



ATELIER
**Autogestion de
la dépression**

Évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité
potentielle de l'Atelier d'autogestion de la
dépression de Revivre

Rapport de recherche

Janie Houle, Ph. D.
Sophie Meunier, Ph. D.
Geoffrey Gauvin, Cand. Ph. D.
François Lespérance, Ph. D.
Pasquale Roberge, Ph. D.
Martin Provencher, Ph. D.
Nancy Frasure-Smith, Ph. D.
Benjamin Villaggi, Cand. Ph. D.
Jean Lambert, Ph. D.

Juillet 2014

Citation suggérée:

Houle, J., Meunier, S., Gauvin, G., Lespérance, F., Roberge, P., Provencher, M., Frasure-Smith, N., Villaggi, B., & Lambert, J. (2014). *Évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité potentielle de l'Atelier d'autogestion de la dépression de Revivre*. Montréal : Université du Québec à Montréal, 26 pages.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Laboratoire Vitalité au : <http://vitalite.ugam.ca/revivre-publications.html>.

ISBN : 978-2-9814765-1-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-9814765-0-0 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2014

© Université du Québec à Montréal, 2014

Toute reproduction autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Remerciements

Nous souhaitons remercier Catherine Purenne, qui a assuré la coordination de la recherche, ainsi que Manon Bertrand et Marie-Pierre Leduc, qui ont réalisé les entrevues téléphoniques auprès des participants. De même, nous voulons remercier les trois animateurs des ateliers pour leur implication dévouée et professionnelle : Odile Corriveau, Marie-Josée Girard et Jonathan Morier. Nous souhaitons également souligner l'excellent travail de Francis Allard, auxiliaire de recherche, celui de Christine Côté, assistante de recherche, ainsi que celui de Benoit Martel, professionnel de recherche, qui fut impliqué à divers niveaux tout au long du projet. Cette étude n'aurait pas été possible sans le soutien financier du programme + Prends soin de toi + et la précieuse collaboration de deux CSSS de la région de Montréal, soit les CSSS de Laval et du Sud-Ouest – Verdun, qui ont contribué au recrutement des participants et qui nous ont accueilli dans leurs locaux pour la tenue d'un atelier. Nos plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de participer à ce projet de recherche et de se prêter gracieusement aux nombreuses entrevues. Enfin, nous exprimons toute notre reconnaissance à l'organisme Revivre, et plus particulièrement à Bruno Collard et Jean-Rémy Provost qui ont collaboré de manière exceptionnelle à la réalisation de cette étude.

Table des matières

1. SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
2. INTRODUCTION	3
3. MÉTHODOLOGIE.....	4
3.1 DEVIS.....	4
3.2 HYPOTHÈSES.....	4
3.3 PARTICIPANTS.....	5
3.4 RECRUTEMENT.....	5
3.5 MESURES.....	5
4. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS ET TAUX DE RÉTENTION	8
4.1 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	8
4.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	9
4.3 PRÉSENCE ET TAUX DE RÉTENTION	10
5. EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION	11
5.1 SYMPTÔMES DE DÉPRESSION.....	11
5.2 SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ, COMPORTEMENTS D'AUTOGESTION, CONNAISSANCE DE LA DÉPRESSION ET ADHÉRENCE AU TRAITEMENT	13
5.3 AUTRES EFFETS DE L'ATELIER.....	14
6. DÉROULEMENT DE L'ATELIER	15
6.1 FORMAT	15
6.2 CONTENU	17
6.3 GROUPE	19
6.4 ANIMATION.....	21
7. DISCUSSION.....	22
8. RÉFÉRENCES	24

1. Sommaire exécutif

Ce rapport présente les résultats de l'étude pilote de l'*Atelier d'Autogestion de la Dépression (ADD)* de Revivre, une intervention de groupe comportant dix séances. Afin d'estimer l'efficacité potentielle de l'AAD, nous avons mesuré les changements survenus chez les participants entre le début et la fin de l'atelier, tant sur le plan de leurs symptômes de dépression que de leur connaissance de la dépression, de leurs comportements d'autogestion, de leur sentiment d'auto-efficacité et de leur adhésion au traitement par antidépresseur. Nous avons également documenté, de manière qualitative, les perceptions des participants et des animateurs quant aux effets de l'atelier, ainsi que leur appréciation de son format, de son contenu, de la formule de groupe et de l'animation.

