their changes over time; 4. Invite former day hospital participants to share about their personal journey.

Discussion

By meeting former day hospital participants six months after their discharge, this study explored two main questions that clinicians, managers and researchers who are involved in this type of service did not have answers to yet: What have clients retained from their participation in the day hospital program? How was the transition was after this intensive and time-limited treatment?

When examining the themes that have emerged during the interviews, several links can be made between these participants' experience living with a mental illness, receiving treatment at a day hospital and continuing their journey afterwards, and the recovery process from a mental illness (27). Similarly to other recovery journeys of people with mental illness (27-29), these participants too embarked in a self-transformation path, with a focus on defining and taking care of the self. The journey of personal growth beyond coping with mental illness and the subjective experience of improvement echo the findings of Roe and Chapra (30). Based on the participants' accounts, this process was activated significantly during the day hospital treatment. The fact that psychiatric day hospital treatments can foster this component of recovery through their interventions has been found in two other studies (2, 31).

Throughout the phases, participants expressed the importance of feeling supported in different emotional and practical ways by peers, family, friends and professionals. As it is seen from these respondents' experience, it becomes a particularly crucial issue when the day hospital

program terminates. It requires a careful assessment and planning that could be improved from what was done at the time of the study. Delayed or absent outpatient follow-up psychiatric treatment has been shown to contribute to poor outcomes (32), including relapse and rehospitalizations (33), reduced quality of life (34) and suicide (35). From a social support perspective, ensuring that the clients are well surrounded is an important aspect that promotes health and well-being (36). The suggestion of participants regarding improvement of linkage with outpatient services aligns with Boyer et al. (34) and Olfson et al. (37) who found that having contact with the new team before discharge smoothed the transition to outpatient care. Boyer et al. (34) added that communication about the clients' discharge plans between inpatient and outpatient clinicians and family involvement during the hospital stay were also effective connecting strategies.

Another finding from this investigation that was also shown in other mental health recovery studies is the importance of being involved in meaningful activities (27, 29, 38). In people with mental illness, realizing meaningful activities has been closely linked to perceived health, well-being, quality of life, self-mastery and social interaction (39-42). In addition, engagement in activities has led to feeling fewer psychiatric symptoms (40; 43-47). However, in this study, those who returned to work full-time rapidly after discharge struggled. As stated by Eklund, Leufstadius and Bejerholm (48), the challenge for these individuals is to maintain a balance between being over and under occupied.

This study presents several strengths. To explore the day hospital experience as fully as possible, the authors recruited a diversified group of respondents who could have different views on the program. The authors reached data saturation and thus, they are confident they have represented the experience of this sample. Also, detailed descriptions of the context and setting

were provided to allow transferability. Several sources were used in collecting the data (i.e. rating scale, fieldnotes, audiotaped interviews) and during the analysis of the interviews (i.e. transcripts, fieldnotes, code guide, literature). To ensure validity of the analysis, peer review was completed with discussions about the process of the study and the content analysis of the interviews with an internal and an external reviewer. As well, standards of coder agreements were respected. A limitation of this study is the fact that one day hospital program in a certain context was examined. Although this program is representative of psychiatric day hospitals, it is a type of day hospital situated in a psychiatric institution and there could be practice differences in service delivery in other settings. It would be interesting to reproduce this type of study in other day hospital settings to compare the experiences and issues of consumers.

Conclusions

With a six months distance, these participants confirmed that there were many positive elements offered during the day hospital program that helped them to better their mental health and well-being. What could be improved was mainly before and after the day hospital. Thus, for day hospital providers and managers, the key messages expressed by these participants were to keep the format combining group and individual therapy, multidisciplinary clinical teams, various therapy approaches, use of therapeutic activities and frequent participation combined with free time. In addition, facilitating financial and transportation access should be continued. What seemed to be particularly meaningful for clients as they continued to integrate these in their daily life was the establishment of weekly goals, relaxation methods, management of difficulties through problem solving and becoming a witness of oneself in daily life. What would need reflection for improvement is management of the waiting time and better preparation and organization of the treatment following the day hospital.

Acknowledgements

The authors first wish to offer their most sincere gratitude to the 18 participants who accepted to share their moving journeys. Special thanks to Mrs. Mélanie Couture and Laurence Melançon for their precious input. Finally, we would like to acknowledge the Canadian Institutes of Health Research, Association des Hôpitaux de Jour en Psychiatrie du Québec, Quebec Network for Research on Aging, the Centre de recherche Fernand-Seguin and the Canadian Occupational Therapy Foundation for their financial support.

References

1. Casarino, JP, Wilner, M, Maxey, JT: American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization* 1:5-21,1982
2. Larivière, N, Melançon, L, Fortier, L, et al.: A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28:165-179, 2009
3. Horvitz-Lennon, M, Normand, S-LT, Graccione, P, et al.: Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *American Journal of Psychiatry* 158: 676-685, 2001
4. Marshall, M, Crowther, R, Almaraz-Serrano, A, et al.: Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Health Technology Assessment* 5:1-75, 2001
5. Kallert, TW, Priebe, S, McCabe, R, et al.: Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 68:278-287, 2007
6. Priebe, S, Jones, G, McCabe, R, et al.: Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care/Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 188:243-249, 2006
7. Glick, ID, Fleming, L, DeChillo, N, et al.: A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry* 143:1551-1556, 1986
8. Dick, PH, Sweeney, ML., Crombie, IK: Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 158:24-27,1991

9. Sledge, WH, Tebes, J, Rakfeldt, J, et al.: Day hospital/ Crisis respite care versus inpatient care, part I : Clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry* 153:1065-1073, 1996
10. Elbeck, M, Fecteau, G: Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 41:998-1001, 1990
11. Linder-Pelz, S: Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 16:577-579, 1982
12. Ruggeri, M: Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29:212-227, 1994
13. Creswell, JW: *Qualitative Inquiry et Research Design/Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA, SAGE, 2007
14. Mirin, SM, Namerow, MJ: Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry* 42:1007-1013, 1991
15. Miles, MB, Huberman, AM: *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA, SAGE Publications, 1994
16. Poupart, J, Deslauriers, J-P, Groulx, L-H, et al.: *La recherche qualitative/Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Québec, Canada, Gaëtan Morin Éditeur, 1997
17. Ware, JE Jr, Davies, AR: Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6:291-297, 1983
18. Corbière, M, Lesage, A, Lauzon, S, et al.: Validation française du questionnaire « Verona Service Satisfaction Scale » VSSS-54F. *L'Encéphale* 29 :110-118, 2003

19. Ruggeri, M, Dall'Agnola, R: The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 23:511-523,1993
20. Ruggeri, M, Lasalvia, A, Dall'Agnola, R, et al.: Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European version/EPSILON study 7. *British Journal of Psychiatry* 177(suppl. 39):s41-s48, 2000
21. Serero, M, Gagnon, J: Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec. Association des hôpitaux du Québec, Québec, Canada, 2000
22. Smith JA, Osborn, M: Interpretative phenomenological analysis, in *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Edited by Smith JA. Thousand Oaks, CA, SAGE publications, 2003
23. Hoge, MA, Farrell, SP, Munchel, ME, et al.: Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 51:199-210,1988
24. Yalom, ID, Leszcz, M: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2005.
25. Wills, TA, Shinar O: Measuring perceived and received social support, in *Social Support Measurement and Intervention*. Edited by Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. Oxford, Oxford University Press, 2000
26. Wilcock, AA: Relationship of occupations to health and well-being, in *Occupational Therapy/Performance, Participation, and Well-Being*. Edited by Christiansen CH, Baum, CM. Thorofare, NJ, SLACK Inc., 2005

27. Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., et al. : Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth?, in *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Edited by Davidson L, Harding, C, Spaniol, L. Boston, MA, Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2005
28. Piat, M, Sabetti, J, Couture, A, et al.: What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32 :199-207, 2009
29. Young, SL, Ensing, DS: Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22:219-231, 1999
30. Roe, D, Chopra, M: Beyond Coping With Mental Illness: Toward Personal Growth. *American Journal of Orthopsychiatry* 73:334–344, 2003
31. Schreer, H: Therapeutic factors in psychiatric day hospital treatment. *International Journal of Partial Hospitalization* 5:307-319, 1988
32. Dixon, L, Goldberg, R, Iannone, V, et al: Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatric Services* 60: 451-458, 2009
33. Prince, JD: Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194:397-403, 2006
34. Boyer CA, McAlpine DD, Pottick KJ, et al.: Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *American Journal of Psychiatry* 157:1592–1598, 2000
35. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K: Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 342:283–286, 1993

36. Reis, HT, Collins, N: Measuring relationship properties and interactions relevant to social support. In *Social Support Measurement and Intervention*. Edited by Cohen, S, Underwood, LG, Gottlieb BH. Oxford, Oxford University Press, 2000
37. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, et al.: Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services* 49:911–917, 1998
38. Hendryx, M, Green, CA, Perrin, NA: Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services et Research* 36:320-329, 2009
39. Aubin G, Hachey R, Mercier C: La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 69:218-228, 2002
40. Bejerholm, U, Eklund M: Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Psychiatry* 61:21-32, 2007
41. Eklund M, Leufstadius C: Occupational factors and aspects of health and wellbeing in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 74:303-313, 2007
42. Goldberg, B, Britnell, ES, Goldberg, J: The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health* 18: 17-44, 2002
43. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram, V, et al.: Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatric Services* 46:1189-1191, 1995

44. Leff, J, Thornicroft, G, Coxhead, N, et al.: The TAPS project. 22: A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry Supplement* 25:13-17, 1994
45. Mairs H, Bradshaw T: Life skills training in schizophrenia. *British Journal of Occupational Therapy* 67:217-224, 2004
46. Thorup, A, Petersen, L, Jeppesen, P, et al.: Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode in psychosis-results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research* 79:95-105, 2005
47. Myin-Germeys, I, Nicolson, N, Delespaul, P: The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 31:489-498, 2001
48. Eklund, M, Leufstadius, C, Bejerholm, U: Time use among people with psychiatric disabilities: Implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32:177-191, 2009

6.4 Article 4 intitulé: Trajectory of utilization of mental health services and cost analysis of clients treated in a psychiatric day hospital compared to hospitalization

Larivière, N.^{1,2}, Tousignant, M.,^{1,3} Desrosiers, J.^{1,3}, Boyer, R.²

¹ École de réadaptation, Université de Sherbrooke

² Centre de recherche Fernand-Seguin

³ Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Spécification du statut de l'article : soumission prochaine. Revue envisagée: 1) Journal of Psychiatric Intensive Care

Description de l'apport de la candidate à l'article : Pour cet article, l'étudiante a fait la collecte de données. L'analyse des données s'est faite conjointement avec l'étudiante et son co-directeur Michel Tousignant. Dans un premier temps, le manuscrit a été co-écrit (surtout pour les sections de la méthodologie et des résultats) par l'étudiante et son co-directeur Michel Tousignant puis il fut révisé par les autres directeurs de recherche.

Résumé

Introduction. Dans le domaine des hôpitaux de jour psychiatriques, les études portant sur la consommation de services sociosanitaires ont surtout comparé le nombre de réhospitalisations. Aucune étude n'a regardé les coûts d'un ensemble de services de santé mentale consommés avant et après un traitement en hôpital de jour psychiatrique comparativement à l'hospitalisation. Objectif. L'objectif de la présente étude visait à comparer la consommation de services de santé mentale et leurs coûts associés, six mois précédent et six mois suivant un traitement en hôpital de

jour comparativement à l'hospitalisation. Méthodes. Le premier groupe était constitué de personnes suivies dans un hôpital de jour psychiatrique. Le second groupe incluait des personnes hospitalisées cliniquement comparables au premier groupe. Pour évaluer la consommation de services six mois précédent l'intervention index (T1), un questionnaire a été complété par la doctorante. Pour la mesure du T2 (six mois après le congé), un calendrier couvrant les six mois a été rempli par les participants. Les coûts des services sociosanitaires ont été estimés à partir d'une étude populationnelle sur des services sociosanitaires intégrés. Résultats. Avant l'intervention index, il n'y avait aucune différence significative dans la consommation de services entre les deux groupes. Après l'intervention index, le nombre de personnes réhospitalisées était significativement plus élevé dans le groupe hospitalisation ($p = 0,03$). Les deux groupes ont significativement diminué les visites à l'urgence ($p \leq 0,04$) et augmenté l'utilisation des cliniques externes psychiatriques ($p \leq 0,03$). La comparaison des coûts totaux moyens des services consommés six mois avant et six mois après l'intervention index a démontré une réduction de coûts de 38% pour le groupe hôpital de jour et de 7% pour le groupe hospitalisation. Conclusion. Les hôpitaux de jour psychiatriques, une des alternatives possibles à l'hospitalisation, sont économiquement efficaces.

Abstract

Background. In the area of psychiatric day hospitals, comparative studies have mostly looked at the number of rehospitalizations. No study has examined health care service costs before and after a psychiatric day hospital treatment compared to hospitalization and provided a complete picture of current services available. **Objective.** The objective of this study was to compare mental health service use and costs before and after a psychiatric day hospital treatment and

hospitalization. **Methods.** The first group included persons who were treated in a psychiatric day hospital. The second group was composed of individuals who were clinically comparable to the first group and were hospitalized. To assess use of services six months before index treatment (T1), a questionnaire was used. For the T2 measure (six months post discharge), calendars were completed by participants. Cost estimation was established from a large population study on integrated health services. **Results.** There was no significant difference in service utilization between the two groups prior to the index treatment. Following the index treatment, use of hospitalization was significantly higher in the hospitalization group ($p = 0.03$). Both groups significantly decreased emergency visits and increased use of psychiatric outpatient clinics. Comparison of total mean costs of services, consulted six months before and after index treatment, showed a cost reduction in the day hospital group of 38% and 7% for the hospitalization group. **Conclusions.** Psychiatric day hospitals, a type of alternative mental health service to hospitalization, demonstrated economical effectiveness.

Introduction

Evaluation of the use of mental health services and associated costs for the health care system is an important component of program evaluation which can guide government agencies, managers and policymakers in budget allocation choices (Drummond et al., 1997; Gold et al., 1996; Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999). One type of mental health program, day hospitals, have seen their place in the health care system questioned (Marshall, 2003) for various reasons, including diverging findings regarding their clinical effectiveness compared to hospitalization and less intensive outpatient programs.

In their investigation of effectiveness of psychiatric day hospitals, five European (Creed et al., 1990; Creed et al., 1997; Dick et al., 1985; Priebe et al., 2006; Wiersma et al., 1991) and

two American studies (Glick et al., 1986; Sledge, Tebes, Wolff et al., 1996), as well as one meta-analysis (Marshall et al., 2001), have explored trajectory of use of health care services and associated costs. When examining where participants in psychiatric day hospitals go for their care after discharge, it is difficult to have a clear picture since each study considered different mental health services. For example, only Dick et al. (1985) looked at the number of emergency contacts and only Sledge et al. (1996) included crisis residences. In addition, in some studies, the day hospital programs included only one type of clientele (for example, only persons with schizophrenia in Wiersma et al.'s study) and others had mixed clienteles. The community mental health services comprised in these studies were limited to outpatient visits to a community mental health center (Sledge et al., 1996), general practitioner (Creed et al., 1997; Dick et al., 1985; Wiersma et al. 1991) and community social worker (Creed et al., 1997). It was not specified in the study of Wiersma et al. (1991) to which type of service the professionals were affiliated to. It can thus be seen that the full range of current options in mental health care have not been assessed. Nonetheless, what can be concluded from a close examination of the previous studies is that between 9% and 37% of participants followed in a psychiatric day hospital were rehospitalized following discharge (up to one year post admission), 9% had emergency contacts, 13% used crises residences and 80% were followed as outpatients in a community mental health center.

Comparative studies have mostly looked at the number of rehospitalizations following discharge between a psychiatric day hospital treatment and full-time hospitalization (Marshall et al., 2001; Priebe et al., 2006). All findings indicated that there was no significant difference in the number of persons rehospitalized between the two groups. According to Sledge et al. (1996), following index treatments, there was no difference between psychiatric day hospital patients

and persons hospitalized regarding number of visits in crisis centers. However, hospitalized patients had more visits in a community mental health center than day hospital users ($p < 0.02$). Dick et al. (1985) found no difference between hospitalized patients and day hospitals users in the number of visits in emergency services following index treatment.

Finally, cost evaluations have mainly focused on comparing costs of a day hospital treatment episode to hospitalization and costs of services used before (Priebe et al., 2006) or after the index intervention (Creed et al., 1997; Sledge et al., 1996; Wiersma et al., 1991). To our knowledge, there is thus no study which has examined health care service costs both before and after a psychiatric day hospital treatment compared to hospitalization. This information could be useful to further examine the economical effectiveness of day hospitals compared to hospitalization.

Hence, the objective of this study was to compare health care service use and costs before and after a day hospital treatment to full-time hospitalization, including a range of mental health services.

Methodology

This study is part of a larger program evaluation examining the clinical and functional effects of a psychiatric day hospital compared to hospitalization. The present investigation is a cost analysis of utilization of mental health services (Drummond et al., 1997). It also includes a comparison of service use six months before and six months after a psychiatric day hospital treatment and hospitalization.

Participants

The first group included persons who were treated in a psychiatric day hospital. The second group was composed of individuals who were clinically comparable to the first group and

who used the emergency services of the research setting and were subsequently hospitalized. To be eligible, participants needed to be aged 18 years old and over, have a DSM-IV psychiatric diagnosis and score between 21 and 60 on the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Endicott et al., 1976). This last criterion was chosen as an operational way to define acute/subacute symptomatology, which corresponds to the phase of illness of individuals seen in psychiatric day hospitals. The range was determined by extracting GAF scores from medical records of clients who were treated in the target day hospital during a two month period (n = 76) and by examining previous psychiatric day hospital studies who used the GAF scale (Dufton et Siddique, 1992; Glick et al., 1986; Russell et al., 1996). Participants were excluded if they were homeless, had severe loss in physical independence or substance abuse as their primary problem, presented mental retardation, were involuntarily admitted, abandoned the day hospital before five weeks of treatment, or were hospitalized during the day hospital treatment. These criteria are representative of admission and exclusion criteria for psychiatric day hospitals.

Description of Day Hospital Services

The target psychiatric day hospital was situated within a large psychiatric institution in Montreal, Canada. This psychiatric day hospital was divided into six clinical teams, according to main diagnosis: psychotic disorders, mood and anxiety disorders and cluster B personality disorders, and age (adults: 18-59 years old and seniors: 60 years old and over). It opened in 1997, following closure of full-time hospitalization beds. Its mandates were to prevent and reduce the duration of hospitalizations as well as provide intensive outpatient treatment. The main reasons for referral were to precise the psychiatric diagnosis, treat and stabilize the mental illness, and facilitate social reintegration.

Each team was composed of multidisciplinary health care professionals, such as psychiatrists, nurses, occupational therapists, psychologists and social workers. All teams combined use of medication, group and individual therapy, and incorporated different frames of reference and therapeutic modalities. Specific needs of each clinical group were also taken into consideration in program planning and organization of services. Participants attended the day hospital four to five days/week, three to five hours/day for a mean of eight weeks for adults and thirteen weeks for seniors. More details about this day hospital have been published elsewhere (Larivière et al., 2009)

Description of Hospitalization Units Services

At the site of the study, there were five hospitalization units, with 15 to 25 beds each, and one exclusively for adults over the age of 65. The choice of unit was based on geographic territory of the outpatient clinics. In all hospitalization units, the staff was primarily composed of psychiatrists, nurses and nursing aids. Other health care professionals, such as social workers and occupational therapists acted mainly as consultants. The main services offered included diagnosis evaluation, pharmacological treatment, individual and family support and psychoeducation, as well as liaisons with outpatient services (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005, unpublished document).

Data collection

Two types of data collection were required to meet the goal of this study: 1) frequency of utilization of mental health services before and after the treatment index and 2) mean costs per service. The two measurement times were six months before the index treatment (T1) and six months after the index treatment (T2).

Utilization of services

The data collection for this part of the study took place between January 2006 and July 2008. In order to assess use of services six months before the day hospital treatment or hospitalization (T1), a questionnaire noting the type and frequency of use of mental health services was completed by the first author during the first week of treatment in the day hospital or hospitalization. For the T2 measure (six months post discharge), the participants in both groups were provided with calendars to fill on their own, at discharge of the index treatment. They were asked to note the types of health care professionals and services used. For each participant, for the two measurement times, the information provided on the use of services was also validated in their medical records available at the site of the study. These records included visits at the site of study (emergency, hospitalization or outpatient clinic) and visits in others sites, such as the local community health center, as reported by the client. Thus, frequency and type of services used were compiled for each participant six months prior and six months after the index treatment.

Mean costs per service

In order to determine the cost of utilization of services before and after both index treatments, mean cost per service were estimated. Only direct costs were taken into account in this analysis because of the complexity of collecting data on indirect costs related to personal expenses (for example, travelling, medication and loss of salary).

Cost estimation was retrieved from the PRISMA study, which is a large population study on integrated health services for seniors with disabilities in the Province of Quebec (Hébert, Tourigny, & Raïche, 2007). Several variables were measured, including cognitive functioning, functional autonomy, family burden, as well as use and satisfaction with health services received.

These investigators determined the costs of social and health services with a societal perspective, thus including costs assumed by public, private and volunteer services (e.g. “meals on wheels”). In addition, they adopted the principles of opportunity costs (i.e. value in their next best use and often the market price) (Robinson, 1993) and replacement costs (for example, when the cost of a service is not available, price to be paid to receive the same service based on similar existing resources) (Blanchette, Durand, & Hébert, 2007). Justification for using these cost estimations in the current study were based on two main principles: 1) the PRISMA study is recent and it covered the health and social services of the province of Quebec which is the same area than in the present study; and 2) all the costs were estimated with the same method. Table 6.4.1 shows the mean costs used in this study, as well as the types of costs and the sources of information for their estimations. Finally, sociodemographic information, such as age, level of schooling and marital status was collected through medical records and questioning of participants. This study received approval from the Research Ethics Committee of the site of the investigation. Informed consent and confidentiality were respected throughout the study.

Analysis

The data was analyzed with the SPSS software (version 15 for Windows). Descriptive statistics, such as means, standard deviation and percentages were used to describe the sociodemographic and clinical characteristics of the sample. The sociodemographic and clinical variables were compared between the two groups with the Mann Whitney U and the Chi-Square tests. For the service utilization component of the study, frequencies and percentages were employed to describe the services used by the participants. Intragroup comparisons were done with the McNemar test.

Table 6.4.1

Mean costs of health and social services in province of Québec

Service Variable	Types of costs included for estimations of mean costs	Sources of information for mean costs estimations	Unit of cost	Mean costs (Canadian dollars, 2002)
Emergency	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastructure • Equipment • Staff • Diagnostic, thérapeutic, administrative, technical and food related services • Medical acts 	<ul style="list-style-type: none"> • Municipal taxes • Health care services in pilot study • Régie d'assurance-maladie du Québec 	Visit	265 \$
Hospitalization	Same as emergency	Same as emergency	Day	405 \$
Local centers of community services (CLSC)	<ul style="list-style-type: none"> • Salaries, social benefits • Administrative costs: include a portion of the infrastructures, quipment and administration that support the clinicians • Duration of consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Budgets of health care services in PRISMA study • Data of previous study done on 4 CLSCs in Quebec (Dubuc et al., 2002) 	Visit	97 \$
Outpatient clinics	Same as CLSC	Same as CLSC	Visit	97 \$
Health care professional in private practice (e.g. psychologists)	<ul style="list-style-type: none"> • Salary, infrastructure, exploitation, portion of profit 	<ul style="list-style-type: none"> • Telephone call to professional associations • Verification with practitioners and agencies 	Visit	80\$
Day Centers and Community Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenance costs of installations, value of infrastructures, administrative costs 	<ul style="list-style-type: none"> • Budgets of several health care services • Data of previous study done on 4 CLSCs in Quebec (Dubuc et al., 2002) 	½ day	47\$

The intergroup comparisons were conducted with Pearson's Chi-Square test or the Fisher's Exact Test when the expected frequencies were lower than five in at least one cell. Level of significance was set at 0.05. For the cost analysis, descriptive total costs were calculated for utilization of services, in both groups, for the two measurement times, as well as costs per participant.

Results

Forty day hospital subjects and thirteen hospitalized subjects participated in the study (Table 6.4.2). The mean age of the participants in both groups was slightly over 40 years old. In both groups, half of the sample was composed of women and most frequently, participants were single and Caucasian. Clinically, in both groups, subjects had a main diagnosis of a mood and/or anxiety disorder or a psychotic disorder and approximately 60% of the participants also presented another psychiatric condition, such as substance abuse or a personality disorder. According the GAF scale, the mean GAF scores in this sample showed that participants in both groups presented serious symptoms and important occupational and social impairments. The analyses showed that the two groups were not statistically different on any sociodemographic and clinical variable.

The comparisons of the use of services prior to the index treatments (Table 6.4.3) indicated that there was no significant difference between the two groups. Only emergency visits showed a tendency to be higher in the hospitalization group. For the use of services after the index treatments, hospitalization was significantly higher in the hospitalization group. In addition, the comparison of the effect of the index treatments showed that both groups decreased use of emergency services ($p \leq 0.04$) and increased use of outpatient psychiatric clinics ($p \leq 0.03$).

Table 6.4.2

Sociodemographic and clinical characteristics of the day hospital (n = 40) and hospitalized group (n = 13)

Variables	Day hospital (n = 40)	Hospitalized (n = 13)	Test	P-value
Continuous variables	Mean (SD)	Mean (SD)		
Age	43.8 (17.1)	41.5 (10.3)	Mann Whitney U = 250.5	0.84
GAF	44.6 (7.7)	44.0 (7.2)	Mann Whitney U = 244.0	0.74
Categorical variables	n (%)	n (%)		
Gender				
Female	21 (52.5)	7 (53.8)	$X^2 = 0.07$	0.93
Marital status				
Single	17 (42.5)	8 (61.5)	$X^2 = 0.78$	0.48
Married/ common-law	11 (27.5)	2 (15.4)		
Separated/divorced	8 (20.0)	2 (15.4)		
Widow	4 (10.0)	1 (7.7)		
Ethnicity				
Caucasian	38 (95.0)	13 (100)	$X^2 = 0.68$	1.00
Haitian	2 (5.0)	0 (0)		
Housing				
House/apartment	40 (100.0)	12 (92.3)	$X^2 = 3.14$	0.25
Nursing home	0 (0)	1 (7.7)		
Parenthood				
Yes	24 (60.0)	5 (38.5)	$X^2 = 1.84$	0.21
Education level				
Elementary	1 (2.5)	0 (0)	$X^2 = 0.82$	0.52
High school	17 (42.5)	4 (30.8)		
College (CEGEP)	14 (35.0)	4 (30.8)		
University	8 (20.0)	5 (38.4)		
Main psychiatric diagnosis				
Mood and/or anxiety disorder	20 (50.0)	7 (53.8)		—
Psychotic disorder	20 (50.0)	6 (46.2)		
Psychiatric comorbid conditions (# participants)	24 (60.0)	9 (69.2)	$X^2 = 0.36$	0.74
Episodes				
1 st episode	11 (27.5)	4 (30.8)	$X^2 = 0.05$	1.00

* Comparisons of categorical variables were tested with the Fisher's exact test when the expected frequency was less than 5

Table 6.4.3

Comparison of service use before and after index day hospital treatment and hospitalization

Services	Day hospital T1 (n = 40)	Hospit. T1 (n = 13)	Comparison Day hospital versus Hospit. T1	Day hospital T2 (n = 40)	Hospit. T2 (n = 13)	Comparison Day hospital versus Hospit. T2	Comparison Day hospital T1-T2	Comparison HOSPIT. T1-T2
	# partici- pants (%)	# partici- pants (%)	<i>p</i> -value (X^2)	# partici- pants (%)	# partici- pants (%)	<i>p</i> -value (X^2)	<i>p</i> (McNemar test)	<i>p</i> (McNemar test)
Emergency	19 (48)	10 (77)	0.06	7 (18)	3 (23)	0.69	0.002	0.04
Hospitali- zation	11 (28)	2 (15)	0.48	4 (10)	5 (39)	0.03	0.07	0.38
Outpatient clinic	13 (33)	5 (39)	0.74	32 (80)	11 (85)	0.67	0.000	0.03
Local Community Health care Center (CLSC)	9 (23)	2 (15)	0.71	5 (13)	0 (0)	0.58	0.34	0.50
Health care professional (private practice)	10 (25)	0 (0)	0.10	3 (8)	0 (0)	1.0	0.02	—
Community organization	3 (8)	2 (15)	0.59	11 (28)	1 (8)	0.25	0.04	1.00

Moreover, participants in the day hospital group decreased use of health care professionals in private practice ($p = 0.02$) and increased use of community organizations ($p = 0.04$). Crisis centers and day centers were used by very few participants in both groups (one or less) both before and after the index treatments. The cost analysis results showed that the differential costs per participant between T1 and T2 were 118 \$ for the day hospital group and 23 \$ for the hospitalization group (Table 6.4.4). The cost reduction was thus of 38% in the day hospital group and of 7% in the hospitalization group.

Discussion

This study compared service utilization and associated costs between day hospital participants and clinically comparable individuals who were hospitalized. It reflected the service use of a sample of 53 persons with acute mood and anxiety disorders or psychotic disorders in the current health care system in Quebec, Canada. In the present study, there was a significant increase in the number of individuals rehospitalized after the index episode of hospitalization. This finding differs from previous studies who found no difference between persons treated in a psychiatric day hospital and participants hospitalized (Marshall et al., 2001; Priebe et al., 2006).

Since the two groups were clinically comparable and cannot explain this difference, a possible hypothesis could be that in the research setting, the psychiatrists working on the hospitalization units had different clinical and referral practices than those working at the day hospital. This hypothesis is reflected in the tendencies that can be seen in the results. In the hospitalization group, the post hospitalization care was mainly carried out in hospital affiliated services. Whereas in the day hospital group, there was a diversified use of services provided at the hospital but also, in primary care and in community organizations.

Table 6.4.4

Cost analysis of services used before and after index day hospital treatment and hospitalization

Types of services	T1 (6 months before)				T2 (6 months after)			
	Day hospital (n = 40)		Hospitalization (n = 13)		Day hospital (n = 40)		Hospitalization (n = 13)	
	# particip- ants	CDN ¹ \$	# particip- ants	CDN\$	# particip- ants	CDN\$	# particip- ants	CDN\$
Emergency	19	5 035 \$	10	2 650 \$	7	1 855 \$	3	795 \$
Hospitalization	11	4 455 \$	2	810 \$	4	1 620 \$	5	2 025 \$
Outpatient clinic	13	1 261 \$	5	485 \$	32	3 104 \$	11	1 067 \$
Local Community Health care Center (CLSC)	9	873 \$	2	194 \$	5	485 \$	0	- \$
Health care professional (private practice)	10	800 \$	0	- \$	3	240 \$	0	- \$
Community organization	3	141 \$	2	94 \$	11	517 \$	1	47 \$
Total costs		12 565 \$		4 233 \$		7 821 \$		3 934 \$
Costs per participant		314 \$		326 \$		196 \$		303 \$

¹ Note : CDN = Canadian

An important related finding is the impact that a day hospital treatment had on patterns of service use which lead to a greater reduction in service costs. Indeed, participants of day hospital used more services, but those services were less costly. For example, they increased their use of outpatient clinics but decreased their use of hospitalization.

The result in the present study that there was a similar use of emergency services following index treatments between the two groups follows findings of Dick et al. (1985). In this study, compared to the American study of Sledge et al. (1996), participants did not use very much crisis centers. This could be explained by the differences between two different health care systems and possible differing availability and access to this type of mental health service. Furthermore, day centers were also a type of outpatient service that were not substantially utilized by the participants in this study. This finding is convergent with the observation that they are less popular, being increasingly replaced by case management approaches and vocational rehabilitation programmes (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano & Tyrer, 2001).

Finally, in both groups, the results showed that these participants still continued to use mental health services post discharge of the index treatment. Clinically, this is plausible since they may remain fragile and vulnerable, coming out of an acute phase of illness.

Strengths and limitations of the study

The present study collected the data on service utilization with rigorous methods and strategies to limit recall bias. In addition, cost estimations were based on a reliable

source, a recognized published large population investigation in the same geographical area than this study. The main limitation of the study is the small sample size, particularly in the hospitalization group, restricting generalization of the findings. The next steps in this area would be to replicate this type of study with larger sample sizes and distinct clinical groups, as their use of mental health services could differ. As well, in future cost analyses, incorporating indirect costs would add the perspective of the individual.

Conclusion

This study adopted a different angle from earlier studies to analyze costs concerning psychiatric day hospitals. In addition, it compared current mental health services used, before and after a day hospital or hospitalization treatment, which had not been done before in this area. The key message that can be retained by mental health managers, clinicians and researchers is that when comparing costs of mental health services consulted six months before and six months following treatment in a psychiatric day hospital or hospitalization, a psychiatric day hospital intervention demonstrates economical effectiveness.

Acknowledgements

The authors would like to acknowledge the Canadian Institutes of Health Research, Association des Hôpitaux de Jour en Psychiatrie du Québec, Quebec Network for Research on Aging, the Canadian Occupational Therapy Foundation and the Centre de recherche Fernand-Seguin for their financial support. Also, they offer their sincere gratitude to the study participants, the clinicians and the managerial staff of Louis-H. Lafontaine Hospital for their help to realize this study.

References

- Blanchette, D., Durand, S., & Hébert, R. (2007). L'étude de PRISMA-Estrie: La détermination du coût des services de santé. In R. Hébert, A., Tourigny, & M. Raïche (Eds.). *L'intégration des services: Les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (pp. 423-449). PRISMA Volume II. Québec: EDISEM.
- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., & Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal*, *300*, 1033-1037.
- Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., & Holme, S. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: Results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *314*, 1381-1385.
- 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.
- Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, H., Buteau, M., et Coulombe, C. (2002). *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval*. Rapport numéro 3. Rapport de recherche présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Québec.

- Dufton B.D., & Siddique C.M. (1992). Measures in the day hospital. I. The global assessment of functioning scale. *International Journal of Partial Hospitalization*, 8(1), 41-49.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- 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-ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- Gold, M.R., Patrick, D.L., Torrance, G.W., Fryback, D.G., Hadorn, D.C., Kamlet, M.S., Daniels, N. & Weinstein, M.C. (1996). Identifying and valuing outcomes. In M.R. Gold, L.B. Russell, J.E. Siegel, & M.C. Weinstein (Eds.). *Cost-effectiveness in health and medicine* (pp.82-134). Oxford: Oxford University Press.
- Hébert, R., Tourigny, A., & Raïche, M. (2007). *L'intégration des services: Les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. PRISMA Volume II. Québec: EDISEM.
- 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.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals are not in fashion, but evidence shows that they provide feasible and effective care. *British Medical Journal*, 327, 116-117.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., & Wiersma, D. (2001). Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Health Technology Assessment*, 5(21), 1-26.

- 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.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care/Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249.
- Robinson, R. (1993). Economic evaluation and health care: Costs and cost-minimisation analysis. *British Medical Journal*, 307(6906), 726-728.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., & Lipsey, M.K. (1999). *Evaluation/A systematic approach* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M., & Brown, M. (1996). Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 629-637.
- 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.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Rüphan, M., & Giel, R. (1991). Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17(3), 411-419.

7. RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Ce chapitre comprend des résultats additionnels non inclus dans les articles précédents du chapitre 6. Il débute par la présentation de la trajectoire de soins des trois clientèles cliniques principales de l'hôpital de jour (objectif 8). Puis, il décrit les perceptions des usagers de l'hôpital de jour et des personnes hospitalisées sur l'hospitalisation et l'urgence psychiatrique. Ensuite, des données clinico-administratives sur les deux épisodes index à l'hôpital de jour et l'hospitalisation sont présentées, suivies de données descriptives économiques sur les participants.

7.1 Trajectoire de soins des trois clientèles suivies à l'hôpital de jour

Les tableaux 7.1.1 à 7.1.3 comparent la consommation de services sociosanitaires six mois avant le suivi à l'hôpital de jour (T1) et six mois après (T3) pour chacune des trois clientèles cliniques : troubles psychotiques, troubles de l'humeur et anxieux et troubles de la personnalité du groupe B. Tel que précédemment mentionné, cette information a été colligée via un questionnaire rempli par la doctorante pour la mesure du T1 et avec un calendrier à compléter par les participants pour la mesure du T3. Dans le groupe des troubles psychotiques, le tableau 7.1.1 indique qu'après l'hôpital de jour, cette clientèle est surtout prise en charge, de façon significative, dans les cliniques externes psychiatriques. Un examen plus détaillé des professionnels consultés démontre que 79 % des participants sont suivis par plusieurs membres de l'équipe en clinique externe. On voit aussi une tendance d'une diminution du nombre de personnes qui consultent l'urgence et une augmentation du nombre de participants qui utilisent les organismes

communautaires. Tous les participants ont reçu des services de santé mentale après l'hôpital de jour.

Tableau 7.1.1

Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble psychotique

Services	T1 (n = 20)	T3 (n = 20)	Comparaison T1-T3
	# participants (%)	# participants (%)	(test de McNemar) <i>p</i>
Urgence	12 (60,0)	6 (30,0)	0,07
Hospitalisation	10 (50,0)	4 (20,0)	0,11
Cliniques externes*	9 (45,0)	19 (95,0)	0,006
CLSC	6 (30,0)	2 (10,0)	0,13
Professionnel de la santé en cabinet privé	3 (15,0)	0 (0)	0,25
Organisme communautaire	1 (5,0)	5 (25,0)	0,22
Centre de crise	1 (5,0)	0 (0)	1,00
Centre de jour	0 (0)	1 (5,0)	1,00

* 1) Psychiatre seulement (n, %) = 4 (20)

2) Psychiatre et autres professionnels (ex. ergothérapeute, infirmière, psychologue) (n, %) = 15 (75)

Chez les personnes présentant un trouble de l'humeur et anxieux (tableau 7.1.2), il y a une diminution significative du nombre de participants qui ont consulté l'urgence psychiatrique après le suivi à l'hôpital de jour. La prise en charge post hôpital de jour se fait surtout en clinique externe psychiatrique. Un examen plus détaillé du suivi en clinique externe indique qu'un peu plus de la moitié des participants ne voient seulement qu'un psychiatre.

Tableau 7.1.2

Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux

Services	T1 (n = 20)	T3 (n = 20)	Comparaison T1-T3
	# participants (%)	# participants (%)	(test de McNemar) <i>p</i>
Urgence	6 (30,0)	1 (5,0)	0,03
Hospitalisation	1 (5,0)	0 (0)	1,00
Cliniques externes*	4 (20,0)	13 (65,0)	0,004
CLSC	3 (15,0)	3 (15,0)	1,00
Professionnel de la santé en cabinet privé	7 (35,0)	3 (15,0)	0,13
Organisme communautaire	2 (10,0)	6 (30,0)	0,22
Centre de crise	0 (0)	0 (0)	---
Centre de jour	0 (0)	1 (5,0)	1,00

* 1) Psychiatre seulement (n, %) = 7 (35)

2) Psychiatre et autres professionnels de la clinique externe (n, %) = 2 (10)

3) Psychiatre et intervenants 1ère ligne = 4 (20)

Outre les cliniques externes, 30 % des participants avec un trouble de l'humeur et anxieux fréquentent les organismes communautaires. Tout comme le groupe précédent, tous les participants avec un trouble de l'humeur et anxieux ont reçu des services de santé mentale après l'hôpital de jour. Les résultats du tableau 7.1.3 démontrent que les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B consultent moins l'urgence psychiatrique après le suivi en hôpital de jour, et ce de façon significative.

Tableau 7.1.3

Consommation de services sociosanitaires des personnes avec un trouble de la personnalité du cluster B

Services	T1 (n = 20)	T3 (n = 16)	Comparaison T1-T3
	# participants (%)	# participants (%)	(test de McNemar) <i>p</i>
Urgence	14 (70,0)	3 (18,8)	0,001
Hospitalisation	1 (5,0)	0 (0)	1,00
Cliniques externes*	4 (20,0)	4 (25,0)	1,00
CLSC	1 (5,0)	3 (18,8)	0,50
Professionnel de la santé en cabinet privé	3 (15,0)	1 (6,3)	0,50
Organisme communautaire	0 (0)	1 (6,3)	1,00
Centre de crise	6 (30,0)	2 (12,5)	0,13
Centre de jour	0 (0)	0 (0)	--

* Psychiatre seulement (n, %) = 2 (13,3)

Psychiatre et CLSC (n, %) = 1 (6,7)

Psychiatre et organisme communautaire (n, %) = 1 (6,7)

Psychiatre et autres professionnels de la clinique externe (n, %) = 0 (0)

En ce qui concerne le suivi en externe pour les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B, il semble se faire dans divers types de services, tels que les cliniques externes et les CLSC. Il y a une tendance à utiliser moins les centres de crise après le suivi en hôpital de jour. Une personne n'a pas consommé de services en santé mentale après l'hôpital de jour.

7.2 Perceptions des participants sur l'hospitalisation et l'urgence psychiatrique

Les commentaires suivants (tableau 7.2.1) ont été recueillis aux trois temps de mesure via les questionnaires sur la consommation de services, le questionnaire Verona Service Satisfaction Scale et les entrevues qualitatives. Ce qui se dégage de ces perceptions est la difficulté d'accès aux services de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, à la suite d'une visite à l'urgence dans cet établissement, pour quelques participants. Durant l'hospitalisation, les participants expriment le besoin d'avoir davantage de thérapie structurée. Que ce soit à l'urgence ou aux unités d'hospitalisation, les participants expriment le besoin d'avoir du soutien entre pairs. Comme pour les personnes qui ont participé à l'hôpital de jour, il y avait une réticence initiale à consulter les services de l'hôpital psychiatrique mais leur expérience d'hospitalisation a démenti leurs préjugés sur les services en santé mentale.

Tableau 7.2.1

Synthèse des commentaires des participants de l'hôpital de jour (n = 60) et hospitalisés (n = 13) sur l'hospitalisation et l'urgence psychiatrique

Service	Aspects positifs	Aspects négatifs et suggestions
Sur l'expérience au service de l'urgence psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> ♦ « Plus encadré que durant l'hospitalisation, et espace plus petit donc tous collés. On peut créer plus de contacts: important et bénéfique. » 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ambiance et gens bizarres ♦ Expérience négative avec un psychiatre: « Il m'a mal compris, il ne me croyait pas; il ne voulait pas croire ce que je disais; il essayait de me faire peur en disant que je ne reverrais plus ma famille; il manquait d'écoute. » ♦ « Ils n'ont pas détecté couteau et autres objets de métal: situation dangereuse. Pas assez serré comme surveillance. » ♦ « On se sent comme un numéro qu'on fait tchik tchik avec la carte d'assurance maladie. Té un cas numéro trois, toi tu attends quatre heures. » ♦ « Accueil froid, pas donné d'informations, très bureaucratique. Il faudrait plus d'empathie et être mieux guidé. » ♦ L'accès à un suivi à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine compliqué (cinq expériences à ce sujet) : ♦ « Difficile d'avoir de l'aide. L'urgence te retourne chez vous. Personnel de l'urgence bête et froid. Peu compris dans mes problèmes. Ne m'ont pas remis mes médicaments, peu compétents, arrogants, peu humains. » ♦ « C'est triste qu'il n'ait pas vu mes problèmes après ma première visite à l'urgence. » ♦ Lors d'une première visite à l'urgence, la personne a été retournée à la maison sans suivi ni recommandations. La participante a exprimé une demande d'aide. Cette demande n'a pas été entendue du tout. Très frustrée, très déçue, elle avait fait une menace suicidaire, « ça en prend plus que ça pour venir ici ». À la suite de cette visite, elle a fait une nouvelle tentative suicidaire. Réticence à revenir mais besoin d'aide. Lors de la seconde visite: encore une fois, réticences du psychiatre à référer la personne. Son mari a dû s'en mêler. Puis, elle fut référée à hôpital de jour. ♦ Première fois à l'urgence : idées suicidaires: première hospitalisation. Congé sans suivi à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine mais référence au CLSC. Mis en attente et n'a jamais eu de nouvelles du CLSC. Seconde fois à l'urgence: idées suicidaires : retour à la maison car référence au CLSC. Il était frustré car : « j'avais un problème mais ce n'était pas réglé, pas pris à temps car mes problèmes se sont

Service	Aspects positifs	Aspects négatifs et suggestions
		détériorés, pas pris la situation au sérieux. » Troisième fois à l'urgence: psychose et garde en établissement. Après l'hospitalisation, référence à l'hôpital de jour.
		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lors des deux visites à l'urgence avant son suivi à l'hôpital de jour, la personne dit ne pas voir eu de suivi après ces visites, ni de références aux centres de crise, ni numéros de téléphone : « Difficile de naviguer dans le système. »
Sur l'expérience d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sentiment de sécurité ♦ Ressemble à : un séjour dans un monastère avec la routine, cabaret, cellules, repos ou un camp de vacances ♦ Soutien et socialisation avec les pairs très aidants, agréables car problèmes similaires : « on en jase une shot ». ♦ « J'en avais besoin » ♦ Les moments de sorties sont importants car ils donnent une bouffée d'air pour décompresser à cause des patients envahissants, accaparants, agressifs ♦ « Les infirmières ont l'air d'aimer ce qu'elles font: disponibles, ouvertes d'esprit » ♦ Les unités sont bien aménagées et propres. ♦ Bons repas ♦ L'ambiance défait des mythes sur l'hôpital psychiatrique. ♦ Cette personne avait des réserves à venir à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine mais depuis qu'elle est venue, reviendrait sans hésiter. ♦ A permis de s'ouvrir à venir à l'hôpital de jour car ne voulait pas venir auparavant en raison du fait que l'hôpital de jour est à l'intérieur de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ « Tellement plate, y a rien à faire. » ♦ « Ils devraient essayer d'offrir plus d'activités structurées. » ♦ « Pas vraiment encadré, laissés à nous-mêmes, en attente. » ♦ « Je ne comprends pas comment ils nous soignent. » ♦ Voir le psychiatre plus souvent durant l'hospitalisation pour être plus rassuré ♦ Rencontres avec les psychiatres: toujours les mêmes questions ♦ Suivi post hospitalisation : la personne aurait aimé une référence à un médecin de famille, sans suivi à T2; aurait aimé poursuivre un peu plus longtemps en thérapie mais en même temps dit qu'elle a passé "ma vie en thérapie".