Au total, 46 personnes réparties en quatre groupes différents ont participé à cette étude. Les rencontres de deux des groupes se sont déroulées à l'université, alors que celles des deux autres groupes ont eu lieu dans des CSSS partenaires. Les participants sont majoritairement âgés de 40 à 59 ans (60 %), sont de sexe féminin (65 %) et détiennent un diplôme universitaire (54 %). Les participants avaient vécu en moyenne trois épisodes dépressifs majeurs au cours de leur vie, prenaient presque tous des antidépresseurs (83 %) et plusieurs avaient eu recours à une psychothérapie dans les douze mois précédant le début de l'atelier (70 %). Les participants ont assisté en moyenne à huit séances sur les dix offertes, et seulement 17 % d'entre eux ont abandonné avant la fin de l'atelier.

Les résultats indiquent que les symptômes de dépression – mesurés par deux instruments différents – diminuent significativement entre le début et la fin de l'atelier. Cette diminution se poursuit quatre mois plus tard, bien que de façon moins prononcée. Aucune des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, scolarité, revenu) ou cliniques (sévérité des symptômes au moment de l'entrée dans l'étude, nombre d'épisodes dépressifs antérieurs, prise d'antidépresseurs, psychothérapie au cours de la dernière année, comorbidité physique et psychopathologique) des participants n'influence de manière significative la diminution des symptômes dépressifs. Toutefois, le groupe auquel ils ont participé influence les résultats obtenus. En effet, les participants du groupe 3 se sont significativement moins améliorés que les participants des autres groupes, bien qu'ils ne se distinguent pas des autres de par leur profil sociodémographique ou clinique. Selon le point de vue des animateurs, ce groupe a éprouvé plus de difficultés que les autres à établir une dynamique basée sur l'entraide et le respect mutuel.

Les connaissances des participants à propos de la dépression, leur sentiment d'auto-efficacité quant à la gestion de leur dépression et leurs comportements d'autogestion ont augmenté significativement entre le début et la fin de l'atelier. L'atelier ne semble toutefois pas avoir eu d'impact sur l'adhésion au traitement par antidépresseur, qui était déjà élevée au moment de l'entrée dans l'étude.

L'AAD est très apprécié par les participants. Le format est adéquat et le contenu est jugé utile. Les participants ont particulièrement aimé les fascicules qu'ils pouvaient conserver et consulter ultérieurement au besoin, les échanges constructifs entre les participants ainsi que la qualité de l'animation. Les participants estiment pour la plupart que l'atelier les a aidés à gérer plus efficacement leur épisode dépressif actuel et qu'ils sont mieux préparés à prévenir ou à affronter d'éventuelles rechutes.

L'atelier, ça a été pour moi une planche de salut. Ça m'a aidé et là, les ateliers sont finis, mais ma réflexion va continuer... Je pourrais dire même que, dans ma dépression, il y a l'avant atelier et l'après. (Participant 2-02)

Cela a été vraiment un gros, gros coup de pouce pour m'aider dans les prochains mois, prochaines années. Et même prévenir, en tout cas, du moins rendre les prochaines rechutes moins pénibles. (Participant 4-03)

En somme, bien qu'il soit impossible d'attribuer avec certitude les effets observés à l'atelier (en raison de l'absence d'un groupe témoin permettant de contrôler pour l'effet du passage du temps, mais également des entretiens inhérentes au processus de recherche), les résultats obtenus dans le cadre de cette étude pilote sont prometteurs. Ils encouragent à poursuivre la validation de l'atelier et sa diffusion auprès de personnes souffrant de dépression.

2. Introduction

La dépression majeure est le trouble mental le plus répandu au Canada. La dernière enquête dans les collectivités canadiennes indique que plus d'une personne sur dix (12 %) en souffrira au cours de sa vie, et que 5 % de femmes et 3 % d'hommes en souffrent chaque année¹. L'Organisation mondiale de la santé prévoit que la dépression majeure sera, dès 2020, la première cause d'invalidité dans les pays industrialisés². La dépression a des impacts négatifs importants sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes³⁻⁴. Elle entraîne également des coûts considérables à la société en termes de perte de productivité et d'absentéisme au travail⁵, en plus d'engendrer un recours plus fréquent aux services de santé⁶⁻⁷. La dépression se caractérise par une forte récurrence : plus de la moitié (58 %) des personnes vivront un nouvel épisode de dépression majeure dans les cinq années suivant leur rémission, alors que cette proportion atteint 85 % au cours des dix années suivantes⁸. Longtemps envisagée comme un trouble transitoire, la dépression est désormais considérée comme une maladie chronique par les experts^{9,10}.