7.3 Données clinico-administratives sur l'hôpital de jour et l'hospitalisation

Les tableaux 7.3.1 (a et b) présentent des données clinico-administratives de l'épisode index de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation. En ce qui concerne l'hospitalisation, la seule donnée disponible est la durée moyenne du séjour, qui, dans la présente étude, est autour de trois semaines. Par ailleurs, à l'hôpital de jour, la durée du suivi chez les personnes âgées est en moyenne cinq semaines de plus que chez les adultes plus jeunes. Les référents les plus fréquents pour le groupe psychotique sont les unités d'hospitalisation et les cliniques externes et spécialisées. Pour le groupe des troubles de l'humeur et anxieux, ce sont l'urgence/unité d'intervention brève et le module d'évaluation-liaison. Pour le groupe des troubles de la personnalité du groupe B, ce sont l'urgence/unité d'intervention brève.

Pour l'ensemble de l'hôpital de jour, les raisons de consultation les plus fréquentes sont : 1) Stabiliser/traiter; 2) Favoriser la réinsertion sociale; et 3) Préciser le diagnostic. Ceci semble suggérer que l'hôpital de jour n'est pas utilisé en premier lieu comme une alternative à l'hospitalisation.

Tableau 7.3.1.a)

Durée du suivi de l'épisode index hôpital de jour et hospitalisation

Variable		Hôpital de jour (n = 60)	Hospitalisation (n = 13)
Durée du suivi	Moyenne (é.t.)	8,8 semaines (2,6)	2,8 semaines (1,6)
	Étendue	5,0-21,0 semaines <ul style="list-style-type: none"> • Durée moyenne dans les équipes de personnes âgées (n = 10): 12,9 sem. (étendue 9,0-21,0) • Durée moyenne dans les équipes adultes (n = 50): 7,9 sem. (étendue 5,0-11,0) 	1,1-6,7 semaines

Tableau 7.3.1.b)

Référants et motifs de consultation sur l'épisode index hôpital de jour par groupe diagnostique

Variable	HDJ toutes les équipes	HDJ troubles psychotiques	HDJ troubles de l'humeur et anxieux	HDJ troubles de la personnalité
	(n = 60) n (%)	(n = 20) n (%)	(n = 20) n (%)	(n = 20) n (%)
Référant				
Urgence/UIB	23 (38,3)	3 (15,0)	7 (35,0)	13 (65,0)
Unité d'hospitalisation	8 (13,3)	7 (35,0)	0 (0)	1 (5,0)
Cliniques externes et spécialisées	14 (23,3)	7 (35,0)	4 (20,0)	3 (15,0)
Module Évaluation- Liaison	12 (20,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	2 (10,0)
Omnipraticien CLSC	3 (5,0)	0 (0)	2 (10,0)	1 (5,0)
	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Raison de la consultation				
Stabiliser/traiter	30 (50,0)	7 (35,0)	12 (60,0)	11 (55,0)
Favoriser la réinsertion sociale	22 (36,7)	8 (40,0)	6 (30,0)	8 (40,0)
Préciser le diagnostic	19 (31,7)	7 (35,0)	4 (20,0)	8 (40,0)
Prévenir hospitalisation	12 (20,0)	1 (5,0)	7 (35,0)	4 (20,0)
Écourter hospitalisation	5 (8,3)	5 (25,0)	0 (0)	0 (0)
Non précisé	14 (23,3)	5 (25,0)	5 (25,0)	4 (20,0)
Autre (ex. ↑ introspection)	1 (1,7)	0 (0)	1 (5,0)	0 (0)

Note : il peut avoir plus d'une raison/sujet

8. DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif général de l'étude présentée dans les chapitres précédents était de comparer les effets cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec trois types de troubles mentaux aigus, et ce, avec ceux de l'hospitalisation.

Cette étude nous a appris que pour des personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux ou des troubles psychotiques en phase aiguë (définie par un score à l'Échelle globale du fonctionnement entre 21 et 60), un suivi en hôpital de jour démontrait des effets supérieurs à l'hospitalisation en ce qui concerne la gravité des symptômes, l'estime de soi, la participation sociale globale et la satisfaction face à la participation sociale, particulièrement dans les rôles sociaux. À la suite d'un suivi à l'hôpital de jour, ces mêmes participants ont continué à démontrer une amélioration significative dans leur estime de soi, leur réalisation globale de leur participation sociale et leur satisfaction face à leur réalisation d'activités courantes et de rôles sociaux. De leur côté, les personnes hospitalisées sont demeurées stables sur toutes les variables. Toutefois, après le congé, le degré de changement était similaire entre les deux groupes. Ces divers résultats suggèrent donc qu'un hôpital de jour psychiatrique organisé en équipes cliniques avec des clientèles homogènes et proposant un suivi thérapeutique intégrant diverses modalités d'interventions en groupe et en individuel a des impacts bénéfiques chez les participants et ce, jusqu'à six mois après le congé.

L'observation d'une plus grande diminution de la gravité des symptômes durant l'hôpital de jour et du maintien des gains après le congé est similaire aux résultats obtenus par Priebe et coll. (2006). Pour la réalisation de la participation sociale, les résultats de la

présente étude vont dans le sens de ceux de Kallert et coll. (2007) durant le suivi index seulement. Il faut rappeler que dans leur étude, les participants du groupe hôpital de jour ont continué à démontrer une amélioration statistiquement supérieure au groupe de personnes hospitalisées et ce, jusqu'à 12 mois après le congé. Une hypothèse explicative possible est le fait que dans leur échantillon, au départ, les personnes dans le groupe hôpital de jour étaient significativement moins malades que dans le groupe hospitalisation ($p = 0,001$). Dans la présente étude, les deux groupes étaient comparables au premier temps de mesure en ce qui concerne la gravité des symptômes. Il est donc possible que dans l'étude de Kallert et coll. (2007), les participants du groupe hôpital de jour se soient améliorés davantage par rapport à leur fonctionnement social que les personnes hospitalisées et ce, même après la fin du suivi.

La satisfaction face à la participation sociale est un aspect sur lequel nos résultats diffèrent de ceux de Kallert et coll. (2007) et de Priebe et coll. (2006). Dans leur cas, aucune différence n'a été trouvée entre les deux groupes par rapport à la qualité de vie à tous les temps de mesure. Dans la présente étude, les participants de l'hôpital de jour sont devenus plus satisfaits de la réalisation de leur participation sociale globale et de leurs rôles sociaux durant le suivi à l'hôpital de jour que les personnes hospitalisées. Par la suite, le degré de changement était similaire dans les deux groupes, mais les participants de l'hôpital de jour étaient significativement plus satisfaits de la réalisation de leur participation sociale globale et de leurs rôles sociaux six mois suivant le congé que les personnes du groupe hospitalisation. Une hypothèse pouvant expliquer cette différence dans les résultats vient du fait que Kallert et coll. (2007) et Priebe et coll. (2006) ont mesuré la qualité de vie, concept apparenté à la satisfaction face à la participation sociale

mais néanmoins distinct. La qualité de vie inclut non seulement la satisfaction face à la vie comme caractéristique mais également les notions de bien-être, la présence de comportements adaptés, un sentiment de contrôle face à sa vie et la réalisation d'occupations valorisantes (Levasseur, St-Cyr Tribble, et Desrosiers, 2006). De plus, le questionnaire retenu dans les études de Kallert et coll. (2007) et de Priebe et coll. (2006) différait de celui utilisé dans notre étude. Leur outil, le Manchester Short Assessment of Quality of Life incluait des questions fermées (par exemple : Avez-vous été victime de violence physique au cours de la dernière année?), des énoncés évaluant la satisfaction face à la vie en général et différents domaines de façon globale (par exemple, le travail, le nombre et la qualité des amitiés) et la santé physique et mentale (Priebe, Huxley, Knight, et Evans, 1999). Dans la présente recherche, le concept évalué était la satisfaction face à la façon dont une habitude de vie est réalisée (Fougeyrollas et al., 2002).

Les participants de l'hôpital de jour étaient davantage satisfaits que les personnes hospitalisées face aux comportements et aux habiletés des professionnels de la santé, l'accès aux services, les types d'intervention offertes et leur efficacité. Cette plus grande satisfaction face aux services reçus à l'hôpital de jour concorde avec les résultats des deux méta-analyses (Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2001) et ceux de Priebe et coll. (2006). Avec six mois de recul, les participants de l'hôpital de jour ont exprimé que ce service avait été aidant pour mieux comprendre l'origine de leurs problèmes, soulager leurs symptômes, améliorer la relation avec eux-mêmes et avait provoqué des changements marquants. Ils ont aussi exprimé à nouveau leur appréciation de la combinaison des interventions de groupe et individuelles et des modalités thérapeutiques proposées dont, les activités projectives, les jeux de rôle, la psychoéducation, les lectures

et les devoirs, l'établissement d'un objectif hebdomadaire et les activités physiques. Ces types de modalités étaient également des composantes appréciées ou souhaitées dans d'autres études sur les hôpitaux de jour (Karterud et Pedersen, 2004; Russell et Busby, 1991).

Par ailleurs, la présente étude a permis de démontrer que des personnes avec des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et anxieux et des troubles de la personnalité du groupe B bénéficiaient d'un suivi en hôpital de jour. Comparativement à Creed et coll. (1990), Glick et coll. (1986) et Sledge, Tebes, Rakfeldt et coll. (1996), qui n'avaient pas trouvé de différence significative dans les changements dans le temps entre des personnes avec des troubles psychotiques et des troubles affectifs/névrotiques, nos résultats indiquent des effets différentiels entre les trois groupes. Ces études n'ont toutefois pas comparé exactement les mêmes clientèles cliniques que dans la présente recherche (pas de sujets avec des troubles de la personnalité dans les études antérieures).

Ainsi, notre étude a fait ressortir que les personnes avec des troubles psychotiques s'étaient moins améliorées durant le traitement à l'hôpital de jour que les personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux et de la personnalité du groupe B par rapport à la gravité des symptômes, la détresse et l'estime de soi. Au début du suivi en hôpital de jour, les personnes avec des troubles psychotiques se percevaient significativement moins troublées par leurs symptômes et avec une meilleure estime de soi que dans les deux autres groupes. Puisque ces variables n'étaient pas perçues comme problématiques, il est possible qu'il y ait eu moins d'espace au changement. Par ailleurs, alors que les personnes avec des troubles psychotiques et de la personnalité du groupe B sont demeurées stables après le congé de l'hôpital de jour, les personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux

ont continué à s'améliorer de façon significative par rapport à leur estime de soi et leur participation sociale. Cette clientèle clinique a donc particulièrement profité de son expérience à l'hôpital de jour. Une hypothèse possible de ce résultat serait que la programmation clinique et les interventions offertes à cette clientèle répondaient très bien à leurs besoins. Les effets positifs d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique pour la clientèle avec des troubles de l'humeur (Howes et al., 1997; Mazza, Barbarino, Capitani, Sarchiapone, et De Risio, 2004) et des troubles anxieux (Wadell et Demi, 1993) ont été documentés.

Enfin, la présente étude, qui a inclus des personnes avec des troubles de la personnalité du groupe B, a permis d'examiner les effets d'un suivi en hôpital de jour chez cette clientèle qui utilise ce type de service (Karterud et Pedersen, 2004; Serero et Gagnon, 2000) mais pour laquelle on connaît peu les impacts. Nos résultats ont démontré des changements positifs durant leur suivi en hôpital de jour sur toutes les variables soient : la gravité des symptômes, la détresse, l'estime de soi et la réalisation et la satisfaction face à la participation sociale dans les activités courantes et les rôles sociaux. Six mois après le congé, ils sont demeurés stables sur toutes les variables et ont donc maintenu leurs gains. Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude précédente réalisée à cet hôpital de jour avec un questionnaire global portant sur les symptômes et le fonctionnement dans la vie quotidienne (Badey, Bourque, David, Gagnon, et Larivière, 2007).

Sur le plan économique, notre étude a permis de dresser un portrait de consommation de services sociosanitaires plus complet que les études antérieures. Les résultats globaux ont indiqué que suivant un traitement en hôpital de jour, la prise en

charge se faisait surtout en cliniques externes psychiatriques et avec les organismes communautaires. De plus, même si les personnes traitées à l'hôpital de jour ont consommé plus de services de santé mentale que les personnes hospitalisées, les services consultés étaient moins coûteux. Ainsi, lorsque l'on regarde la consommation de services sociosanitaires avant et après un passage en hôpital de jour, la réduction des coûts est plus importante (38 %) que chez les personnes hospitalisées (7 %).

Lorsque l'on compare l'utilisation de l'hospitalisation après un suivi en hôpital de jour ou une hospitalisation, les résultats de l'étude démontrent une diminution significative des personnes réhospitalisées dans le groupe hôpital de jour. Ces données diffèrent de celles des études antérieures qui n'avaient pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes (Marshall et al., 2001; Priebe et al., 2006). Une des hypothèses possibles est que les psychiatres du groupe hôpital de jour aient des pratiques différentes des psychiatres du groupe hospitalisation. En effet, lorsque l'on examine les résultats de plus près, chez les participants du groupe hospitalisation, on observe que le suivi post hospitalisation se fait principalement dans les services affiliés à l'hôpital psychiatrique, alors que les participants suivis à l'hôpital de jour sont référés un peu plus vers les services sociosanitaires de première ligne (avec donc un accès moins facile à l'hospitalisation). Une étude de Bowman et coll. (1983) indiquait que l'affectation du psychiatre avait une influence significative ($p < 0,02$). Ainsi, lorsqu'un psychiatre en charge de l'interne évaluait des personnes en décompensation aiguë dans une clinique externe, il avait tendance à hospitaliser davantage ces personnes. Or, le psychiatre en charge de l'hôpital de jour référait davantage les personnes évaluées dans cette même clinique externe à l'hôpital de jour.

Le nombre de personnes utilisant l'urgence psychiatrique après le suivi index, comparable entre les deux groupes, est un résultat qui va dans le sens de ceux de Dick et coll. (1985). Dans la présente étude, comparativement à l'étude américaine de Sledge, Tebes, Wolff et coll. (1996), les centres de crise ont été peu consommés par les participants. Cette divergence pourrait s'expliquer en raison de différences possibles dans la disponibilité et l'accessibilité de ce service entre les systèmes de santé américains et québécois. Enfin, les centres de jour n'étaient pas non plus beaucoup fréquentés par les participants de l'étude. Ce résultat rejoint l'observation notée par Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, et Tyrer (2001), qui affirment que les centres de jour psychiatriques sont moins populaires, étant de plus en plus remplacés par les approches de gestion de cas et les programmes de réadaptation au travail.

L'expérience des participants nous permet également de suggérer des pistes d'améliorations dans les services offerts à l'hôpital de jour et durant l'hospitalisation. Chez les participants de l'hôpital de jour, malgré le fait que 98 % d'entre eux ont consommé des services de santé mentale au cours des six premiers mois suivant le congé, d'après leurs témoignages, il est clair que la continuité du suivi après le séjour à l'hôpital de jour est un aspect à améliorer et ce, particulièrement l'accès à la thérapie non médicale. Les participants ont proposé de mieux organiser ce suivi avant la fin du séjour à l'hôpital de jour en s'assurant que l'ensemble du suivi en externe soit bien amorcé avant de donner congé. Cette suggestion va dans le même sens que Boyer et coll. (2000) et Olfson et coll. (1998), qui ont démontré qu'avoir des contacts avec la nouvelle équipe avant le congé de l'hospitalisation psychiatrique facilitait la transition vers les services externes de santé mentale. Outre cette stratégie, Boyer et coll. (2000) ont fait ressortir que la

communication entre les cliniciens dans les unités d'hospitalisation et les cliniciens en externe concernant les plans entourant le congé du client, de même que l'implication de la famille durant l'hospitalisation, étaient des stratégies de liaisons efficaces.

De plus, toujours selon l'expérience des participants, il serait pertinent de bien évaluer leur soutien social car celui-ci devient très important quand le suivi en hôpital de jour se termine. S'assurer que les clients sont bien entourés favorise la santé et le bien-être (Reis et Collins, 2000).

Deux études antérieures alimentent la réflexion à faire sur la transition hôpital de jour-suivi en externe. Dans une étude allemande réalisée auprès de 114 participants traités en hôpital de jour et présentant des troubles de l'humeur, anxieux, alimentaires, somatoformes et de la personnalité (Zeeck, Hartmann, et Kuhn, 2005), les chercheurs ont observé que les personnes avec des psychopathologies plus graves rapportaient que la transition était plus difficile et que leur pronostic était moins favorable un an et demi post admission à un hôpital de jour. Chez les 77 personnes de qui ils ont pu obtenir l'information, 65 % avaient débuté une psychothérapie externe, 6,5 % n'avaient pas trouvé de psychothérapeutes et 28,5 % ne ressentaient pas le besoin de poursuivre une psychothérapie après l'hôpital de jour. Ces résultats ont amené des questionnements similaires à ceux des chercheurs de la présente étude. Par exemple, est-ce que les participants qui ont trouvé la transition difficile ont été traités suffisamment longtemps? Est-ce que la durée de traitement en hôpital de jour devrait être plus flexible?

L'étude de Hummelen, Wilberg, et Karterud (2007), réalisée auprès de huit participantes avec un trouble de la personnalité limite, suivies en hôpital de jour puis en thérapie externe de groupe et qui ont abandonné ce suivi, apporte d'autres pistes sur ce

sujet. Pour ces participantes, il semble que la terminaison à l'hôpital de jour a créé, d'une part, un sentiment de perte de ce service et de personnes significatives dans les groupes. Le suivi en externe a été vécu comme devoir tout reprendre comme au point de départ. D'autre part, des participantes ont soulevé que l'hôpital de jour avait représenté un projet mené à terme et en avaient ressenti un soulagement. Recommencer la démarche par la suite en externe a été perçue comme trop difficile. Enfin, la perte d'intensité dans le suivi a aussi influencé la décision de mettre fin à la thérapie de groupe en externe. Dans leurs conclusions, ces auteurs proposent de nommer ouvertement en externe cet enjeu de deuil de l'hôpital de jour afin de faciliter l'engagement dans le nouveau suivi.

Malgré des bienfaits démontrés de l'hôpital de jour, pour les personnes avec des troubles mentaux aigus, l'hospitalisation semble avoir tout de même répondu à des besoins. Les résultats de la présente étude indiquent que les personnes dans ce groupe sont demeurées généralement stables dans le temps. Les impressions négatives formulées par les participants de notre étude sur les sentiments d'attente et de manque de thérapie durant l'hospitalisation ont été rapportées par Quirck et Lelliott (2001) dans leur recension des écrits sur l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique au Royaume-Uni. De plus, la moins grande satisfaction des participants dans le groupe hospitalisation que ceux du groupe hôpital de jour face aux types et à l'efficacité des interventions offertes, nous amènent à suggérer aux cliniciens et aux gestionnaires des unités d'hospitalisation de s'inspirer de la programmation clinique de l'hôpital de jour et intégrer davantage d'activités thérapeutiques structurées pertinentes dans leur service.

Enfin, chez l'ensemble des participants des deux groupes, un thème commun lié aux services de santé mentale a émergé, celui de la persistance des préjugés face à ceux-

ci. Comme chez les participants de la présente étude, dans les barrières à la recherche d'aide, on retrouve la crainte du jugement d'autrui (Kessler et al., 2001). Cette réticence à consulter des services de santé mentale est un phénomène documenté (Corrigan, 2004) et demeure un enjeu important pour les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs.

Forces et limites de l'étude

Afin de discuter des forces et des limites de notre étude, nous reprendrons les constats dégagés par Horvitz-Lennon et coll. (2001) lors de leur évaluation des études sur l'efficacité des hôpitaux de jour psychiatriques effectuée dans leur méta-analyse.

Nous n'avons pas pu résoudre le problème des petits échantillons. En effet, dans le groupe de comparaison, la taille finale était sous le seuil souhaité, ce qui diminue la puissance de l'étude. Initialement, nous souhaitions comparer les effets cliniques, fonctionnels et économiques de l'hôpital de jour à ceux de l'hospitalisation et ceux d'un suivi en clinique externe standard. Toutefois, des changements organisationnels majeurs sont survenus dans le milieu de l'étude à partir de l'automne 2006 et ont été effectifs le 29 octobre 2007. Ces changements ont consisté à réorganiser tous les services cliniques en programmes-clientèles (s'inspirant de l'hôpital de jour), à fermer les cliniques externes et à réorganiser les équipes cliniques dans les programmes ambulatoires (cliniques externes et hôpital de jour). Ces changements ont eu comme impact que nous avons dû éliminer le groupe de comparaison en externe. Toutefois, ces changements n'ont pas affecté la collecte de données à l'hôpital de jour (le recrutement était terminé à ce moment) ni aux unités d'hospitalisation (les intervenants et les services offerts étaient les mêmes). Cependant, il fut très difficile de recruter une clientèle psychiatrique hospitalisée. Dans le

bassin de candidats admissibles, les personnes refusaient beaucoup de rencontrer la doctorante pour en savoir davantage sur l'étude. Après deux ans de recrutement intensif, il a été convenu avec l'équipe de directeurs de terminer le recrutement. La puissance fut néanmoins suffisante pour détecter des effets différentiels entre les deux groupes durant le suivi index.

Enfin, en raison de la petite taille finale dans le groupe de comparaison, nous avons décidé de réajuster nos objectifs dans le volet économique de l'étude puisqu'initialement, l'objectif principal était d'effectuer une analyse de coût-conséquences. Ainsi, pour cette étude, nous avons fait une première exploration de la consommation de services sociosanitaires chez des personnes adultes et âgées présentant divers troubles mentaux et des coûts associés à ces services.

De plus, pour des raisons de faisabilité de priver des personnes en phase aiguë d'un suivi dans un service connu et établi depuis quelques années dans le site de l'étude, les participants n'ont pas été assignés aléatoirement dans chaque service. Les analyses ont démontré que les deux groupes étaient statistiquement comparables sur toutes les variables sociodémographiques et cliniques au départ ce qui constitue un élément positif de notre étude par rapport à l'évaluation d'Horvitz-Lennon et coll. (2001) des études antérieures. Il est cependant possible qu'en raison du manque de puissance lié à notre petit échantillon dans le groupe de comparaison, des différences entre les deux groupes n'ont pas été détectées.

Parmi les forces de notre étude, même si un seul site a été inclus dans l'évaluation, il était représentatif des hôpitaux de jour psychiatriques (Casarino et al., 1982; Serero et Gagnon, 2000). La description détaillée des services comparés est également un élément

supérieur aux études antérieures. Horvitz-Lennon et coll. (2001) soulignaient qu'une faiblesse des études antérieures était l'usage d'instruments non-validés ou des évaluations non réalisées à l'insu. Dans la présente étude, les questionnaires choisis démontrent tous de bonnes qualités métrologiques et sont reconnus dans les domaines de la santé mentale ou de la réadaptation. Aussi, les instruments étaient pour la plupart des questionnaires complétés par les participants et donc, le biais possible lié aux évaluations complétées par les chercheurs non à l'insu ne fut pas un enjeu dans cette étude. Deux personnes externes à l'étude ont vérifié la comptabilisation des questionnaires dans quatre dossiers. Les analyses quantitatives ont été effectuées avec rigueur, avec l'aide d'une statisticienne, ce qui est un autre élément supérieur de notre étude. Pour le volet qualitatif, la saturation des nouvelles idées a été atteinte avec la taille d'échantillon finale. Les analyses qualitatives ont suivi les standards reconnus (Miles et Huberman, 1994). Enfin, pour le volet économique, le possible biais de rappel a été réduit en vérifiant l'information fournie par les participants dans leurs dossiers médicaux à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Recommandations pour la recherche

À la suite de la réalisation de cette étude, dans le domaine des hôpitaux de jour psychiatriques, il serait pertinent de poursuivre la comparaison de l'efficacité de ce service chez des clientèles cliniques homogènes et chez les personnes âgées. Les prochaines études devraient aussi comparer les effets des hôpitaux de jour psychiatriques avec d'autres alternatives à l'hospitalisation, telles que les programmes ACT. Par ailleurs, en plus des variables ciblées dans cette étude, pour toutes les clientèles, il serait important de mesurer les effets d'un hôpital de jour sur l'insight, les habiletés relationnelles/sociales

et la consommation de substances, car ce sont des dimensions traitées en hôpital de jour psychiatrique.

Enfin, toute la question de la coordination avec le suivi en externe et la thérapie post hôpital de jour est une avenue de recherche pour l'avenir. D'une part, les hôpitaux de jour psychiatriques pourraient repenser à des modèles cliniques intégrant des formules de transition. L'efficacité de ces modèles pourrait par la suite être évaluée. D'autre part, pour le réseau des services externes et communautaires, il est important de continuer à étudier les besoins des clients vivant avec des troubles mentaux et examiner les facteurs multidimensionnels (ex. : facteurs liés aux clients, pratique des médecins et des professionnels de la santé, culture des établissements, organisation des services dans le système de santé) facilitant ou entravant l'accès aux services externes et communautaires en santé mentale.

9. CONCLUSION

Les hôpitaux de jour psychiatriques font partie des options de traitements en santé mentale pour des personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux aigus. Ils ont connu une popularité fluctuante et leur place dans le système de soins a été remise en question (Marshall, 2003).

Cette étude a démontré que sur les plans cliniques et fonctionnels, les participants traités à l'hôpital de jour ont fait des gains sur toutes les variables cliniques et de participation sociale et ont maintenu ceux-ci jusqu'à six mois suivant le congé. De leur côté, les personnes hospitalisées sont demeurées stables durant leur hospitalisation et après leur congé. Lorsque les effets ont été comparés entre les deux groupes, l'hôpital de jour a démontré des effets supérieurs durant le traitement par rapport à la gravité des symptômes (perçue par les participants), l'estime de soi, la réalisation et la satisfaction face à la participation sociale globale et la satisfaction face aux rôles sociaux. De plus, les résultats ont également démontré que l'hôpital de jour était efficace économiquement pour réduire les coûts associés à la consommation de services de santé mentale.

Dans leurs mots, lors de leur retour sur leur suivi à l'hôpital de jour, les participants en ont parlé comme une expérience qui a provoqué des changements positifs marquants et même, une expérience personnelle transformatrice. Elle a été particulièrement aidante pour diminuer les symptômes et améliorer la relation à soi. Selon les résultats quantitatifs obtenus, les personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux ont particulièrement bénéficié de leur séjour à l'hôpital de jour.

Face aux services reçus, les participants de l'hôpital de jour ont exprimé une plus grande satisfaction face aux comportements et aux habiletés des professionnels, à l'accès,

au type et à l'efficacité des interventions offertes que les personnes hospitalisées. Six mois suivant le congé, les participants de l'hôpital de jour ont reparlé avec émotions du contact interpersonnel vécu avec les pairs et les intervenants. Ils ont exprimé à nouveau avoir apprécié la combinaison des rencontres individuelles et de groupe. Ils ont jugé que les thèmes proposés étaient liés à leurs besoins. La terminaison fut une étape difficile pour plusieurs participants et a été perçue comme une coupure drastique qui laisse un vide. Pour faciliter la transition après l'hôpital de jour et poursuivre leur rétablissement, et ce, en lien la perte de soutien social offert par les pairs et les difficultés d'accès à la thérapie, la plupart des participants ont spontanément exprimé l'importance d'avoir un entourage soutenant. De plus, afin de rendre la transition plus positive, les participants se sont remémorés leur expérience, ont continué à se fixer des objectifs, ont pratiqué l'auto-observation et la résolution de problèmes et ont remis dans leur vie des activités significatives.

À partir des résultats de la présente étude, on peut affirmer que les hôpitaux de jour psychiatriques continuent à avoir leur place dans la gamme des services en santé mentale et ce, pour plusieurs clientèles présentant des troubles mentaux aigus. Leur modèle clinique et leurs visées s'inscrivent bien dans la vision actuelle du Plan d'Action en Santé Mentale québécois (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005) et dans les valeurs des services de santé mentale guidés par les concepts du rétablissement, tels que diminuer les symptômes et la détresse, accompagner les personnes dans le développement d'habiletés et de ressources selon leurs buts personnels et stimuler l'engagement dans des activités significatives (Anthony, 2006). Un défi important dans l'avenir des hôpitaux de jour psychiatriques sera de mieux gérer l'attente avant une prise

en charge et travailler étroitement en collaboration avec les services externes spécialisés, communautaires et de première ligne pour faciliter la suite du suivi multidisciplinaire chez ceux qui en ont besoin.

Pour conclure cette thèse, nous avons choisi la citation suivante, qui exprime un souhait d'une participante que nous partageons sincèrement:

« Je pense que c'est un peu pour ça que je suis venue aujourd'hui. Je voulais finir le questionnaire bien sûr, mais je suis venue aussi pour donner ce que je pense. C'est important ça. On le disait dans le groupe mais c'est les intervenantes qui le recevaient. Même si elles le disaient à, le traduisaient à leurs supérieurs, ça reste là. J'espère qu'avec toi, avec ton étude, que tu vas pouvoir réaliser, aider à réaliser une plus grande ouverture, ouvrir les portes un peu plus qu'elles ne sont ouvertes. »

REMERCIEMENTS

À la fin de mon parcours dans cette aventure doctorale, je tiens à remercier en premier lieu les participants de l'étude, qui ont si généreusement offert du temps pour partager leur expérience dans une période plus difficile de leur vie. Leur rencontre m'a inspirée, m'a touchée et m'a nourrie intellectuellement, bien sûr, mais aussi affectivement. J'espère de tout cœur qu'ils pourront continuer leur route avec toute l'aide dont ils ont besoin. Je n'aurais pas pu les rencontrer sans la collaboration exemplaire des cliniciens de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, particulièrement de l'hôpital de jour et des unités de traitement intensifs, que je remercie infiniment. Ma flamme de chercheuse a su toujours rester vivement allumée grâce à mes directeurs Johanne, Michel et Richard, qui sont véritablement des mentors extraordinaires. Par ailleurs, je tiens absolument à remercier les IRSC, le RQRV, la FCE, l'AHJPQ et le Centre de recherche Fernand-Seguin pour leur appui financier afin que je puisse concrétiser cette démarche.

Sur le plan personnel, je suis également très reconnaissante de l'intérêt et du soutien de mon mari Rafael du début à la fin de mon doctorat. Je remercie aussi infiniment mon père, ma mère et ma sœur de m'avoir donné du temps précieux pour pouvoir écrire ma thèse. Enfin, cette aventure a mené à l'accouchement de deux projets qui me tenaient à cœur : mon projet de recherche sur un sujet qui est très important à mes yeux pour la communauté de la santé mentale et mon fils Jean-Philippe à qui j'espère transmettre ce que ce projet m'a appris : la curiosité, la rigueur, l'ouverture, la persévérance, le lâcher-prise et l'amour de la lecture.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (4^e éd.). Paris: Masson.
- Anthony, W.A. (2006). How can mental health systems evolve into recovery-oriented systems of care? In L. Davidson, C. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice* (vol. 2, pp. 340-357). Boston, MA: Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Arns, P.S., et Linney, J.A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63-79.
- Ashaye, O.A., Livingston, G., et Orrell, M.W. (2003). Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging et Mental Health*, 7(3), 195-199.
- Azim, H.F. (2001). Partial Hospitalization Programs. In W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of Personality Disorders/Theory, Research, and Treatment* (pp. 527-540). New York: The Guilford Press.
- Badey, E., Bourque, J., David, P., Gagnon, G., et Larivière, N. (2007). Troubles de la personnalité à l'hôpital de jour/L'expérience de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Dans R. Labrosse et C. Leclerc, (Eds.), *Troubles de la personnalité limite et réadaptation* (Tome 1, pp. 9.02-9.19). Québec, Canada: Éditions Ressources.

- Bateman, A., et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563-1569.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Beats, B., Trimble, D., et Levy, R. (1993). Day hospital provision for the elderly mentally ill within the South East Thames Regional Health Authority. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(5), 442-443.
- Blanchette, D., Durand, S., & Hébert, R. (2007). L'étude de PRISMA-Estrie: La détermination du coût des services de santé. In R. Hébert, A., Tourigny, & M. Raïche (Eds.). *L'intégration des services: Les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (pp. 423-449). PRISMA Volume II. Québec: EDISEM.
- Bobrove, P., Carner, E.A., Simon, D., Gabriel, E., et Altshuler, L. (1983). A partial hospitalization program for nursing home residents. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(6), 553-555.
- Boisvert, D., Morel, C., Surprenant, F., Raymond, S., Cossette, É., Larochelle, É., Buteau, N., Carrier, L., et Delbeke, N. (2005). *Hôpital de jour : Une nouvelle chance/Hôpital de jour du Centre hospitalier Pierre-Janet*. Santé mentale au Québec, Hors Série.
- Boyer C.A., McAlpine D.D., Pottick K.J., et Olfson, M. (2000). Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1592-1598.

- Brekke, J.S., et Long J.D. (2000). Community based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 667-680.
- Breton, J.J., Bilodeau, H., et Boyer, R. (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale*. Montréal, Québec, Canada : Hôpital Rivière-des-Prairies, Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Byford, S., McCrone, P., et Barrett, B. (2003). Developments in the quantity and quality of economic evaluations in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 703-707.
- Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrmann, F.R., Delaloye, C., Giannakopoulos, P., et Weber, K. (2008). Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 949-956.
- Casarino, J.P., Wilner, M., et Maxey, J.T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 1(1), 5-21.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Brousselle, A, Hartz, Z., et Denis, J.L., (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.P. Contandriopoulos et Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation : Concepts et méthodes* (pp. 35-56). Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., et Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. *Bulletin*, 33, 12-17.
- Corbière, M., et Briand, C. (2004). Évaluation en réadaptation psychiatrique/Concepts et outils. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 379-436). Sainte-Foy, Québec, Canada: Presse de L'Université du Québec.
- Corbière, M., Lesage, A., Lauzon, S., Ricard, N., et Reinharz, D. (2003). Validation française du questionnaire « Verona Service Satisfaction Scale » VSSS-54F. *L'Encéphale*, 29, 110-118.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., et Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal*, 300, 1033-1037.
- Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., et Holme, S. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: Results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 314, 1381-1385.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry et Research Design/Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Davidson, L., Kraemer Tebes, J., Rakfeldt, J., et Sledge, W.H. (1996). Differences in social environment between inpatient and day hospital-crisis respite settings. *Psychiatric Services*, 47(7), 714-720.

- De Poy, E., et Gitlin, L.N. (1993). *Introduction to research/Multiple strategies for health and human services*. St-Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL-90-R[®]. *Symptom-Checklist-90-R*. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., et Boutin, C. (2002). Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 774-785.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougere, P., Rochette, A., et Viscogliosi, C. (2004). Validity of the assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36 (4), 177-182.
- Dick, P., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M., et Ince, A. (1985). Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison. *British Journal of Psychiatry*, 147, 246-250.
- Dick, P.H., Sweeney, M. L., et Crombie, I.K. (1991). Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 158, 24-27.
- Direction de la Santé Mentale (1995). *Proposition pour élaborer un cadre d'orientation relatif à deux services externes en santé mentale: Hôpital de jour/centre de jour*. Document de travail. Québec: Gouvernement du Québec.
- Donnelly, C. (1985). The future of partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 3(1), 1-11.

- Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L. et Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Dufton B.D., et Siddique C.M. (1992). Measures in the day hospital. I. The global assessment of functioning scale. *International Journal of Partial Hospitalization*, 8(1), 41-49.
- Elbeck, M., et Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(9), 998-1001.
- Elzinga R.H., et Barlow J. (1991). Patient satisfaction among the residential population of a psychiatric hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 24-34.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., et Cohen, J. (1976). The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fasey, C. (1994). The day hospital in old age psychiatry: The case against. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 513-523.
- Fortier, L., et David, P. (2003). *L'hôpital de jour de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, document de référence: Organisation des soins et des services à l'hôpital de jour et programmations cliniques*. Document de travail. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Fortin, M.F., et Coutu-Walkulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : le SCL-90-R*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Montréal, Québec : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec, Canada: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Dion, S.-A., Lepage, C., Sévigny, M., et St-Michel, G. (2002). *La Mesure des Habitudes de Vie (version 3.1)*. Lac St-Charles, Québec, Canada: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- Giroux Bruce, M.A., et Borg, B. (2002). *Psychosocial Frames of Reference/ Core for Occupation-Based Practice* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Gledhill, A., Lobban, F., et Sellwood, W. (1998). Group CBT for people with schizophrenia: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 63-75.
- Glick, I.D., Fleming, L., DeChillo, N., Meyerkopf, N., Jackson, C., Muscara, D., et Good-Ellis, M. (1986). A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- Gold, M.R., Patrick, D.L., Torrance, G.W., Fryback, D.G., Hadorn, D.C., Kamlet, M.S., Daniels, N. et Weinstein, M.C. (1996). Identifying and valuing outcomes. In M.R. Gold, L.B. Russell, J.E. Siegel, et M.C. Weinstein (Eds.). *Cost-effectiveness in health and medicine* (pp. 82-134). Oxford: Oxford University Press.
- Goldman, D.L. (1989). The 40 year evolution of the first modern day hospital. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 18-19.

- Granello, D.H., Granello, P.F., et Lee, F. (1999). Measuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program. *The Journal of Behavioral Health Services et Research*, 26(1), 50-63.
- Hansson L. (1989). Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 93-100.
- Hébert, R., Tourigny, A., et Raïche, M. (2007). *L'intégration des services: Les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. PRISMA-Volume II. Québec: EDISEM.
- Herz, M.I., Ferman, J., et Cohen, M. (1985). Increasing utilization of day hospitals. *Psychiatric Quarterly*, 57(3-4), 187-192.
- Hoge, M.A., Farrell, S.P., Munchel, M.E., et Strauss, J.S. (1988). Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry*, 51, 199-210.
- Hoge, M.A., Farrell, S.P., Strauss, J.S., et Posner, M.M. (1987). Functions of short-term partial hospitalization in a comprehensive system of care. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4(3), 177-188.
- Hoge, M.A., Davidson, L., Hill, W.L., Turner, V.E., et Ameli, R. (1992). The promise of partial reassessment: A reassessment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(4), 345-354.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2005). Téléchargé le 12 janvier 2005, au <http://www.hlhl.qc.ca>
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S-L.T., Graccione, P., et 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.

- Howard, R. (1994). Day hospitals: The case in favour. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 525-529.
- Howes, J.L., Haworth, H., Reynolds, P., et Kavanaugh, M. (1997). Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 502-508.
- Hummelen, B., Wilberg, T., et Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(1), 67-91
- Hsu, L.K.G., Ridley, C., et Hinde, R. (1983). How psychiatric patients view their own treatment: a study of 50 day hospital patients. *International Journal of Social Psychiatry, 29*, 60-64.
- Kallert, T.W., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Nawka, P., Reguliova, H., Raboch, J., Howardova, A., et Schützwohl, M. (2004). A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 777-788.
- Kallert, T.W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., Očvár, L., Raboch, J., Stárková-Kališová, L., Koch, R., et Schützwohl, M. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(2), 278-287.
- Karterud, S., et Pedersen, G. (2004). Short-term day treatment for personality disorders: Benefits of the therapeutic components. *Therapeutic communities, 25*(1), 43-54.

- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Mandersheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research, 36*(6), 987-1007.
- Klar, H., Frances, A., et Clarkin, J. (1982). Selection criteria for partial hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry, 33*(11), 929-933.
- Kluiter, H., Giel, R., Nienhuis, F.J., Rüphan, M., et Wiersma, D. (1992). Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: Results of a randomized trial. *American Journal of Psychiatry, 149*(9), 1199-1205.
- Krabbendam, L., Janssen, I., Bak, M., Bijl, R.V., de Graaf, R., et van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 1-6.
- Larivière, N., David, P., Bisson, J., Fortier, L., Melançon, L., Baril, M.-C., et 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., et Bisson, J. (2009). A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(1), 165-179.
- Lebow, J.L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning, 6*, 211-236.

- Leclerc, C., Lesage, A.D., Ricard, N., Lecomte, T., et Cyr, M. (2000). Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 380-388.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A.D., Wilde, J., Leclerc, C., et Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 406-413.
- L'Écuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: Presse Universitaire de Paris.
- Leibenluft, E., et Leibenluft, R.F. (1988). Reimbursement for partial hospitalization: A survey and policy implications. *American Journal of Psychiatry*, 145(12), 1514-1520.
- Lepage, C., Noreau, L., et Bernard, P.M. (1998). Association between characteristics of locomotion and accomplishment of life habits in children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 78(5), 458-469.
- Lepage, C., Noreau, L., Bernard, P.M., et Fougeyrollas, P. (1998). Profile of handicap situations in children with cerebral palsy. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30, 263-272.
- Lesage, A.D., Bonsack, C., Clerc, D., Vanier, C., Charron, M., Sasseville, M., Luyet, A., et Gélinas, D. (2002). Alternatives to acute hospital psychiatric care in east-end Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 49-55.
- Letts, L., Law, M., Pollock, N., Stewart, D., Westmorland, M., Philpot, A., et Bosch, J. (1999). *A Programme Evaluation Workbook for Occupational Therapist: An Evidence-Based Practice Tool*. Ottawa, Canada: Canadian Association of Occupational Therapists.

- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D., et Desrosiers, J. (2006). Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(3), 163-177.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine, 16*, 577-579.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., et Pinol, A. (1997). *Sample Size Tables for Clinical Studies* (2nd ed.). Toronto, Canada: Copp Clark Professional.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals are not in fashion, but evidence shows that they provide feasible and effective care. *British Medical Journal, 327*, 116-117.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., et Wiersma, D. (2001). Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Health Technology Assessment, 5*(21), 1-26.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. et 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.
- Mbaya, P., Creed, F., et Tomenson, B. (1998). The different uses of day hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 283-287.
- McDonald L., Sibbald B., et Hoare C. (1988). Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. *International Journal of Social Psychiatry, 34*, 292-304.

- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Miller, R., et Mason, S.E. (1998). Group work with first episode schizophrenia clients. *Social Work with Groups*, 21(1-2), 19-34.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1996). *L'implantation de deux services externes en santé mentale : éléments descriptifs : Hôpital de jour/Centre de jour*. Québec, Canada : Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 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.
- Mirin, S.M., et Namerow, M. J. (1991). Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1007-1013.
- Neal, M.T. (1986). Partial Hospitalization /An alternative to inpatient psychiatric hospitalization. *Nursing Clinics of North America*, 21(3), 461-471.
- Nienhuis, F.J., Giel, R., Kluiters, H., Rüphan, M., et Wiersma, D. (1994). European *Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244, 73-80.
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougere, P., Rochette, A., et Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-352.