L'autogestion est une composante essentielle à la prise en charge des maladies chroniques¹¹⁻¹². Elle implique que les personnes atteintes acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires au contrôle de leur maladie et au développement d'un pouvoir d'agir sur leur santé à long terme. Le soutien à l'autogestion est considéré comme un élément central du traitement optimal de la dépression en première ligne¹³. Cependant, peu d'interventions de soutien à l'autogestion de la dépression ont été évaluées jusqu'à présent et aucune intervention de groupe destinée spécifiquement aux personnes souffrant de dépression n'a encore été validée en langue française¹⁴. Afin de pouvoir offrir à cette population des interventions efficaces de soutien à l'autogestion en première ligne, il est nécessaire d'évaluer de tels programmes.

L'*Atelier d'autogestion de la dépression* (AAD) de Revivre est un programme intéressant en ce sens. Il s'agit d'une intervention de groupe que l'organisme communautaire a développé et qu'il offre à sa clientèle depuis 2009. Un processus de validation du contenu a été effectué afin de s'assurer que les informations transmises aux participants et les techniques d'intervention utilisées sont à la fine pointe des connaissances scientifiques dans le domaine. Un manuel de l'animateur ainsi que dix fascicules destinés aux participants ont été rédigés. Le but de cet atelier de dix séances en groupe est d'augmenter les capacités d'autogestion des personnes atteintes de dépression, c'est-à-dire d'améliorer leur connaissance de la dépression, de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité face à la gestion de leurs épisodes de dépression ainsi que d'augmenter leurs comportements d'autogestion au quotidien. Très prometteur, cet atelier est susceptible de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes aux prises avec une dépression au Québec. Cependant, nous ne disposons, à l'heure actuelle d'aucune preuve empirique permettant de statuer sur son efficacité à améliorer les comportements d'autogestion des participants, à diminuer leur symptomatologie dépressive et à améliorer leur niveau de fonctionnement. Ces données sont pourtant essentielles pour soutenir le déploiement de l'*Atelier* à l'échelle provinciale et pouvoir déterminer avec certitude ses bienfaits. L'essai contrôlé randomisé (ECR) est la méthodologie de recherche la plus rigoureuse pour vérifier l'efficacité d'une nouvelle intervention. Toutefois, avant de pouvoir opter pour ce devis expérimental, il s'avère nécessaire de débiter par une étude pilote afin de vérifier la faisabilité d'une telle recherche et d'en choisir, de manière éclairée, les principaux paramètres¹⁵.

Le présent rapport fait donc état des résultats obtenus suite à une étude pilote visant à évaluer l'acceptabilité et l'efficacité potentielle de l'ADD. La méthodologie utilisée pour effectuer l'étude est d'abord décrite. Puis, des données concernant le recrutement des participants, leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que leur taux de participation aux différentes séances sont présentées. Par la suite, les différents effets de l'atelier sur les symptômes dépressifs des participants, leur connaissance de la dépression, leur sentiment d'auto-efficacité, leurs comportements d'autogestion et l'adhésion à leur traitement (prise d'antidépresseurs) sont exposés. Finalement, le rapport présente les résultats obtenus suite à l'évaluation de la satisfaction des participants et des animateurs quant au déroulement de l'atelier. Pour terminer, des recommandations sont émises quant aux prochaines étapes à suivre afin de poursuivre la validation de cet atelier.

3. Méthodologie

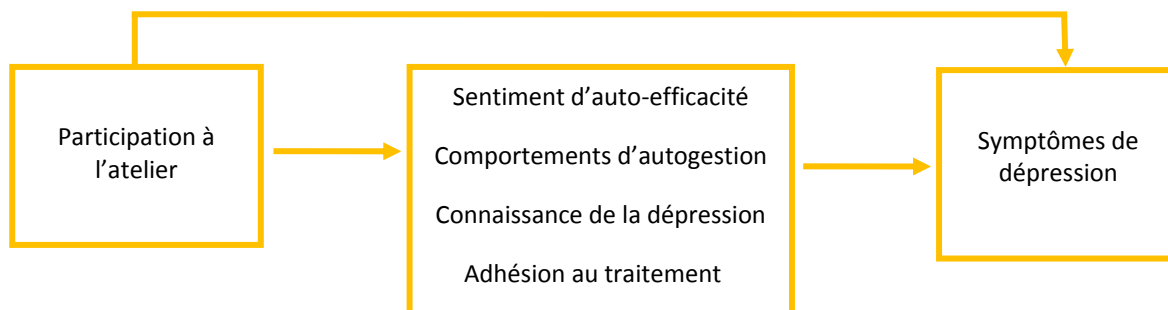
3.1 Devis

Cette étude a utilisé un devis mixte composé d'un premier volet quantitatif pré-post-suivi dans lequel tous les participants ont reçu l'intervention (dix séances de l'AAD), suivi d'un second volet qualitatif composé d'entrevues auprès des animateurs et des participants. Dans le volet quantitatif, les participants ont été évalués à l'entrée dans l'étude, à la fin de l'intervention (après la 10^e séance), ainsi que quatre mois plus tard (six mois après l'entrée dans l'étude).

3.2 Hypothèses

Les hypothèses qui ont été vérifiées dans cet essai ouvert pilote sont les suivantes : Hypothèse primaire : Les patients qui ont participé à l'AAD démontrent une amélioration significative de leur symptomatologie dépressive entre le niveau de base et la fin de l'intervention. Hypothèse secondaire : Les changements dans la symptomatologie dépressive sont maintenus quatre mois après la fin de l'intervention. Hypothèse explicative exploratoire : Les variables suivantes sont des médiateurs expliquant l'effet de l'AAD sur les symptômes de dépression : les connaissances au sujet de la dépression, le sentiment d'auto-efficacité, les comportements d'autogestion et l'adhésion au traitement. Le graphique 1 illustre les trois hypothèses de l'étude.

Graphique 1 – Hypothèses de l'étude



3.3 Participants

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : a) être âgé de 18 ans et plus; b) avoir vécu un épisode de dépression majeure au cours des deux dernières années, tel qu'évalué par le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*¹⁶; c) avoir un niveau de base de 6 ou plus au *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinicians (QIDS-C₁₆)*¹⁷ et de 8 ou plus au *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD₁₇)*¹⁸, ce qui correspond aux critères minimaux d'une dépression légère¹⁹; d) être capable de parler français. Étaient exclues les personnes qui : a) souffrent de trouble bipolaire; b) souffrent d'un trouble psychotique; c) ont des idéations suicidaires qui nécessitent un traitement urgent; ou d) sont enceintes ou ont accouché au cours des six derniers mois.

3.4 Recrutement

Le recrutement a été effectué à l'aide de deux stratégies complémentaires : 1) des références provenant d'intervenants des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne des CSSS partenaires, de Revivre, du CHUM et de médecins de famille œuvrant dans les cliniques médicales de 1^{re} ligne; et 2) de l'autoréférence encouragée par des annonces dans les journaux et dans les établissements partenaires (publications internes, affichage dans la salle d'attente). Les personnes intéressées étaient invitées à communiquer directement avec la coordonnatrice de recherche ou à donner leur autorisation écrite à leur médecin ou à leur intervenant à l'aide du coupon-réponse inclus dans le dépliant d'information. La coordonnatrice de recherche communiquait ensuite avec eux dans les plus brefs délais.

3.5 Mesures

Symptomatologie dépressive. La principale mesure des symptômes de dépression était le score à la version de 17 items du *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD₁₇)*¹⁸. Le HRSD₁₇ est une mesure valide¹⁹ qui possède une bonne fidélité inter-juge²⁰, ainsi qu'une bonne cohérence interne²¹. Les scores obtenus à chaque question sont additionnés pour arriver à un résultat variant entre 0 et 50. Un score entre 8 et 18 indique une dépression légère ou modérée alors qu'un score supérieur à 18 indique une dépression sévère ou très sévère. Une mesure de symptomatologie dépressive secondaire a été obtenue à l'aide de la version à 16 items du *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinicians (QIDS-C₁₆)*, un instrument qui possède une bonne capacité à détecter les changements dans la symptomatologie dépressive consécutifs à une intervention²²⁻²⁴. Le QIDS-C₁₆ possède une excellente validité ainsi qu'une bonne cohérence interne avec un Alpha de Cronbach de .86²². Le score final varie entre 0 et 27. Un score entre 6 et 15 indique une dépression légère ou modérée alors qu'un score supérieur à 15 indique une dépression sévère ou très sévère. Ces deux instruments étaient disponibles en français. Une psychologue clinicienne indépendante les a administrés aux participants à trois reprises lors d'entrevues téléphoniques (avant l'atelier, après l'atelier et quatre mois plus tard).