- Noreau, L., et Fougeyrollas, P. (1996). L'évaluation des situations de handicap: La « Mesure des habitudes de vie » appliquée aux personnes ayant une lésion de la moelle épinière. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 81-97.
- Noreau, L. Fougeyrollas, P., et Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3), 113-118.
- Olfson M., Mechanic D., Boyer C.A., et Hansell, S. (1998). Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services*, 49 (7), 911-917.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Téléchargé le 24 octobre 2004, au <http://www.who.int>
- Paré, C., Fougeyrollas, P., Parent, G., et St-Michel, G. (2000). Participation sociale dans les habitudes de vie et identification des obstacles et des facilitateurs dans l'environnement de personnes présentant des limitations associées à un déficit intellectuel. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 11(1), 27-41.
- Parker, S., et Knoll, J.L. III (1990). Partial hospitalization: An update. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 156-160.
- Pang, J. Jr. (1985). Partial Hospitalization/An alternative to inpatient care. *Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 587-595.
- Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Patton, M.Q. (2004). The roots of utilization-focused evaluation. In M.C. Alkin (Ed.), *Evaluation roots/Tracing theorists' views and influences* (pp.276-292). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation/The New Century Text* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q., et LaBossière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde et C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 143-158). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., et Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(8), 757-763.
- Platt, S.D., Hirsch, S.R., et Knights, A.C. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patients' behavior and social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 117-128.
- Plotkin, D.A., et Wells, K.B. (1993). Partial Hospitalization (Day Treatment) for Psychiatrically Ill Elderly Patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 266-271.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., et Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., et Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care/Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249.

- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative/Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Québec, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Quirck, A., et Lelliott, P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science et Medicine*, 53, 1565-1574.
- Reis, H.T., et Collins, N. (1998). Measuring relationship properties and interactions relevant to social support. In S. Cohen, L.G. Underwood, B.H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 136-195). Oxford: Oxford University Press.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L., et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté/Changer de perspective*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (1), 45-49.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp. 205-246). New York: Academic Press.
- Rosenvinge, H.P. (1994). The role of the psychogeriatric day hospital. A consensus document. *Psychiatric Bulletin*, 18, 733-736.
- Rosie, J.S. (1987). Partial Hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(12), 1291-1299.

- Rosie, J.S., Azim, H.F.A., Piper, W., et Joyce, A.S. (1995). Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatric Services*, 46(10), 1019-1026.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., et Lipsey, M.K. (1999). *Evaluation/A systematic approach* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Ruggeri, M., et Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., van Winjgaarden, B., Knudsen, H.C., Leese, M., Gaite, L., Tansella, M., et EPSILON study group (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European version/EPSILON study 7. *British Journal of Psychiatry*, 177(suppl. 39), s41-s48.
- Russell, V., et Busby, K. (1991). Patient satisfaction with a psychiatric day treatment program. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(2), 109-118.
- Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M., et Brown, M. (1996). Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 629-637.

- Sadock, B.J. et Sadock, V.A. (2003). *Kaplan et Sadock's Synopsis of Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams et Wilkins.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada. Téléchargé le 22 juillet 2004, au <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmacc/index.html>.
- Shahar, G., et Davidson (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 890-900.
- Schene, A.H. (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Current Opinion in Psychiatry, 17*, 303-309.
- Schene, A.H. (2001). Partial hospitalization. In G. Thornicroft et G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). Oxford: Oxford University Press.
- Schene, A.H., et Gersons, B.P.R. (1986). Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 74*, 335-340.
- Schene, A.H., van Lieshout, P.A.H., et Mastboom, J.C.M. (1988). Different types of partial hospitalization programs: Results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*, 515-522.
- Schene, A.H., van Winngaarden, B., Poelijoe, N.W., et Gersons, B.P.R. (1993). The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*, 427-436.
- Schreer H. (1988). Therapeutic factors in psychiatric day hospital treatment. *International Journal of Partial Hospitalization, 5*(4), 307-319.

- Schwartz, K. (2004). Concurrent group and individual psychotherapy in a psychiatric day hospital for depressed elderly. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(2), 177-201.
- Seidler, K.-P., Garlipp, P., Machleidt, W., et Haltenhof, H. (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry*, 21, 110-117.
- Serero, M., et Gagnon, J. (2000). *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*. Québec, Canada: Association des hôpitaux du Québec.
- Silverstone, P.H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 185-188.
- Sledge, W.H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., et 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., et 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.
- Simon, D.A., et Carner, E.A. (1987). An off-site day treatment program for mentally impaired nursing home residents. *The Gerontologist*, 27(5), 585-587.
- Sishta S.K., Rinco S., et Sullivan J.C.F. (1986). Clients' satisfaction survey in a psychiatric inpatient population attached to a general hospital. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 123-128.

- Stein, L.I., et Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Strauss, A., et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tantam, D. (1985). Alternatives to psychiatric hospitalization. *British Journal of Psychiatry*, 146, 1-4.
- Task Force on Partial Hospitalization (1980). *Task Force on Partial Hospitalization, Guidelines for Standards for Partial Hospitalization*. New York County District Branch, American Psychiatric Association.
- Torrey, W.C., Mueser, K.T., McHugo, G.H., et Drake, R.E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51(2), 229-233.
- Vallières, E.F. et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535-548.
- Vaughan, P.J. (1985). Developments in psychiatric day care. *British Journal of Psychiatry*, 147, 1-4.
- Waddell, K.L., et Demi, A.S. (1993). Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 2-10.

- Wagner, B.D. (1991). Specialized partial hospitalization for older adults: A clinical description of an intermediate-term program. *The Psychiatric Hospital*, 22(2), 69-76.
- Ware, J.E., Jr., et Davies, A.R., (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 291-297.
- Ware, J., Davies-Avery, A., et Stewart, A. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Services Review*, 1, 1-15.
- Wiersma, D., Klüter, H., Nienhuis, F.J., Rüphan, M., et Giel, R. (1991). Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17(3), 411-419.
- Zeeck, A., Hartmann, A., et Kuhn, K. (2005). Psychotherapy in a day clinic: Results of a 1.5 year follow-up. *Psychiatric Quarterly*, 76, 1-17.

ANNEXES

Annexe A

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement EGF (Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Code (NB : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. 45, 68, 72)

- 100 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est
| jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en
raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.
91
- 90 Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen),
| fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué
dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait
de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous
les jours (p. ex. conflit occasionnel avec des membres
81
- 80 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions
| prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après
une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement
social, professionnel ou scolaire (p. ex.
71 retard temporaire du travail scolaire).
- 70 Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère)
| ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou
scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais
fonctionne assez bien de façon générale et entre-
61 tient plusieurs relations interpersonnelles positives.
- 60 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoussement affectif, prolixité
| circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité
moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu
d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les
51 collègues de travail.
- 50 Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels
sévères, vol répétés dans
| les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social,
professionnel ou
41 scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

Annexe A

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement EGF (Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)

- 40 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, tes relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et
- 31
- 30 Le comportement est notablement influencé par des idées, délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque
- 21 tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
- 20 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou Incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) ou altération
- 11 massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
- 10 Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire
- 1 avec attente précise de la mort.
- 0 Information inadéquate.

Références :

American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (4e ed.). Paris: Masson.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., et Cohen, J. (1976). The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

Annexe B

Le Symptom-Checklist-90-Revised (Derogatis, 1994)

INSTRUCTIONS:

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et noircissez le cercle qui décrit le mieux À QUEL POINT CE PROBLÈME VOUS A TROUBLÉ(E) AU COURS DES SEPT (7) DERNIERS JOURS, Y COMPRIS AUJOURD'HUI. Ne

noircissez qu'un seul cercle par problème et ne sautez aucun item. Si vous changez d'avis, effacez soigneusement votre première réponse. Lisez l'exemple ci-dessous et si vous avez des questions, posez-les avant de commencer.

					EXEMPLE
					CE PROBLÈME VOUS A-T-IL TROUBLÉ(E)?
PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT	
0	1	2	3	4	1 Douleurs corporelles

					CE PROBLÈME VOUS A-T-IL TROUBLÉ(E)?	
PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT		
1	0	1	2	3	4	Maux de tête
2	0	1	2	3	4	Nervosité ou impression de tremblements intérieurs
3	0	1	2	3	4	Pensées désagréables incessantes dont vous ne pouvez vous débarrasser
4	0	1	2	3	4	Faiblesses ou étourdissements
5	0	1	2	3	4	Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel
6	0	1	2	3	4	Tendance à critiquer les autres
7	0	1	2	3	4	L'idée que quelqu'un d'autre puisse contrôler vos pensées
8	0	1	2	3	4	L'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de vos problèmes
9	0	1	2	3	4	Troubles de mémoire
10	0	1	2	3	4	Inquiétude face à la négligence ou à l'insouciance
11	0	1	2	3	4	Tendance à vous sentir facilement agacé(e) ou contrarié(e)
12	0	1	2	3	4	Douleurs au cœur ou à la poitrine
13	0	1	2	3	4	Peur des grands espaces ou dans les rues
14	0	1	2	3	4	Sentiment de manquer d'énergie ou de fonctionner au ralenti
15	0	1	2	3	4	Idées d'en finir avec la vie
16	0	1	2	3	4	Entendre des voix que les autres n'entendent pas
17	0	1	2	3	4	Tremblements
18	0	1	2	3	4	Sentiment que vous ne pouvez faire confiance à la plupart des gens
19	0	1	2	3	4	Manquer d'appétit
20	0	1	2	3	4	Pleurer facilement
21	0	1	2	3	4	Timidité ou gêne face aux personnes du sexe opposé
22	0	1	2	3	4	Sentiment d'être coincé(e) ou pris(e) au piège
23	0	1	2	3	4	Tendance à vous effrayer sans raison
24	0	1	2	3	4	Crises de colère incontrôlables
25	0	1	2	3	4	Peur de sortir seul(e) de la maison
26	0	1	2	3	4	Vous culpabiliser pour certaines choses
27	0	1	2	3	4	Douleurs dans le bas du dos
28	0	1	2	3	4	Sentiment d'être bloqué(e) pour compléter des tâches
29	0	1	2	3	4	Sentiment de solitude
30	0	1	2	3	4	Avoir le cafard
31	0	1	2	3	4	Trop d'inquiétude pour tout
32	0	1	2	3	4	Manque d'intérêt pour tout
33	0	1	2	3	4	Attitude craintive
34	0	1	2	3	4	Tendance à vous sentir facilement blessé(e)
35	0	1	2	3	4	L'impression que les autres connaissent vos pensées intimes
36	0	1	2	3	4	Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne vous témoignent pas de sympathie
37	0	1	2	3	4	Sentiment que les gens ne sont pas amicaux ou qu'ils ne vous aiment pas

Annexe B

Le Symptom-Checklist-90-Revised (Derogatis, 1994)

	PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÈMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT	CE PROBLÈME VOUS A-T-IL TROUBLÉ(E)?
38	0	1	2	3	4	Obligation de faire les choses très lentement pour être sûr(e) qu'elles sont bien faites
39	0	1	2	3	4	Battements très forts ou très rapides du cœur
40	0	1	2	3	4	Nausées ou maux d'estomac
41	0	1	2	3	4	Sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres
42	0	1	2	3	4	Douleurs musculaires
43	0	1	2	3	4	Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous
44	0	1	2	3	4	Difficulté à vous endormir
45	0	1	2	3	4	Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites
46	0	1	2	3	4	Difficulté à prendre des décisions
47	0	1	2	3	4	Craindre de voyager en autobus, en métro ou en train
48	0	1	2	3	4	Difficulté à reprendre votre souffle
49	0	1	2	3	4	Bouffées de chaleur ou frissons
50	0	1	2	3	4	Besoin d'éviter certains endroits, choses ou activités parce qu'ils vous font peur
51	0	1	2	3	4	Trous de mémoire
52	0	1	2	3	4	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps
53	0	1	2	3	4	Serrement de gorge
54	0	1	2	3	4	Vous sentir sans espoir face à l'avenir
55	0	1	2	3	4	Difficulté à vous concentrer
56	0	1	2	3	4	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps
57	0	1	2	3	4	Sentiment de tension ou de surexcitation
58	0	1	2	3	4	Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes
59	0	1	2	3	4	Pensées sur la mort ou le fait de mourir
60	0	1	2	3	4	Trop manger
61	0	1	2	3	4	Sensation de malaise lorsqu'on vous observe ou qu'on parle de vous
62	0	1	2	3	4	Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous
63	0	1	2	3	4	Avoir envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un
64	0	1	2	3	4	Le fait de vous réveiller très tôt le matin
65	0	1	2	3	4	Besoin de reprendre certains actes de façon répétitive: toucher, compter ou laver...
66	0	1	2	3	4	Sommeil agité ou perturbé
67	0	1	2	3	4	Avoir envie de briser ou de fracasser des objets
68	0	1	2	3	4	Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas
69	0	1	2	3	4	Fort sentiment d'embarras face aux autres
70	0	1	2	3	4	Sentiment de malaise dans la foule: au centre commercial ou au cinéma, par exemple
71	0	1	2	3	4	Impression que tout exige un effort
72	0	1	2	3	4	Accès de terreur ou de panique
73	0	1	2	3	4	Se sentir mal à l'aise de manger ou de boire en public
74	0	1	2	3	4	Vous laisser facilement entraîner dans des discussions
75	0	1	2	3	4	Sentiment de nervosité quand on vous laisse seul(e)
76	0	1	2	3	4	Ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur
77	0	1	2	3	4	Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes
78	0	1	2	3	4	Vous sentir tellement agité(e) que vous ne pouvez rester en place
79	0	1	2	3	4	Sentiment que vous ne valez rien
80	0	1	2	3	4	Sentiment que quelque chose va mal tourner pour vous
81	0	1	2	3	4	Crier et lancer des objets
82	0	1	2	3	4	Avoir peur de perdre connaissance en public
83	0	1	2	3	4	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire
84	0	1	2	3	4	Avoir des pensées sur le sexe qui vous troublent beaucoup
85	0	1	2	3	4	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés
86	0	1	2	3	4	Avoir des pensées et des images qui effraient
87	0	1	2	3	4	L'idée que quelque chose de grave affecte votre corps
88	0	1	2	3	4	Ne jamais vous sentir proche de quelqu'un
89	0	1	2	3	4	Sentiments de culpabilité
90	0	1	2	3	4	L'idée que quelque chose ne va pas dans votre tête

Annexe C

Le Symptom-Checklist-90-Analogue (Derogatis, 1994)



Leonard R. Derogatis, PhD

Name _____
 ID Number _____
 Test Date _____
 Gender _____
 Age _____
 Scored By _____

Instructions to the Rater

Listed below are nine specific dimensions of psychopathology and one measure of global psychopathology. Definitions of each dimension appear on the reverse side of this form. The rating continuum for each dimension ranges from "Not At All" to

"Extremely." Rate the patient on each dimension by placing a vertical mark on the continuum to represent the level of the dimension the patient is *now* manifesting.

	Not At All	Extremely
Somatization	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsessive-Compulsive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonal Sensitivity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hostility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobic Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoid Ideation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoticism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Global Psychopathology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1976 LEONARD R. DEROGATIS, PhD. All rights reserved. Published and distributed exclusively by NCS Pearson, Inc., P. O. Box 1416, Minneapolis, MN 55440. 800-627-7271 <http://assessments.ncspearson.com> Printed in the United States of America.
 "SCL-90 Analogue" is a trademark of Leonard R. Derogatis, PhD. The NCS Assessments logo is a trademark of NCS Pearson, Inc.
 B C D E



Product Number
05630

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Nom:

Date:

Questionnaire abrégé

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

- 1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

- 2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1		Question 2
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)	B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)	Niveau de satisfaction

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
± satisfait
Satisfait
Très satisfait

Nutrition		
Choisir les aliments appropriés pour vos repas, selon vos goûts et vos besoins particuliers (quantité, type d'aliments)	1.1	<input type="checkbox"/>
Préparer vos repas (incluant l'utilisation des appareils électroménagers)	1.2	<input type="checkbox"/>
Prendre vos repas (incluant l'utilisation de la vaisselle et des ustensiles, le respect des convenances...)	1.3.1	<input type="checkbox"/>
Utiliser les services de restauration (services aux tables et restauration rapide)	1.3.2	<input type="checkbox"/>
Condition corporelle		
Vous mettre au lit et sortir de votre lit	2.1	<input type="checkbox"/>
Dormir (confort, durée, continuité...)	2.2	<input type="checkbox"/>
Pratiquer des activités physiques pour maintenir ou améliorer votre santé ou votre condition physique (marche, exercices individuels ou en groupe...)	2.3	<input type="checkbox"/>
Réaliser des activités relaxantes, de détente ou d'attention pour assurer votre bien-être psychologique ou mental (yoga, méditation, jeux d'échecs, mots croisés...)	2.4	<input type="checkbox"/>
Soins personnels		
Vous occuper de votre hygiène corporelle (vous laver, vous coiffer, prendre un bain ou une douche...)	3.1	<input type="checkbox"/>
Utiliser les équipements sanitaires de votre domicile (toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination)	3.2.1	<input type="checkbox"/>

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1	Question 2
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)	B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)
	Niveau de satisfaction	
	Très insatisfait, Insatisfait, +/- satisfait, Satisfait, Très satisfait	
Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de votre domicile (toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination)		3.2.2 <input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller le haut du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)		3.3.1 <input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller le bas du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)		3.3.2 <input type="checkbox"/>
Mettre, enlever et entretenir vos aides techniques (orthèses, prothèses, lentilles et lunettes...)		3.3.3 <input type="checkbox"/>
Prendre soin de votre santé (premiers soins, médication, consignes thérapeutiques...)		3.4.1 <input type="checkbox"/>
Utiliser les services dispensés par une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation		3.4.2 <input type="checkbox"/>
Communication		
Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (exprimer vos besoins, tenir une conversation...)		4.1.1 <input type="checkbox"/>
Communiquer avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (exprimer vos idées, tenir une conversation...)		4.1.2 <input type="checkbox"/>
Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message...)		4.2.1 <input type="checkbox"/>
Lire et comprendre des informations écrites (journaux, livres, lettres, signalisation...)		4.2.2 <input type="checkbox"/>
Note: Si vous lisez avec des lunettes, cochez « aide technique »		
Utiliser un téléphone à votre domicile ou au travail		4.3.1 <input type="checkbox"/>
Utiliser un téléphone public (ou un téléphone cellulaire)		4.3.2 <input type="checkbox"/>
Utiliser un ordinateur		4.3.3 <input type="checkbox"/>
Utiliser une radio, un téléviseur ou un système de son		4.3.4 <input type="checkbox"/>

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1		Question 2
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)	B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)	Niveau de satisfaction

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
+/- satisfait
Satisfait
Très satisfait

Habitation

Choisir une résidence selon vos besoins (maison, appartement, centre d'hébergement...)	5.1	<input type="checkbox"/>
Entretenir votre résidence (ménage, lavage, réparations mineures...)	5.2.1	<input type="checkbox"/>
Entretenir l'extérieur de votre résidence (gazon, jardin, neige...)	5.2.2	<input type="checkbox"/>
Effectuer des travaux lourds (grand ménage, peinture, réparations majeures...)	5.2.3	<input type="checkbox"/>
Entrer et sortir de votre résidence	5.3.1	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer à l'intérieur de votre résidence	5.3.2	<input type="checkbox"/>
Utiliser l'ameublement et les équipements de votre résidence (bureau, rangement, chauffage...)	5.3.3	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer sur le terrain de votre résidence (cour, parterre...)	5.3.4	<input type="checkbox"/>

Déplacements

Vous déplacer dans la rue ou sur le trottoir (incluant traverser la rue)	6.1.1	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer sur une surface glissante ou inégale (neige, glace, herbe, gravier...)	6.1.2	<input type="checkbox"/>
Utiliser des moyens de transport comme conducteur	6.2.1	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer à bicyclette (pour vos transports, vos loisirs...)	6.2.2	<input type="checkbox"/>
Utiliser des moyens de transport comme passager (auto, autobus, taxi...)	6.2.3	<input type="checkbox"/>

Note: les transports adaptés sont des aménagements

Responsabilités

Reconnaître la valeur habituelle de l'argent et utiliser les différentes pièces et le papier monnaie	7.1.1	<input type="checkbox"/>
Utiliser les cartes bancaires et le guichet automatique	7.1.2	<input type="checkbox"/>

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1		Question 2
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)	B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)	Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
+/- satisfait
Satisfait
Très satisfait

Faire des achats (choix de la marchandise, mode de paiement, achats par téléphone...)		7.1.3	<input type="checkbox"/>
Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartition des dépenses et des économies, paiement des comptes)		7.1.4	<input type="checkbox"/>
Assumer vos responsabilités envers autrui et la société (respect des droits et biens d'autrui, vote, respect des lois et règlements)		7.2	<input type="checkbox"/>
Assumer vos responsabilités personnelles ou familiales		7.3.1	<input type="checkbox"/>
Assurer l'éducation de vos enfants		7.3.2	<input type="checkbox"/>
Prendre soin de vos enfants (santé, alimentation, habillement...)		7.3.3	<input type="checkbox"/>
Relations Interpersonnelles			
Maintenir des relations affectives avec votre conjoint		8.1	<input type="checkbox"/>
Maintenir des relations affectives avec vos enfants		8.2.1	<input type="checkbox"/>
Maintenir des relations affectives avec vos parents		8.2.2	<input type="checkbox"/>
Maintenir des relations affectives ou sociales avec d'autres membres de votre famille (frère, sœur, oncle...)		8.2.3	<input type="checkbox"/>
Maintenir des liens avec des amis		8.2.4	<input type="checkbox"/>
Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs...)		8.2.5	<input type="checkbox"/>
Avoir des relations sexuelles		8.3	<input type="checkbox"/>
Vie communautaire			
Vous rendre dans les établissements de services de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)		9.1	<input type="checkbox"/>
Entrer et vous déplacer dans les établissements de services (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)		9.1.2	<input type="checkbox"/>

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1		Question 2
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)	B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)	Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
+/- satisfait
Satisfait
Très satisfait

Utiliser les services publics de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)	9.1.3	<input type="checkbox"/>
Vous rendre dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, dépanneur...)	9.1.4	<input type="checkbox"/>
Entrer et vous déplacer dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, dépanneur...)	9.1.5	<input type="checkbox"/>
Utiliser les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, nettoyeur...)	9.1.6	<input type="checkbox"/>
Participer à des organisations socio-communautaires (clubs sociaux, groupe d'entraide...)	9.2.1	<input type="checkbox"/>
Participer à des activités reliées à des pratiques religieuses ou spirituelles	9.2.2	<input type="checkbox"/>
Education		
Participer à des activités scolaires ou de formation professionnelle de niveau secondaire (cours, travaux, activités para-scolaires...)	10.1	<input type="checkbox"/>
Réaliser des activités d'apprentissage liées à la formation professionnelle (école de métier, université, collège...)	10.2	<input type="checkbox"/>
Travail		
Choisir un métier ou une profession	11.1	<input type="checkbox"/>
Rechercher un emploi	11.2	<input type="checkbox"/>
Occuper un travail rémunéré	11.3.1	<input type="checkbox"/>
Note: si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez « non réalisée »		
Réaliser des activités non rémunérées (bénévolat)	11.3.2	<input type="checkbox"/>
Vous rendre à votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat...)	11.4.1	<input type="checkbox"/>
Entrer et vous déplacer dans votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat...)	11.4.2	<input type="checkbox"/>

Annexe D

La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

A Niveau de réalisation
(1 réponse seulement)

B Type d'aide requis
(1 réponse ou plus, selon le cas)

Question 2

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
+/- satisfait
Satisfait
Très satisfait

Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (travail, études incluant cafétéria, services au personnel...)	11.4.3	<input type="checkbox"/>
Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale	11.4.4	<input type="checkbox"/>
Loisirs		
Pratiquer des activités sportives ou récréatives (marche, sports et jeux)	12.1	<input type="checkbox"/>
Pratiquer des activités artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, bricolage...)	12.2.1	<input type="checkbox"/>
Assister à des événements sportifs (hockey, baseball...)	12.2.2	<input type="checkbox"/>
Assister à des événements artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre...)	12.2.3	<input type="checkbox"/>
Réaliser des activités de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques...)	12.2.4	<input type="checkbox"/>
Réaliser des activités de plein air (randonnée, camping...)	12.2.5	<input type="checkbox"/>
Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal...)	12.2.6	<input type="checkbox"/>

Annexe D**La Mesure des Habitudes de Vie (version 3,1)**

Cotation du niveau de réalisation et du type d'aide requis

9 =	Sans difficulté et sans aide
8 =	Sans difficulté et aide technique ou aménagement
7 =	Avec difficulté et sans aide
6 =	Avec difficulté et aide technique ou aménagement
5 =	Sans difficulté et aide humaine
4 =	Sans difficulté et aide humaine + aide technique ou aménagement
3 =	Avec difficulté et aide humaine
2 =	Avec difficulté et aide humaine + aide technique ou aménagement
1 =	Réalisé par substitution
0 =	Non réalisée (ne réalise pas l'habitude de vie en raison d'obstacles trop importants ou d'un manque d'aide)

Cotation du niveau de satisfaction

0 =	Très insatisfait
1 =	Insatisfait
2 =	+/- satisfait
3 =	Satisfait
4 =	Très satisfait

Annexe E

L'Échelle de l'Estime de Soi

L'échelle de l'estime de soi (EES)

Rosenberg, M. 1965, «Self-concept and psychological well-being in adolescence». In R. Leahy (ed.), *The development of the self*. New York : Academic Press, pp.205-246.