Connaissances au sujet de la dépression. Un questionnaire de sept items, développé par Ludman et son équipe²⁵, a été utilisé afin d'évaluer les connaissances des participants au sujet de la dépression avant et après l'atelier. Pour chacun des énoncés, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert à 5 points, allant de (1) « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord ». Les énoncés étaient les suivants : a) Certains médicaments sont efficaces dans le traitement de la dépression ; b) Au fil du temps et pour la plupart des gens, les effets secondaires des antidépresseurs s'estompent ou peuvent être traités ; c) Si j'ai un problème personnel ou émotionnel, je sais comment et où je peux trouver de l'aide ; d) Je peux reconnaître les signes d'une dépression ; e) Je

peux contribuer à améliorer mon bien-être en prenant part à des activités agréables ; e) Je sais ce que je dois faire si j'observe une détérioration de ma situation ou si une maladie dépressive revient ; f) Je peux éviter les situations difficiles qui pourraient déclencher ma dépression. Le score total a été calculé en faisant la moyenne des réponses données pour chacun des énoncés et transposé en score variant de 1 à 10. La cohérence interne de l'instrument est satisfaisante ($\alpha = 0,72$).

Sentiment d'auto-efficacité. Le niveau de confiance du participant à l'égard de sa capacité d'autogestion des épisodes dépressifs a été évalué à l'aide d'un questionnaire comportant six items développé par Ludman et son équipe²⁵. Les participants devaient estimer leur niveau de confiance sur une échelle à dix points allant de (1) « pas du tout confiance » à (10) « extrêmement confiance ». Les capacités évaluées étaient : a) surmonter ou contrôler un épisode de dépression ; b) empêcher la dépression de revenir une fois que vous allez mieux ; c) reconnaître dès le début que vous commencez à devenir dépressif ; d) prendre des mesures efficaces pour traiter la dépression dès le début, avant qu'elle ne devienne trop grave ; e) aller chercher de l'aide de professionnels pour traiter la dépression dès le début avant qu'elle ne devienne trop grave ; f) gérer les effets secondaires des médicaments antidépresseurs. Le score total a été obtenu en faisant la moyenne des réponses obtenues à chacun des énoncés et varie donc de 1 à 10. La cohérence interne de cet instrument est adéquate ($\alpha = 0,74$).

Comportements d'autogestion. En s'inspirant d'une méthode proposée par Ludman et son équipe²⁵, six comportements d'autogestion ont été évalués : a) faire un effort pour participer à des activités agréables ou satisfaisantes ; b) faire un effort pour se distraire de ses pensées ou se parler de façon positive ; c) faire un effort pour éviter des situations stressantes pouvant affecter l'humeur ou pour planifier en vue de telles situations ; d) prendre en note ou surveiller ses symptômes dépressifs ; e) guetter les signes avant-coureurs de la dépression ; f) suivre un plan écrit pour gérer sa dépression ou prévenir une rechute. Pour les trois premiers comportements, la personne obtenait un score de 1 si elle rapportait avoir fait ce comportement une fois par semaine ou plus, alors que, pour les trois derniers comportements, un score de 1 était accordé si la personne répondait avoir fait ce comportement au cours du dernier mois. Le score total varie de 0 à 6 et a été calculé en faisant la somme des réponses aux six énoncés. Le score total a été calculé en faisant la somme des réponses aux six énoncés et a été transposé en score variant de 0 à 10.

Adhésion au traitement par antidépresseur. Le *Morisky Medication Adherence Scale*²⁶, un instrument de huit items, a été utilisé afin de mesurer l'adhésion au traitement par antidépresseur, c'est-à-dire le fait de prendre son médicament selon l'ordonnance, sans oublier de dose. Cet instrument valide²⁷ produit un score final variant entre 0 et 8 (≥ 6 = adhérence modérée à élevée).

Comorbidités physiques et psychopathologiques. La présence de pathologies physiques a été évaluée à l'aide du *Functional Comorbidity Index*²⁸ qui vérifie la présence de 16 comorbidités, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer, etc. La cooccurrence de troubles anxieux ou de troubles d'abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues a été évaluée à l'aide des modules appropriés du *Mini-International Neuropsychiatric Interview*²⁹.

Traitement pharmacologique. Afin de déterminer la présence d'un traitement pharmacologique courant de la dépression, nous avons vérifié dans la liste des médicaments fournie par le pharmacien la présence d'un antidépresseur.