Validation en français : Vallières, E.F. et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord	
	1	2	3	4	
1.	Je pense que je suis une personne de valeur au moins égal(e) à n'importe qui d'autre.	1	2	3	4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
3.	Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	1	2	3	4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier, fière de moi.	1	2	3	4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	1	2	3	4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1	2	3	4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	1	2	3	4

Les items 3,5,8,9,10 doivent être recodés, le score total variant entre 10 et 40. Plus le score est élevé, meilleure est l'estime de soi.

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

3957280149

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

Numéro de dossier du patient

--	--	--	--	--	--	--	--

Date

				-			-		
Année					Mois			Jour	

Veillez lire attentivement chaque phrase avant de choisir la réponse qui décrit le mieux votre expérience auprès des services de santé mentale au cours de la dernière année. Si un énoncé ne s'applique pas à votre situation n'y répondez pas.

Quelle est votre impression générale par rapport

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
1. à l'efficacité des services à vous aider à faire face à vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. au comportement et aux manières des réceptionnistes au téléphone et en personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3a. à la compétence et au professionnalisme des psychiatres qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b. à la compétence et au professionnalisme des psychologues qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. à l'apparence, à l'aménagement et au confort des lieux (la salle d'attente, la clinique externe par ex.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5a. à la capacité des psychiatres de vous écouter et de comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. à la capacité des psychologues de vous écouter et de comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6a. au comportement et aux manières des psychiatres qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. au comportement et aux manières des psychologues qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. au respect des rendez-vous fixés et au temps qu'il vous a fallu attendre lorsque vous vous y êtes présenté(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. au coût à vos dépens et aux services offerts (par exemple, les frais pharmaceutiques, les frais d'usager, les analyses de laboratoire, excepté les frais couverts par l'état)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. à l'efficacité des soins donnés par les services afin de vous aider à recouvrer le bien-être et à prévenir la maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. à la confidentialité et au respect de vos droits en tant qu'individu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. à la quantité d'aide reçue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. aux explications qu'on vous a fournies à propos des méthodes de traitement et des techniques particulières utilisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

4618280144

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GENERALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
13. à l'efficacité des soins donnés par les services dans le but d'alléger vos symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la journée (hormis les jours fériés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la nuit et les jours fériés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16a. à l'attention et à la minutie des psychiatres vous ayant traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16b. à l'attention et à la minutie des psychologues vous ayant traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. à la pertinence de vous faire suivre par votre médecin de famille ou par d'autres médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. à la collaboration parmi les intervenants des services (si vous avez eu à faire à plus d'un intervenant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. à la publicité portant sur les programmes et services offerts par les services de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. aux types de services offerts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. aux soins que vous avez reçus dans l'ensemble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22a. à la compétence et au professionnalisme des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22b. à la compétence et au professionnalisme des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22c. à la compétence et au professionnalisme des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. aux conseils donnés à vos proches par les psychiatres ou les psychologues traitants sur comment ils peuvent vous aider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. à l'efficacité des services à vous aider à mieux comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25a. au comportement et aux manières des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25b. au comportement et aux manières des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25c. au comportement et aux manières des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. à l'efficacité des services à améliorer vos rapports avec vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. à l'efficacité des services à aider vos proches à avoir une meilleure compréhension de vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

0794280145

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
28. à la connaissance que les intervenant(e)s (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, conseiller, préposé, etc.) avaient de vos troubles passés et présents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. aux renseignements qu'on vous a fournis à propos de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30a. à la capacité des psychiatres traitants d'écouter et de comprendre les préoccupations et les idées de vos proches à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30b. à la capacité des psychologues traitants d'écouter et de comprendre les préoccupations et les idées de vos proches à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos rapports avec les gens hors du cadre familial (par exemple, vos rapports avec vos amis, vos voisins ou vos collègues de travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. au fait que vos proches soient mis au courant de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. à la clarté et à la précision des recommandations à suivre entre deux visites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer votre capacité à prendre soin de vous-même (par exemple, votre hygiène personnelle, votre alimentation, votre logement, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35a. à l'attention et à la minutie des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35b. à l'attention et à la minutie des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35c. à l'attention et à la minutie des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. à l'efficacité des services à aider vos proches à améliorer leur capacité à faire face à vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37a. à la capacité des infirmières de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37b. à la capacité des travailleurs sociaux de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37c. à la capacité des ergothérapeutes de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos capacités dans le domaine du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

4152280147

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
39. à l'aide reçue lorsque, suite à votre médication, vous avez souffert d'effets secondaires ou indésirables:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. à la continuité avec laquelle ces mêmes intervenants ont effectué votre suivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Vous a-t-on prescrit des médicaments au cours de la dernière année?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI:

Quelle est votre impression générale à propos des médicaments qui vous ont été prescrits?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON:

Auriez-vous voulu que l'on vous prescrive des médicaments?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Au cours de la dernière année, les intervenants des services vous ont-ils aidé(e) à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail (comme par exemple, utiliser les services publics, participer aux tâches ménagères, se comporter de façon adéquate avec vos proches et avec les autres)?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI:

Quelle est votre impression générale par rapport à l'aide que l'on vous a fournie, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON:

Croyez-vous que vous auriez eu besoin d'être aidé par les intervenants des services, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres psychothérapeutiques individuelles (c'est-à-dire, avez-vous rencontré votre thérapeute dans le but d'arriver à une meilleure compréhension de vos problèmes, ou bien à un changement dans votre comportement)?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI:

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie individuelle que vous avez suivie?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON:

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie individuelle?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de force (c'est-à-dire, sans votre consentement)?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI:

Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation forcée à laquelle vous avez été soumis(e)?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON:

Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de force?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

6532280141

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

45. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres familiales (c'est-à-dire, des rencontres entre le patient, ses proches et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but d'améliorer ou de changer les rapports entre les membres de la famille) ?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des rencontres psychothérapeutiques familiales que vous avez suivies ?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie familiale ?

NON Je ne sais pas OUI

46. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé pour personnes atteintes de troubles psychiatriques (c'est-à-dire, appartement supervisé, famille d'accueil, pavillon, foyer de groupe, maison de transition) ?

Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des soins reçus dans votre milieu résidentiel supervisé ?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé ?

NON Je ne sais pas OUI

47. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale ?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des activités récréatives auxquelles vous avez participé ?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu participer à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale ?

NON Je ne sais pas OUI

48. Au cours de la dernière année, avez-vous suivi une psychothérapie de groupe (c'est-à-dire, des rencontres entre plusieurs patients et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but de permettre aux patients de parvenir à une meilleure compréhension de leurs problèmes, ou bien à un changement dans leur comportement) ?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie de groupe que vous avez suivie ?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie de groupe ?

NON Je ne sais pas OUI

49. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un atelier protégé (c'est-à-dire, dans un cadre de travail qui tient compte de vos problèmes, afin de faciliter votre réinsertion à la vie active) ?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'atelier protégé dans lequel vous avez été placé(e) par les services de santé mentale ?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un atelier protégé ?

NON Je ne sais pas OUI

Annexe F

Verona Service Satisfaction Scale

2772280143

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

50. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de plein gré suite à une crise?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation volontaire dont vous avez été l'objet de votre plein gré?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de plein gré?

NON Je ne sais pas OUI

51. Au cours de la dernière année, avez-vous bénéficié d'aide ménagère à domicile (quelqu'un pour vous tenir compagnie ou pour vous aider dans vos tâches ménagères, etc.)?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide ménagère à domicile dont vous avez bénéficié?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu bénéficier d'aide ménagère à domicile?

NON Je ne sais pas OUI

52. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à obtenir des allocations de bien-être social ou une pension quelconque?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide reçue en vue d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu recevoir de l'aide afin d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension?

NON Je ne sais pas OUI

53. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à trouver un emploi normal (dans un cadre non-protégé où l'on ne tient pas compte de vos problèmes)?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue à trouver un emploi?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous aide à trouver un emploi?

NON Je ne sais pas OUI

54. Au cours de la dernière année, le personnel du centre vous a-t-il aidé(e) à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue en vue de vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale?

très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous aide à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale?

NON Je ne sais pas OUI

Annexe G

Guide d'entrevue

1^{er} Thème : Changements

Les premières questions portent sur les six mois qui se sont écoulés depuis votre congé de l'hôpital de jour.

1. *Parlez-moi des six derniers mois depuis la fin de votre suivi à l'hôpital de jour?*
2. *Où en êtes-vous par rapport aux difficultés présentes avant votre suivi à l'hôpital de jour?*
 - 2.a) Rencontrez-vous les mêmes difficultés?
 - 2.b) Si non, quelles sont-elles?
 - 2.c) Si oui, quelles sont-elles?
 - c.i) Est-ce que vous les vivez différemment depuis votre passage à l'hôpital de jour?
 - c.ii) Si oui, en quoi les vivez-vous différemment?
 - c.iii) À quoi attribuez-vous ces changements?
3. *Avez-vous l'impression que les personnes de votre entourage vous perçoivent (voient) différemment depuis votre passage à l'hôpital de jour?*
 - 3.a) Quels changements ont-ils notés?
4. *Qu'est-ce qui s'est amélioré dans votre vie depuis la fin de votre suivi à l'hôpital de jour? (note : faire détailler et préciser concrètement)*

2^{ème} thème : Apprentissages

Les prochaines questions portent sur votre passage à l'hôpital de jour.

1. *Que reprenez-vous (retenez-vous) de votre expérience à l'hôpital de jour?*
 1. a) Par rapport à votre maladie?
(ex. : sur la connaissance de la maladie?, sur la gestion des symptômes?
Sur l'acceptation de la maladie? Sur la prise de médicaments?)
 1. b) Par rapport à la prévention des rechutes?
 - 1.c) Par rapport à la gestion des stresseurs (stress de la vie)?
 - 1.d) Par rapport à vous-même?
(ex. : sur votre connaissance de vous-même? Sur votre estime de vous? Sur vos
façons de réagir? Sur vos perceptions?)
 - 1.e) Par rapport à vos relations avec les autres?
(ex. : sur votre façon d'entrer en relation? Vos types de relations? Vos besoins?)

- 1.f) Par rapport à l'organisation de votre vie?
2. *Par rapport aux apprentissages effectués à l'hôpital de jour, qu'avez-vous mis en pratique?* (note : avoir des exemples; pouvez-vous me décrire plus en détails...)
 - 2.a) Qu'est-ce qui a favorisé cette mise en pratique?
 - 2.b) Qu'est-ce qui a empêché cette mise en pratique?
3. *Comment ce que vous avez appris à l'hôpital de jour a changé votre vie?*

3^e thème : Ingrédients thérapeutiques de l'hôpital de jour

1. *Que pensez-vous des services reçus à l'hôpital de jour?*
2. *Qu'avez-vous apprécié à l'hôpital de jour?*
 - 2.a) Par rapport aux intervenants?
 - 2.a.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été aidants?
 - 2.b) Par rapport aux groupes?
 - 2.b.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été aidants?
 - 2.c) Par rapport au suivi individuel?
 - 2.c.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été aidants?
 - 2.d) Par rapport à la structure du programme? (Horaire, durée, liste d'attente/Délai avant de recevoir le service)
 - 2.d.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été aidants?
 - 2.e) Par rapport au lieu physique? (par exemple, les locaux, le stationnement, l'emplacement, la propreté, le niveau de bruit)
 - 2.e.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été aidants?
3. *Qu'avez-vous moins apprécié à l'hôpital de jour?*
 - 3.a) Par rapport aux intervenants?
 - 3.a.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été moins aidants (nuits)?
 - 3.b) Par rapport aux groupes?
 - 3.b.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été moins aidants (nuits)?
 - 3.c) Par rapport au suivi individuel?
 - 3.c.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été moins aidants (nuits)?
 - 3.d) Par rapport à la structure du programme? (Horaire, durée, liste d'attente)
 - 3.d.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont été moins aidants (nuits)?

3.e) Par rapport au lieu physique? (par exemple, les locaux, le stationnement, l'emplacement, la propreté, le niveau de bruit)

3.e.i) De quelle façon ces éléments (aspects) ont-ils été moins aidants (nuits)?

4^e thème: Suggestions

1. *Avez-vous des suggestions pour améliorer les services à l'hôpital de jour? Si oui, lesquelles?*

2. *Quels services devraient être maintenus à l'hôpital de jour?*

Conclusion de l'entrevue:

1. *Est-ce qu'il y a un sujet que nous n'avons pas abordé concernant l'hôpital de jour et que vous aimeriez ajouter?*

2. *Avez-vous des questions ou des préoccupations concernant cet entretien?*

Annexe H

Calendrier quotidien sur les services sociosanitaires consommés

JANVIER 2008

*Centre de recherche Fernand-Seguin /
Hôpital Louis-H. Lafontaine*

<input type="checkbox"/>	LUNDI	<input type="checkbox"/> 01	MARDI	<input type="checkbox"/> 02	MERCREDI	<input type="checkbox"/> 03	JEUDI	<input type="checkbox"/> 04	VENDREDI	<input type="checkbox"/> 05	SAMEDI	<input type="checkbox"/> 06	DIMANCHE	<p>Dans le dernier mois, où avez-vous consulté pour votre santé mentale?</p> <p>Urgence</p> <p>Hospitalisation</p> <p>Centre de crise</p> <p>Clinique externe</p> <p>Hôpital de jour</p> <p>CLSC</p> <p>Organisme communautaire</p> <p>Centre de jour</p> <p>Autre: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	LUNDI	<input type="checkbox"/> 07	MARDI	<input type="checkbox"/> 08	MERCREDI	<input type="checkbox"/> 09	JEUDI	<input type="checkbox"/> 10	VENDREDI	<input type="checkbox"/> 11	SAMEDI	<input type="checkbox"/> 12	DIMANCHE	
<input type="checkbox"/>	LUNDI	<input type="checkbox"/> 14	MARDI	<input type="checkbox"/> 15	MERCREDI	<input type="checkbox"/> 16	JEUDI	<input type="checkbox"/> 17	VENDREDI	<input type="checkbox"/> 18	SAMEDI	<input type="checkbox"/> 19	DIMANCHE	
<input type="checkbox"/>	LUNDI	<input type="checkbox"/> 21	MARDI	<input type="checkbox"/> 22	MERCREDI	<input type="checkbox"/> 23	JEUDI	<input type="checkbox"/> 24	VENDREDI	<input type="checkbox"/> 25	SAMEDI	<input type="checkbox"/> 26	DIMANCHE	
<input type="checkbox"/>	LUNDI	<input type="checkbox"/> 28	MARDI	<input type="checkbox"/> 29	MERCREDI	<input type="checkbox"/> 30	JEUDI	<input type="checkbox"/> 31	VENDREDI	<input type="checkbox"/>	SAMEDI	<input type="checkbox"/>	DIMANCHE	

Responsable de l'étude:
Nadine Larivière
☎ 514-251-4015
poste 3546

Directive: Notez dans les cases (dates) qui vous avez consulté et à quel endroit (voir la liste à droite)

Annexe I

Approbation du comité d'éthique

CENTRE DE RECHERCHE
FERNAND SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 7 novembre 2005

Madame Nadine Larivière
Unité 218

Objet: «Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées». Nadine Larivière, erg., M.Sc. candidate au doctorat, Johanne Desrosiers, erg, Ph.D., Michel Tousignant pht, Ph.d, Richard Boyer, M.A., Ph.D.

Madame Larivière,

Suite aux modifications apportées dans à votre protocole de recherche j'ai le plaisir de vous annoncer que votre projet est accepté.

En acceptant ce projet, le CÉR s'attend formellement à ce que vous remplissiez les documents de suivi de projet. Le premier, dès le recrutement du premier sujet, le deuxième (suivi du projet de recherche) à tous les six mois et enfin, le dernier questionnaire à la clôture de cette étude. Si ces documents ne sont pas complétés de façon satisfaisante, le CÉR n'aura d'autre choix que d'interrompre votre étude.

Veillez agréer, madame Larivière, l'expression de nos sentiments distingués.

Annexe J**Formulaires de consentement****FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT
VOLET QUANTITATIF**

Vous êtes invité à participer à l'étude suivante:

**TITRE DU PROJET: COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE PERSONNES
AVEC DES TROUBLES MENTAUX PRIS EN CHARGE DANS DEUX
MODALITÉS DE PROGRAMMES DE SOINS****Responsables :**

1. Chercheur principal : Mme Nadine Larivière, étudiante au doctorat en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; ergothérapeute, Hôpital Louis-H. Lafontaine;
2. Dr. Johanne Desrosiers, Directrice de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Université de Sherbrooke;
3. Dr. Michel Tousignant, Co-Directeur de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Université de Sherbrooke;
4. Dr. Richard Boyer, Co-Directeur de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine; Université de Montréal

Téléphone: Nadine Larivière:

Institutions: Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ:

Le chercheur principal, ainsi que les chercheurs collaborateurs ci-dessus désignés sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature des chercheurs responsables du projet:

OBJECTIF DU PROJET:

L'objectif principal de cette étude vise à évaluer l'efficacité et les coûts des services cliniques offerts à l'hôpital Louis-H. Lafontaine sur votre état et votre fonctionnement global.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION:

Vous serez rencontré à trois reprises par le chercheur principal du projet. Pour les trois rencontres, vous pourrez choisir le lieu, soit votre domicile, l'hôpital de jour de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ou l'unité 218 du Centre de recherche Fernand-Seguin, située au 2^e étage du Pavillon Bédard de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Lors de la première rencontre, fixée avec vous, vous aurez à compléter trois questionnaires qui portent sur vos symptômes, votre estime de soi, vos activités quotidiennes et rôles sociaux. Le chercheur vous posera aussi quelques questions sur les services de santé que vous avez consultés au cours des six derniers mois pour vos problèmes de santé mentale. Cette rencontre durera environ deux heures. Vous pourrez prendre une pause au besoin.

La seconde rencontre aura lieu environ huit semaines plus tard. Vous devrez remplir à nouveau ces trois mêmes questionnaires, de même qu'une évaluation des services que vous avez reçus. Cette rencontre durera environ deux heures et demie. Vous pourrez prendre une pause au besoin.

Afin de connaître les services de santé que vous utiliserez pour vos problèmes de santé mentale pendant les six mois suivant cette rencontre, nous vous remettrons un calendrier à remplir à tous les jours. Le chercheur principal vous contactera par téléphone une fois par mois pour recueillir l'information et répondre à vos questions concernant le calendrier.

La troisième rencontre aura lieu six mois plus tard. Vous devrez remplir à nouveau les trois questionnaires portant sur vos symptômes, votre estime de soi de même que vos activités quotidiennes et rôles sociaux. Ceci prendra environ une heure et demie. Aussi, si vous êtes retenu et acceptez d'y participer, le chercheur principal vous rencontrera environ une heure supplémentaire pour regarder avec vous ce que vous retenez des services reçus et des suggestions pour les améliorer. Cette entrevue sera enregistrée sur audiocassette. L'enregistrement ne sera écouté que par les responsables de l'étude et sera analysé de façon strictement confidentielle. Vous pourrez prendre une pause au besoin.

Des informations supplémentaires sur votre diagnostic psychiatrique, la durée de votre maladie actuelle, les médicaments que vous prenez, votre âge, votre état civil, votre scolarité et votre type de milieu de vie seront recueillis à partir de votre dossier médical par le chercheur principal du projet. Ces informations serviront à décrire les participants à cette étude.

CONFIDENTIALITÉ:

Il est entendu que l'anonymat sera respecté à votre égard. Ainsi, tous les renseignements personnels (ex. nom, adresse, date de naissance, ou toute autre indication) vous concernant seront codifiés et gardés au Centre de recherche Fernand-Seguin dans une filière sous clé, où seuls les responsables du projet auront accès. De plus, toutes les données vous concernant seront conservées pendant cinq (5) ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

L'avantage principal à participer à ce projet de recherche est que votre implication permettra de recueillir des informations pertinentes pour évaluer de façon constructive des services de santé mentale que vous avez reçus. Cette démarche vise à améliorer les soins et les services offerts en santé mentale. Vous ne tirerez pas de bénéfices directs de cette recherche. Le seul inconvénient est le temps que les rencontres vous demanderont. Il est important de souligner qu'aucun risque important pour votre santé est anticipé dans cette étude.

REFUS ET RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION:

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire. Vous pouvez refuser de participer à l'étude. Vous avez le droit de vous retirer du projet de recherche en tout temps, sans avoir à motiver votre décision. Votre décision n'influencera pas l'accès à et la qualité des services que vous recevez.

Advenant que vous vous retirez du projet, demandez-vous que les documents audios et écrits vous concernant soient détruits:

OUI →

NON →

AUTORISATIONS**ACCÈS À MON DOSSIER MÉDICAL:**

La consultation des dossiers doit être autorisée par la Direction des services professionnels de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

On m'a expliqué les raisons qui justifient l'examen de mon dossier médical dans le cadre de ce projet de recherche. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité des données qui seront recueillies et on m'a informé de la durée de la garde de ces données. Après réflexion,

j'accepte que les personnes responsables de ce projet aient accès à mon dossier médical mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces données soient détruites.

OUI →

NON →

AUTORISATIONS DE COMMUNIQUER AVEC MON ÉQUIPE TRAITANTE:

J'autorise les personnes responsables de ce projet à communiquer avec mon médecin ou un intervenant traitant pour compléter un questionnaire concernant mes symptômes actuels.

OUI →

NON →

Nom et coordonnées de l'intervenant:

INFORMATION:

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. On m'a garanti, à ma satisfaction, que l'information présentée demeurera strictement anonyme et qu'on ne pourra pas me retracer ou m'identifier.

OUI →

NON →

PERSONNES À CONTACTER:

☎ Si vous avez des questions ou des problèmes reliés au projet de recherche, vous pouvez rejoindre tout au long du déroulement de l'étude:

Mme Nadine Larivière, chercheur principal, étudiante au doctorat et ergothérapeute au:

(514) 251-4015, poste du lundi au vendredi de 8:30 à 17:00.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter:

Mme Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec), H1N 3M5, téléphone: (514) 251-4000
poste

Il est entendu que le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H. Lafontaine peut en tout temps avoir accès au dossier de recherche pour faire le suivi de l'étude.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT:

Par la présente, Je,
soussigné(e) _____,
déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant en lettres moulées :

Signature du participant:

Nom du témoin en lettres moulées :

Signature du témoin:

Date:

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a été posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus; que l'information obtenue au cours de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle et anonyme.

Nom du responsable en lettres moulées :

Signature du responsable:

Nom du témoin en lettres moulées :

Signature du témoin:

Date: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT
VOLET QUALITATIF

Vous êtes invité à participer au volet qualitatif de l'étude suivante:

**TITRE DU PROJET: COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE PERSONNES
AVEC DES TROUBLES MENTAUX PRIS EN CHARGE DANS DEUX
MODALITÉS DE PROGRAMMES DE SOINS**

Responsables:

1. Chercheur principal: Mme Nadine Larivière, étudiante au doctorat en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; ergothérapeute, Hôpital Louis-H. Lafontaine;
2. Dr. Johanne Desrosiers, Directrice de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Université de Sherbrooke
3. Dr. Michel Tousignant, Co-Directeur de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Université de Sherbrooke;
4. Dr. Richard Boyer, Co-Directeur de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine; Université de Montréal

Téléphone: Nadine Larivière :

Institutions: Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ:

Le chercheur principal, ainsi que les chercheurs collaborateurs ci-dessus désignés sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature des chercheurs responsables du projet:

OBJECTIF DU VOLET QUALITATIF DE L'ÉTUDE:

Le volet qualitatif de l'étude vise à explorer en profondeur l'impact du suivi à l'hôpital de jour dans le temps.

Nous vous rappelons que l'objectif principal de cette étude vise à évaluer l'efficacité et les coûts des services cliniques offerts à l'hôpital Louis-H. Lafontaine sur votre état et votre fonctionnement global.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION:

Si vous acceptez de participer à ce volet de l'étude, le chercheur principal vous rencontrera environ une heure supplémentaire lors de la troisième rencontre, pour regarder avec vous ce que vous retenez de votre expérience de suivi à l'hôpital de jour et des suggestions pour améliorer les services que vous avez reçus. Cette entrevue sera enregistrée sur audiocassette. L'enregistrement ne sera écouté que par les responsables de l'étude et sera analysé de façon strictement confidentielle. Vous pourrez prendre une pause au besoin.

CONFIDENTIALITÉ:

Il est entendu que l'anonymat sera respecté à votre égard. Ainsi, tous les renseignements personnels (ex. nom ou toute autre indication) vous concernant seront codifiés et gardés au Centre de recherche Fernand-Seguin dans une filière sous clé, où seuls les responsables du projet auront accès. De plus, toutes les données vous concernant seront conservées pendant cinq (5) ans et détruites à la fin de ce délai. Le matériel audio ne servira qu'à cette étude. Il sera effacé à la fin de l'étude. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

L'avantage principal à participer à ce volet du projet de recherche est que votre implication permettra de recueillir des informations pertinentes pour évaluer plus en profondeur et de façon constructive des services de santé mentale que vous avez reçus. Vous ne tirerez pas de bénéfices directs de cette recherche. Le seul inconvénient est le temps supplémentaire requis de votre part.

Il est important de souligner qu'aucun risque important pour votre santé est anticipé dans ce volet de l'étude.

REFUS ET RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION:

Il est entendu que votre participation à ce volet du projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce volet de l'étude. Vous avez le droit de cesser l'entrevue en tout temps, sans avoir à motiver votre décision. Votre décision n'influencera pas l'accès à et la qualité des services que vous recevez.

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT:

On m'a expliqué le déroulement du volet qualitatif du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements audio seront effectués pour permettre une analyse subséquente par l'équipe de chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

OUI →

NON →

PERSONNES À CONTACTER:

☎ Si vous avez des questions ou des problèmes liés au projet de recherche, vous pouvez rejoindre tout au long du déroulement de l'étude:

Mme Nadine Larivière, chercheur principal, étudiante au doctorat et ergothérapeute au:

(514) 251-4015, poste lu lundi au vendredi de 8:30 à 17:00.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter:

Mme Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec), H1N 3M5, téléphone: (514) 251-4000
poste

Il est entendu que le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H. Lafontaine peut en tout temps avoir accès au dossier de recherche pour faire le suivi de l'étude.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT:

Par la présente, Je
soussigné(e) _____,
déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation
à ce volet du projet de recherche. J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de
consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions
auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Je consens volontairement à participer à cette
étude.

Nom du participant en lettres moulées :

Signature du participant:

Nom du témoin en lettres moulées :

Signature du témoin:

Date : _____

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a été posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus; que l'information obtenue au cours de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle et anonyme.

Nom du responsable en lettres moulées :

Signature du responsable:

Nom du témoin en lettres moulées :

Signature du témoin:

Date : _____

Annexe K

**Données descriptives économiques des participants dans le groupe
hôpital de jour et des personnes hospitalisées**

Dans cette annexe, les sources de revenus et les coûts pour les participants dans les deux groupes sont présentés dans les tableaux 7.4.1 à 7.4.5. Chez les personnes suivies à l'hôpital de jour (n = 60), le revenu annuel de près la majorité varie de moins de 20 000 \$ par année à 29 999 \$ (tableau 7.4.1). La source de revenu la plus fréquente au T1 provient d'un emploi, suivie de la sécurité du revenu sans supplément pour maladie.

Tableau 7.4.1

Sources de revenus des participants dans les deux groupes

Variable	Hôpital de jour	Hospitalisation
	(n = 60) n (%)	(n = 13) n (%)
Revenu annuel (\$ CDN)		
Moins de 20 000	34 (56,7)	10 (76,9)
20 000-29 999	10 (16,7)	1 (7,7)
30 000-39 999	6 (10,0)	0 (0)
40 000-49 999	6 (10,0)	1 (7,7)
50 000-59 999	2 (3,3)	0 (0)
60 000 et plus	2 (3,3)	1 (7,7)
Sources de revenus (T1)		
Emploi	31 (51,7)	6 (46,2)
Sécurité du revenu sans supplément	9 (15,0)	3 (23,1)
Sécurité du revenu avec supplément	7 (11,7)	3 (23,1)
Pensions retraite gouvernement	7 (11,7)	1 (7,7)
Assistance-emploi	4 (6,7)	2 (15,4)
Rentes retraite	3 (5,0)	0 (0)
Économies personnelles	2 (3,3)	0 (0)
Parents/Conjoints	2 (3,3)	0 (0)
CSST/IVAC	1 (1,7)	1 (7,7)
Pensions alimentaires/Allocations Familiales	1 (1,7)	1 (7,7)
Revenus placements	1 (1,7)	1 (7,7)
Assurance-salaire	0 (0)	1 (7,7)

Note: il est possible qu'une personne ait plus qu'une source de revenus.

Depuis le début de la maladie, la rémunération des participants de l'hôpital de jour provient le plus fréquemment d'une assurance-salaire privée (tableau 7.4.2). Ceci demeure vrai au T2. Puis, au T3, 31,5% sont de retour à l'emploi réduisant le nombre de personnes sur l'assurance-salaire privée et l'assistance-emploi. Par ailleurs, la précision du diagnostic de la maladie (un des mandats de l'hôpital de jour) peut expliquer l'augmentation de personnes recevant la sécurité du revenu avec supplément. Au T3, plus de personnes vivent de leurs économies personnelles.

Tableau 7.4.2

Sources de revenus en congé de maladie : Groupe hôpital de jour

Sources revenus maladie	T1	T2	T3
	(n = 60)	(n = 60)	(n = 54)
	n (%)	n (%)	n (%)
Assurance-salaire privée	21 (35,0)	20 (33,3)	11 (20,4)
Sécurité revenu (sans supplément)	7 (11,7)	8 (13,3)	4 (7,4)
Sécurité revenu incapacités sévères	5 (8,3)	6 (10,0)	7 (13,0)
Sécurité revenu incapacités temporaires	2 (3,3)	1 (1,7)	5 (9,3)
Assistance-emploi	5 (8,3)	6 (10,0)	1 (1,9)
Assistance-emploi maladie	4 (6,7)	3 (5,0)	1 (1,9)
Pensions gouvernement	6 (10,0)	7 (11,7)	8 (14,8)
Parents/conjoint	6 (10,0)	3 (5,0)	3 (5,6)
Économies personnelles	3 (5,0)	2 (3,3)	11 (20,4)
Emploi	3 (5,0)	5 (8,3)	17 (31,5)
Pensions alimentaires/Allocations familiales	3 (5,0)	2 (3,3)	2 (3,7)
Bourses/prêts études	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)
CSST/IVAC	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)
Revenus placements	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)

Note: il est possible qu'une personne ait plus qu'une source de revenus

Dans le groupe des personnes hospitalisées (n = 13), le revenu annuel de 77% des personnes hospitalisées est de moins de 20 000 \$ (tableau 7.4.1). La source de revenu la plus fréquente provient d'un emploi et durant la maladie (T1 et T2), l'assistance-emploi (tableau 7.4.3). Au T3, deux participants (20%) sont de retour à l'emploi et les autres reçoivent différents types de revenus.

Tableau 7.4.3

Sources de revenus en congé de maladie : Groupe hospitalisation

Sources revenus maladie	T1	T2	T3
	(n = 13)	(n = 13)	(n = 10)
	n (%)	n (%)	n (%)
Assistance-emploi maladie	4 (30,8)	4 (30,8)	0 (0)
Sécurité revenu (sans supplément)	3 (23,1)	3 (23,1)	2 (20,0)
Sécurité revenu incapacités temporaires	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (20,0)
Sécurité revenu incapacités sévères	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (20,0)
Assurance-salaire privée	2 (15,4)	3 (23,1)	2 (20,0)
Économies personnelles	2 (15,4)	1 (7,7)	0 (0)
Pensions gouvernement	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (10,0)
Revenus placements	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (10,0)
CSST/IVAC	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0)
Parents/conjoint	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)
Pensions alimentaires/Allocations familiales	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (10,0)
Bourses/prêts études			
Emploi	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Assistance-emploi	0 (0)	1 (7,7)	2 (20,0)
	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)

Note: il est possible qu'une personne ait plus qu'une source de revenus

En ce qui concerne les coûts pour les participants du groupe hôpital de jour au T1, les achats compulsifs constituent les dépenses les plus importantes et touchent 45% des participants (tableau 7.4.4). On observe une diminution graduelle du nombre de

participants qui ont cette problématique (surtout entre les T1 et T2), mais que les montants dépensés augmentent entre les T2 et T3. Le stationnement est la source de dépense qui touche le moins de personnes (l'hôpital de jour est gratuit). Après le suivi à l'hôpital de jour, moins de gens consomment des médicaments mais ceux-ci coûtent plus chers. Aussi, moins de gens ont comme dépenses les déplacements, les repas et les rapports médicaux.

Tableau 7.4.4

Coûts pour les participants du groupe hôpital de jour

Types de coûts	T1 (n = 60)		T2 (n = 60)		T3 (n = 48)	
	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)
Achats compulsifs	27 (45)	2060 \$ (2242)	14 (23,7) (n = 59)	391 \$ (541)	11 (22,9)	1771 \$ (2811)
Services de psychologie en privé	8 (13,3)	288 \$ (245)	1 (1,7)	400,00 \$ (0)	3 (6,3)	976 \$ (680)
Médicaments	39 (65)	232 \$ (391)	42 (70)	91 \$ (103)	30 (62,5)	300 \$ (303)
Autres *	10 (16,7)	200 \$ (220)	4 (6,7)	48 \$ (68)	5 (10,4)	297 \$ (509)
Déplacements	22 (36,7)	140 \$ (171)	23 (38,3)	136 \$ (137)	7 (14,6)	227 \$ (320)
Repas	16 (26,7)	127 \$ (198)	28 (46,7)	57 \$ (120)	5 (10,4)	247 \$ (467)
Rapports médicaux	13 (21,7)	66 \$ (44)	13 (21,7)	22 \$ (6)	8 (16,7)	64 \$ (69)
Stationnement	1 (1,7)	50,00 \$ (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4,2)	81 \$ (98)

* Exemples : drogues ou alcool, contravention, produits et professionnels en médecine alternative, services légaux

À T1, pour les participants du groupe hospitalisation, les dépenses pour les médicaments sont le type de coûts qui touche le plus de participants, suivies des achats compulsifs (tableau 7.4.5). Ces dernières constituent les dépenses les plus importantes. Entre les T1 et T3 le nombre de participants qui ont cette problématique diminue. Toutefois, les montants dépensés augmentent entre les T2 et T3.

Tableau 7.4.5

Coûts pour les participants du groupe hospitalisation

Types de coûts	T1 (n = 13)		T2 (n = 13)		T3 (n = 10)	
	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)	n (%)	Moyenne \$ (é.t.)
Achats compulsifs	4 (30,8)	3254\$ (4563)	1 (7,7)	600 \$ (0)	1 (10)	900 \$ (0)
Services de psychologie en privé	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Médicaments	5 (38,5)	253 \$ (252)	9 (69,2)	108 \$ (153)	4 (40)	150 \$ (61)
Autres*	3 (23,1)	144 \$ (107)	2 (15,4)	140 \$ (156)	1 (10)	60 \$ (0)
Déplacements	2 (15,4)	155 \$ (35)	4 (30,8)	15 \$ (10)	1 (10)	330 \$ (0)
Repas	2 (15,4)	218 \$ (286)	1 (7,7)	50,00 \$ (0)	1 (10)	10 \$ (0)
Rapports médicaux	3 (23,1)	30 \$ (18)	0 (0)	0 \$ (0)	0 (0)	0 \$ (0)
Stationnement	0 (0)	0 \$ (0)	0 (0)	0 \$ (0)	0 (0)	0 \$ (0)

* Exemples : drogues ou alcool, contravention, produits et professionnels en médecine alternative, services légaux

Annexe L

Article sur analyses secondaires

**Occupational Therapy
in
Mental Health**

... A JOURNAL OF PSYCHOSOCIAL PRACTICE & RESEARCH

NEW YORK UNIVERSITY
CO-EDITORS:

August 19, 2009

Dear Ms Lariviere,

Congratulations! I am pleased to inform you that your jointly written manuscript, *Exploring Social Participation of People with Cluster B Personality Disorders*, has been accepted for publication in *Occupational Therapy in Mental Health*. We are requesting some revisions before publication. They are primarily style issues. Enclosed you will also find reviewers' comments on the manuscript. Please follow these important procedures when you return your finished work to me at the above Croton-on-Hudson, NY, USA address. Your paper will be submitted to Taylor and Francis, the new publisher, on line, not as hard copy.

1. Include one complete hard copy of the manuscript. Make sure the hard copy is double-spaced, single-sided, and typed on 8 1/2 x 11 inch white paper.
2. Two computer disk (or CD) copies of the article. Include information regarding software and system used. MAC programs can be accessed only if saved in the PC format. Label disks A & B (backup copy). The hard copy and the disk must match.
3. Art should be provided on a disk and be ready for printing, with no corrections required. Tables, figures, charts, diagrams, maps, etc., cannot contain handwritten corrections. Indicate clearly in the manuscript where art should appear. Include the enclosed *ART (NON-TEXT*) SOURCE*

Annexe L

Article sur analyses secondaires

CHECKLIST. Illustrations submitted (line drawings, half-tones, photos, photomicrographs, etc.) should be clean originals or digital files. Digital files are recommended for highest quality reproduction and should follow these guidelines:

- . 300 dpi or higher
- . Sized to fit on journal page
- . EPS, TIFF, or PSD format only
- . Submitted as separate files, not embedded in text files

a. The corresponding author should sign the enclosed *Transfer of Copyright Agreement* form. No amendments to the form are permitted. You must submit the ORIGINAL *Transfer of Copyright Agreement Form*. An original signature is needed, and the publisher will not accept photocopies or faxes of this form. We have tentatively scheduled this paper for volume 27, issue 1.

4. Closely follow reference guide as outlined in the Publication Manual of the American Psychological Association, Fifth Edition. Taylor and Francis requests some exceptions to APA V. I am including a sheet which describes these exceptions.
5. Please complete the revised manuscript by September 16, 2009 and submit it directly to me.

If you have any questions, or need further help, please call me at me by E-mail at

Sincerely,

Annexe L**Article sur analyses secondaires**

Titre de l'article: Exploring social participation of people with cluster B personality disorders

Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., Boyer, R.

Article sous presse dans la revue Occupational Therapy in Mental Health

ABSTRACT.

This study aimed to describe the impact of living with a cluster B personality disorder in an acute phase on social participation. A descriptive cross-sectional design was used.

During their first week in a day hospital or inpatient admission, 31 participants completed the Assessment of Life Habits, examining the quality of social participation in 77 daily activities and social roles (life habits). The participants presented significantly more difficulties and dissatisfaction in realizing social roles than daily activities. Areas of life perceived to be the most problematic to accomplish were leisure, school and work.

Interpersonal relationships and fitness were the least satisfying. Personal care was the least disrupted and most satisfying life habit. Life habits that could be prioritized in psychiatric rehabilitation interventions with people with cluster B personality disorders included leisure activities, work and school, fitness and interpersonal relationships.

Word count: 139 words

KEYWORDS. Social participation, cluster B personality disorders, assessment

Acknowledgements

The authors wish to sincerely thank the Canadian Institutes of Health Research, the Association des hôpitaux de jour en psychiatrie du Québec, the Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillissement, the Formation Interdisciplinaire en Santé et Vieillesse and the Canadian Occupational Therapy Foundation for their financial support. The authors also send their warmest regards to the study participants.

Exploring Social Participation of People with Cluster B personality disorders

Introduction

Personality disorders are estimated to affect about 10 to 20% of the general population (Sadock et Sadock, 2007). The fourth revised edition of the Diagnostic and Statistical Manual (American Psychiatric Association, 2000) defines personality disorders as enduring subjective experiences and behaviors that deviate from cultural standards. These can be manifested in perceptions of self, others and events, affectivity, interpersonal functioning and impulse control. They are rigidly pervasive and maladaptive and lead to clinically significant distress. Personality disorders are grouped into three clusters (A, B, C). Cluster B personality disorders are characterized by dramatic, impulsive and erratic features. They include antisocial, narcissistic, borderline and histrionic personality disorders (Sadock et Sadock, 2007).

Since personality disorders commonly develop in adolescence or early adulthood, they occur in a stage of life when a person is usually involved in productive activities, such as school or work, and developing adult relationship skills. The use of maladaptive behaviors can thus affect the person in several domains of their life (Public Health Agency of Canada, 2002). Although social, occupational and general functional impairment are an integral part of the definition of personality disorders (American Psychiatric Association, 2000), only a very few studies have examined closely and concretely the impact of living with a cluster B personality disorder on one's social participation. In occupational therapy, better understanding the impact of a cluster B personality disorder on these peoples' social participation is essential to provide more client-centered interventions targeting areas of life that are problematic and important for

these persons. Enabling social participation can lead to several positive consequences, such as providing a better quality of life, allowing for the constitution and maintenance of one's identity and promoting a sense of belonging (Larivière, 2008). Being involved in meaningful activities and contributing to a community is considered to be a central component of the recovery journey (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli, et Evans, 2005) and is the core of occupational therapy practice (Crepeau, Cohn, et Schell, 2003).

One study documented the subjective well-being and quality of life of people with personality disorders from all clusters (Cramer, Torgensen et Kringlen, 2006). The dimensions of quality of life assessed included self-realization, contact with friends, support if ill, absence of negative life events, relation to family of origin and neighbourhood quality. The findings showed that those with schizotypal, borderline, narcissistic, paranoid and avoidant personality disorders had the poorest quality of life on all dimensions (Cramer, et al., 2006). Some researchers have studied the psychosocial functioning of people with different types of personality disorders. Skodol and colleagues (2002) found that those with schizotypal and borderline personality disorders had significantly more impairment at work, interpersonal relationships and recreation than those with avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. There was no significant difference in global satisfaction between people with personality disorders and those with a major depression. In addition, overall, people with a personality disorder did not show a significant impairment in household duties. In their longitudinal investigation of six years, Zanarini, Frankenburg, Hennen, Riech, and Silk (2005) found that people with borderline personality disorders showed significant impairment in work or school performance and in their capacity to go to school or work in a sustained way. In addition,

they were more likely to receive disability payments than the individuals in their Axis II comparison group. There was no significant difference in terms of relationships and meaningful use of leisure time. Ansell, Sanislow, McGlashan and Grilo (2007) found that people with borderline personality disorder had significantly more impairment in work performance, household duties, recreation and global satisfaction than the other groups which consisted of people with other personality disorders (mainly avoidant and y hadobsessive-compulsive), people with mood and anxiety disorders and people without a psychiatric diagnosis. There was no significant difference between groups regarding student work but there were few students overall in their sample. Finally, Badey, Bourque, David, Gagnon and Larivière (2007) found that in their sample of people with cluster B personality disorders, the participants reported presenting moderate problems in their functioning in daily life, social roles, relationship to self and others as well as depressive and anxiety symptoms. They stated that they had some problems with impulsive behaviors and substance abuse.

After examination of the previous studies, important questions concerning the social participation of people with cluster B personality disorders still remain unanswered. Some domains of life that are part of social participation have not been explored, such as self-care, responsibilities (for e.g. meeting financial obligations) and community involvement. As well, some components have been assessed in a general way, such as household duties and satisfaction.

In this context, the objective of the present study aims at describing the social participation of persons with a cluster B personality disorder. In this study, social participation refers to perceived level of accomplishment and satisfaction in daily

activities and social roles (life habits) that results from the interaction between personal and environmental factors (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, et St-Michel, 1998; Noreau, Fougeyrollas, et Vincent, 2002).

METHODS

Design and Participants

This study used a cross-sectional descriptive design. It is part of a larger program of effectiveness evaluation comparing a psychiatric day hospital to hospitalization in a psychiatric institution. Ethical approval for this study was obtained from the site's Research Ethical Committee.

The sample was a convenient, non-probabilistic accidental sample (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, et Boyle, 1990). To be included in the study, candidates were 18 years old and over, fluent in French, had a DSM-IV diagnosis, score between 21 and 60 on the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Endicott, Spitzer, Fleiss, et Cohen, 1976), indicating that their illness is in an acute phase. Candidates were excluded if they were homeless, had a severe loss of physical independence, had a diagnosis of mental retardation, had substance abuse problems as their sole problem or were involuntarily admitted.

Participants were screened for eligibility from lists and medical records accessible to the principal investigator at the archives of the hospital, the day hospital and the inpatient units. If eligible, the principal investigator contacted the main treating clinician to inform him/her about the eligibility of the client. If the person accepted, the principal investigator met the candidate to explain the study. The consent form was signed in the following days.

Questionnaire

To describe social participation, the Assessment of Life Habits (LIFE-H), version 3.1, Short Form (Fougeyrollas, et al., 2002) was used. The LIFE-H is a questionnaire which measures the perceived level of performance in accomplishment of life habits, the type of assistance needed, which can be assistive devices like medications, adaptation or human assistance, and the resulting level of satisfaction (Noreau, Fougeyrollas, et Vincent, 2002). It can be completed by the participants or through an interview with the person or their carer. The self-report short form includes 77 life habits grouped into 12 domains of life (Table 1). For each life habit, two scores can be indicated: one for the level of accomplishment, which takes into consideration the type of assistance required, and one for the level of satisfaction. For the level of accomplishment, scores vary from 0 to 9 (0 = not realized, 1 = accomplished by proxy, 2 = with difficulty and all types of assistance, 3 = with difficulty and human assistance, 4 = no difficulty and all types of assistance, 5 = no difficulty and human assistance, 6 = with difficulty and assistive device or adaptation, 7 = with difficulty and no assistance, 8 = with no difficulty and assistive device or adaptation, 9 = with no difficulty and no assistance). For the level of satisfaction, scores vary from 0 to 4. The higher the score, the greater the satisfaction towards how the life habit is currently accomplished. The LIFE-H is based on the Disability Creation Process, a conceptual model proposed to “*identify and explain the causes and consequences of disease, trauma and disruptions to the development of a person*” (Fougeyrollas, et al., 2002, p.4). In this model, the accomplishment of life habits results not only from personal identity and choices, impairments in organs, abilities and disabilities, but also the physical and social characteristics of the living environment

which can act as facilitators or obstacles (Fougeyrollas et al., 2002). The LIFE-H shows satisfactory psychometric properties regarding internal consistency, test-retest reliability and interrater reliability (Noreau, et al., 2002; Noreau et al., 2004).

INSERT TABLE 1 ABOUT HERE

Data Collection Procedure

During the first week after integrating a psychiatric day hospital or being hospitalized in a psychiatric hospital, participants completed the LIFE-H questionnaire in the clinical setting in the presence of the principal investigator. Sociodemographic data was collected by the principal investigator through questioning of the participants and retrieving information from their medical records. The data collection continued from January 2006 to February 2008.

Statistical analysis

The data was analyzed with descriptive statistics such as means and standard deviation for the continuous variables and frequencies and percentages for the categorical ones. The SPSS software version 15.0 was used for the analyses.

Results

Table 2 presents the sociodemographic and clinical profile of the participants. The sample consisted of 31 respondents, the majority being women. The mean age of the study participants was 35 years ($SD = 13.9$), ranging from 18 to 74 years old. Fifty-seven percent of the participants were single. The most frequent education level completed was

high school. Concerning employment, the two most frequent situations were to be on a sick leave of absence from their current job or unemployed.

Clinically, the primary psychiatric diagnosis they presented was a cluster B personality disorder. In the sample, borderline personality disorder was the most frequently observed. In addition, seven participants had a mix of cluster B personality disorders, mainly borderline, narcissistic and/or histrionic. As well, nine respondents presented borderline personality disorder with dependent or avoidant personality traits or disorders. On Axis I, some participants had none or more than one comorbid conditions. The most frequent condition was a mood or an adjustment disorder, followed by substance abuse (Table 2). On the GAF scale, participants had a mean score of 48.8 (SD = 6.8, Range = 35-60), indicating that they presented serious symptoms or serious impairment in functioning.

INSERT TABLE 2 ABOUT HERE

Global comparisons between perceived level of accomplishment and satisfaction in daily activities when compared with social roles indicate that these participants present more difficulties and dissatisfaction in realizing social roles (accomplishment: $t(29) = 1.00$, $p < 0.05$; satisfaction: $t(30)$, $p < 0.05$).

Perceived accomplishment in the different life habits is presented in Figure 1. Findings show that the areas of life which appear to be the most disrupted are leisure and productive activities, that is, school and work. The least problematic life habit

corresponds to personal care. On average, all life habits are perceived as being realized with difficulty and require assistance.

A closer examination of the mean scores of each life habit (not illustrated here) reveals that the most problematic life habit to accomplish within each domain is: holding a paid job ($M = 1.3$, $SD = 2.9$), participating in tourist activities, such as visiting a museum or traveling ($M = 1.7$, $SD = 2.5$), practicing physical exercises ($M = 3.9$, $SD = 3.7$), ensuring the education of their children ($M = 4.1$, $SD = 2.8$), maintaining a close relationship with a partner ($M = 4.4$, $SD = 2.6$), doing major household tasks like painting ($M = 4.7$, $SD = 3.3$), communicating with a group ($M = 4.8$, $SD = 2.6$), participating in social or community groups ($M = 5.2$, $SD = 2.7$), choosing food according to need and taste ($M = 5.6$, $SD = 3.2$), meal preparation ($M = 5.6$, $SD = 2.8$), using health care services ($M = 6.5$, $SD = 2.7$) and driving a car ($M = 7.1$, $SD = 3.6$).

INSERT FIGURE 1 ABOUT HERE

Figure 2 illustrates the levels of satisfaction experienced in the various life habit domains. Overall, the total mean score of satisfaction is situated at the more or less satisfied level ($M = 2.5$, $SD = 0.6$). Results show that the least satisfying life habits in these participants' current situation are interpersonal relationships and fitness. Personal care is the most satisfying area of life.

INSERT FIGURE 2 ABOUT HERE

Discussion

This study provides a detailed look at the social participation of people with cluster B personality disorders, a core outcome in psychiatric rehabilitation which leads to recovery (King, Lloyd, et Meehan, 2007). From previous studies (Ansell, et al., 2007; Skodol, et al., 2002; Zanarini, et al., 2005) and this investigation, there seems to be a strong trend that employment, relationships and recreation are areas of life that are problematic for people with cluster B personality disorders. The inherent issues related to cluster B personality disorders regarding stability and maintaining positive relationships support the fact that these influence the work, recreation and relational domains. Concerning leisure, it would be interesting to explore further if other barriers prevent the full and satisfactory realization of that area of life.

Examination of the findings in the present study suggests that to improve the social participation of people with cluster B personality disorders, the life habits that could be prioritized in psychiatric rehabilitation interventions include leisure activities, work and school, fitness (sleeping, physical and unwinding activities), as well as interpersonal relationships (particularly with the partner and children). A review of treatment approaches for people with personality disorders indicates that their aims usually revolve around changing problematic specific behaviors, such as self-destructive impulsive behaviors, tolerating and integrating affect, becoming more consciously aware of self, understanding the origins of the personality disorder and changing personality

structure (Piper et Joyce, 2001). Thus, the life habit usually addressed in treatment appears to be intrapersonal and interpersonal relationships. Also, modalities that have been studied include individual and group psychotherapy oriented by psychodynamic or cognitive-behavioral frames of reference (Piper et Joyce, 2001; Oldham et al., 2006). Outcomes assessed have mainly focused on social dysfunction, social performance, symptomatology, treatment dropout (Bateman et Fonagy, 1999; 2001; Munroe-Blum et Maziali, 1995; Linehan, Heard, Armstrong 1993; Linehan, Tutek, Heard, Armstrong, 1994; Perris, 1994; Piper, Rosie, Azim, et Joyce, 1993); parasuicidal behaviors, inpatient admissions (Linehan, et al., 1993; Linehan, et al., 1994; Perris, 1994); satisfaction, well-being (Linehan, et al., 1993; Linehan, et al., 1994; Piper et al., 1993) and work performance (Linehan, et al., 1993; Linehan, et al., 1994).

Thus, there seem to be very few programs for personality disorders proposed in the literature that clearly describe interventions facilitating participation in activities of daily living and leisure. Karterud and Urnes (2004) and Gunderson (2001) have noted that therapeutic groups targeting life habits such as physical activities, cooking and outings have been used in clinical practice for people with personality disorders but there is currently no evidence of their effectiveness with this population. Gunderson (2001) suggests that rehabilitative approaches should be part of all outpatient phases of treatment for people with personality disorders. For example, in the partial hospital care/residential care phase (such as halfway houses), the proposed target goals include teaching or stabilizing daily living skills, (such as eating, sleeping, hygiene), initiating vocational rehabilitation and identifying and modifying maladaptive behavioral and interpersonal traits that act as barriers for personal achievement (for example, impulse control, affect

recognition and tolerance). He mentions that vocational rehabilitation is most likely to be overlooked because patients tend not to introduce it or welcome it and young or inexperienced staff may have little consciousness about its value and importance.

Conclusion

Although the sample size in this study is small, the findings confirm the usefulness in exploring in more depth how living with a cluster B personality disorder in its acute phase can affect several domains of social participation and many life habits, both in terms of the level of accomplishment and the satisfaction. The information provided can offer a deeper understanding of this population and consequently better guide occupational therapists and their colleagues in other disciplines in planning their interventions with these clients to enable them to reengage in meaningful life habits. To continue to provide knowledge in this important area, studies could explore the personal and environmental barriers and facilitators for optimal social participation of people with cluster B personality disorders. It would also be interesting to expand investigations to examine the social participation of individuals with cluster A and cluster C personality disorders. Finally, there is a clear need to incorporate and examine more closely the effectiveness of psychiatric rehabilitative approaches with those who live with a personality disorder, where clinical and research occupational therapists can be at the forefront.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ansell, E.B., Sanislow, C.A., McGlashan, T., et Grilo, C.M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 329-336.
- Badey, E., Bourque, J., David, P., Gagnon, G., Larivière, N. (2007). Troubles de la personnalité à l'Hôpital de jour - l'expérience de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Dans R. Labrosse et C. Leclerc (Eds.), *Troubles de la personnalité limite et réadaptation – Tome 1*. Québec : Éditions Ressources.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (1999). Treatment of borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche/La définir, la structurer, la financer*. Montréal, Québec, CA : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cramer, V., Torgensen, S., et Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184.

- Crepeau, E.B., Cohn, E.S., et Schell, B.A.B. (2003). Occupational therapy practice. In E. B. Crepeau, E.S. Cohn, et B.A.B. Schell (Eds.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy* (pp. 27-45). Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Staeheli, M., et Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth? In L. Davidson, C. Harding, L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* (pp. 5-26). Boston: Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., et Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec, CA: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Boschen, K., Lepage, C., St-Michel, G., et Tremblay, J. (2002). *La Mesure des Habitudes de Vie (version 3.1)*. Lac-Saint-Charles, Québec, CA : Réseau International du Processus de Production du Handicap.
- Gunderson, J.G (2001). *Borderline personality disorder/A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Karterud S., et Urnes O. (2004). Short-term day treatment programmes for patients with personality disorders. What is the optimal composition? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 243-249. doi: 10.1080/08039480410006304
- King, R., Lloyd, C., Meehan, T. (2007). *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de participation sociale: Définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 75*(2), 114-127.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., et Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971-974.
- Linehan M.M., Tutek D.A., Heard H.L., Armstrong H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*(12), 1771-1776.
- Munroe-Blum, H., et Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 9*(3), 190-198.
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeryrollas, P., Rochette, A., et Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation, 26*(6), 346-352.
- Noreau, L. Fougeryrollas, P., et Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability, 14*(3), 113-118.
- Oldham, J.M., Gabbard, G.O., Goin, M.K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., et Phillips, K.A. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2006*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Perris, C. (1994). Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 379*, 69-72.

- Piper, W.E., et Joyce, A.S. (2001). Psychosocial treatment outcome. In W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders/Theory, research and treatment* (pp. 323-343). New York: Guilford Press.
- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., et Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital et Community Psychiatry*, 44(8), 757-763.
- Public Health Agency of Canada (2002). Personality Disorders. *A Report on Mental Illnesses in Canada*. (chapter 5). Retrieved March 28, 2008, from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap_5_e.html
- Sadock, B.J., et Sadock, V.A. (2007). Personality Disorders. In *Kaplan et Sadock's Synopsis of Psychiatry* (10th ed.) (pp. 791-812). New York: Lippincott Williams et Wilkins.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., Grilo, C.M., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Morey, L.C., Sanislow, C.A., et Oldham, J.M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, B., et Silk, K. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 19-29.

TABLE 1. Domains of life habits assessed in the LIFE-H

Daily activities		Social roles	
Nutrition	E.g.: preparing meals, eating	Responsibilities	E.g.: budget, parental role
Fitness	E.g.: sleep, physical and relaxation activities	Interpersonal relationships	E.g.: spouse, family, friends, neighbours
Personal care	E.g.: hygiene, dressing, using health care services	Community life	E.g.: use of services and stores
Communication	E.g.: verbal, written, reading, using computer, phone	Education	E.g.: participating in school activities
Housing	E.g.: cleaning, entering/leaving house	Employment	E.g.: seeking work, holding job, volunteer
Mobility	E.g.: by foot, driving, public transportation	Recreation/Leisure	E.g. sports, outdoors, artistic, cultural, touristic

TABLE 2. Sociodemographic and clinical characteristics of study participants (n = 31)

Variables	
Age (mean, sd, range)	35.0 years (13.9, 18-74)
Gender (n, %)	
Female	27 (87.1)
Male	4 (12.9)
Marital status (n, %)	
Single	16 (51.6)
Married/Common-law	9 (29.0)
Separated/Divorced	6 (19.4)
Education (n, %)	
High school	21 (67.7)
College	6 (19.4)
University	4 (12.9)
Employment status (n, %)	
Sick leave	13 (41.9)
Unemployed	10 (32.2)
Currently working	3 (9.7)
Student	2 (6.5)
Retired	2 (6.5)
Stay-at-home-parent	1 (3.2)

Comorbid conditions on Axis I (n, %)	
Mood/Adjustment disorders	17 (54.8)
Substance abuse	14 (45.2)
Anxiety disorders (e.g. : Generalized Anxiety Disorder)	5 (16.1)
Psychotic disorder not otherwise specified	4 (12.9)
Eating disorder not otherwise specified	2 (6.5)
Attention deficit disorder	1 (3.2)

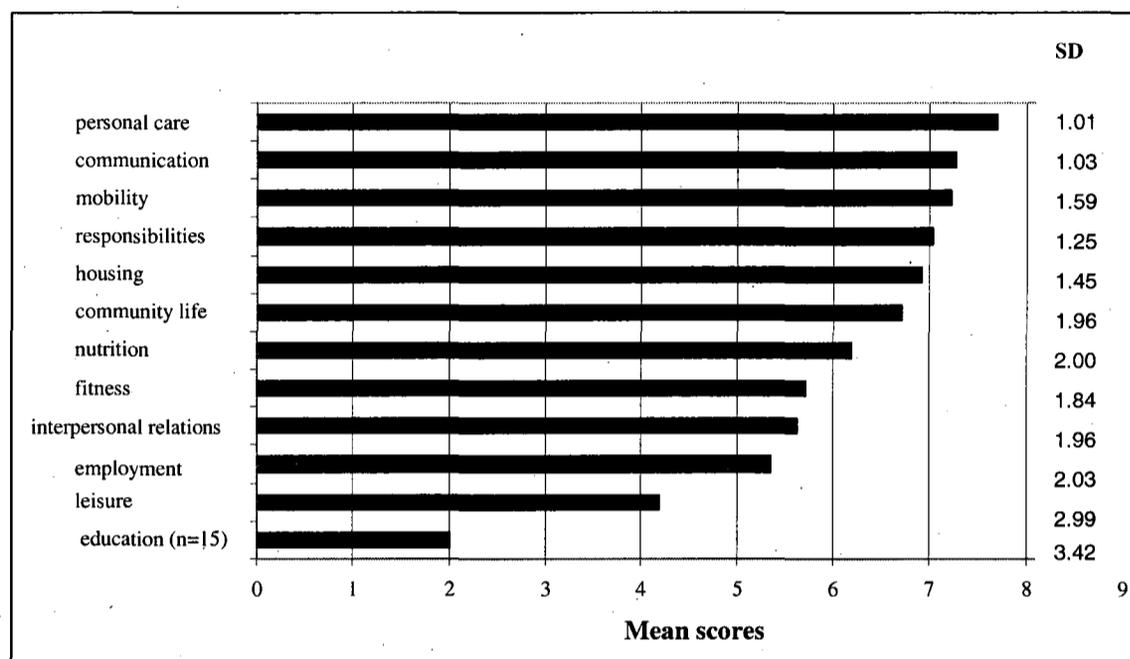


FIGURE 1. Level of accomplishment in life habits domains.

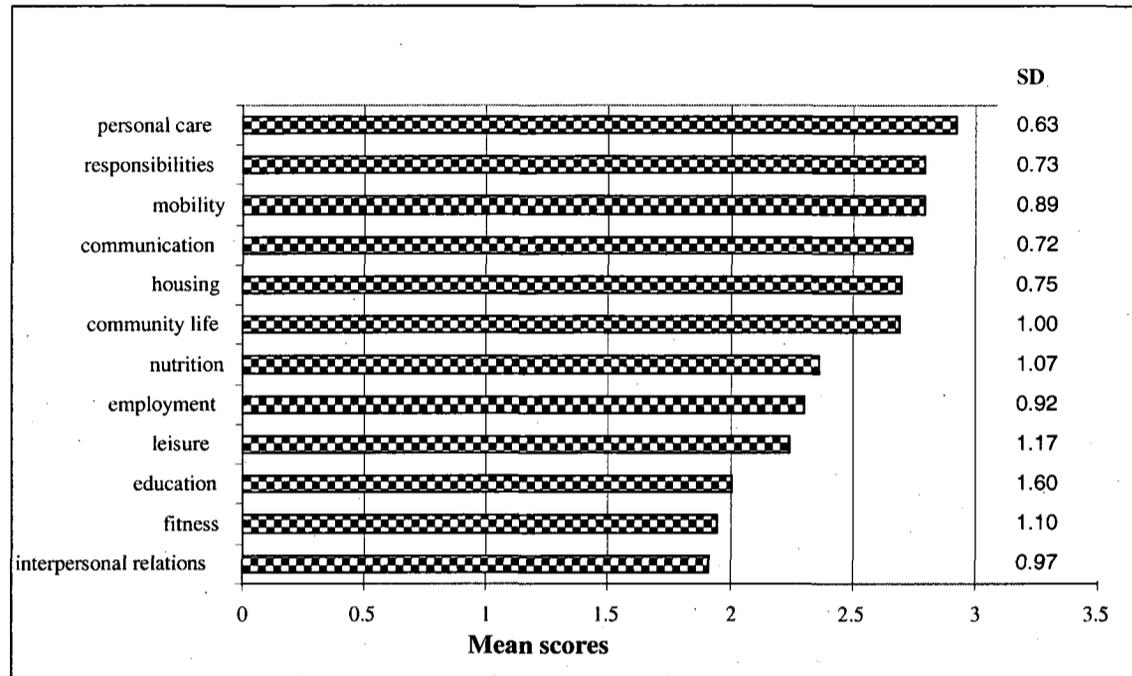


FIGURE 2. Level of satisfaction of life habits domains