Traitement psychothérapeutique. Le recours à des traitements psychothérapeutiques a été évalué à l'aide d'un instrument utilisé dans le cadre de l'étude *Dialogue* qui s'inspire en partie de l'ESCC 1.2 et du questionnaire *Perceived need for care assessment (PNCQ)*³⁰. Cet instrument nous a permis de déterminer si la personne avait ou non reçu une thérapie d'orientation cognitive-comportementale dans le passé.

Déroulement de l'atelier. Le nombre de séances auxquelles ont assisté les participants ainsi que leur niveau de participation ont été comptabilisés par les animateurs. Les participants ont également rempli une brève évaluation du déroulement de chacune des séances immédiatement après celles-ci. Puis, ils ont été rencontrés en focus group une fois l'atelier terminé afin de donner leurs commentaires sur chacune des séances. Toutes les séances ont été enregistrées sur bandes vidéo. Nous avons sélectionné 25 % d'entre elles et un évaluateur indépendant a vérifié la conformité des activités réalisées avec le protocole prévu à l'aide d'une grille de conformité thérapeutique.

Satisfaction à l'égard de l'intervention. Un bref questionnaire d'appréciation a été rempli par les participants après chacune des séances. Le questionnaire évaluait l'utilité perçue des activités proposées, la qualité de l'animation ainsi que la quantité d'informations et de discussions au cours de la séance. À la fin de l'atelier, les participants ont également été rencontrés individuellement en entrevue et questionnés quant aux changements amenés par l'atelier, aux éléments les plus et les moins appréciés ainsi qu'aux façons d'améliorer l'accessibilité de l'atelier.

Le tableau 1 présente les instruments utilisés lors des différents temps de mesure de l'étude.

Tableau 1 – Instruments utilisés en fonction des temps de mesure

INSTRUMENTS	TEMPS DE MESURE			
	Avant l'atelier	Durant l'atelier	Après l'atelier	Suivi (4 mois plus tard)
Hamilton Rating Scale for Depression	X		X	X
Quick Inventory for Depressive Symptomatology	X		X	X
Morisky Medication Adherence Scale	X		X	X
Connaissances de la dépression	X		X	
Sentiment d'auto-efficacité	X		X	
Comportements d'autogestion	X		X	
Données sociodémographiques	X			
Comorbidités physiques et psychiatriques	X			
Traitement pharmacologique	X			
Traitement psychothérapeutique	X			
Évaluation de chaque séance (animateurs)		X		
Entrevue de groupe (animateurs)			X	
Évaluation de chaque séance (participants)		X		
Entrevue de satisfaction (participants)			X	

3.6 Procédure

Au cours du premier contact téléphonique, la coordonnatrice de recherche informait les participants potentiels des objectifs de l'étude et des principales étapes de son déroulement. Puis, elle procédait à une vérification sommaire de leur admissibilité : âge, capacité à parler français, grossesse ou accouchement récent, score au QIDS-C₁₆. Les personnes qui satisfaisaient ces critères d'inclusion initiaux étaient invitées à une évaluation en face à face d'une durée moyenne de 120 minutes, dans les deux semaines précédant le début de l'intervention. Lors de cette rencontre en face à face, les personnes devaient apporter avec elles la liste de leurs médicaments prescrits fournie par le pharmacien, afin de déterminer la prise d'antidépresseur et la présence de comorbidités physiques. Un formulaire de consentement libre et éclairé était lu et signé après que l'assistant de recherche ait répondu à toutes les questions. Puis, le SCID-I et le M.I.N.I. étaient administrés par des étudiants de 3^e cycle en psychologie afin de confirmer : 1) la présence d'un épisode de dépression majeure au cours des deux dernières années; 2) l'absence de trouble bipolaire; 3) l'absence de trouble psychotique. Le nombre d'épisodes antérieurs de dépression majeure était également investigué.

Quant aux personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude, elles étaient remerciées pour leur participation et informées qu'elles n'étaient pas éligibles à l'étude. Toutes les informations recueillies à leur sujet étaient détruites à l'exception de celles concernant leur âge, leur sexe et la raison de leur exclusion. Nous leur remettions une feuille avec les coordonnées de quelques ressources à consulter au besoin. Pour les personnes répondant à tous les critères d'inclusion à l'étude, nous procédions, lors de cette rencontre en face à face, à l'évaluation des variables sociodémographiques, des comorbidités psychiatriques et physiques, des connaissances au sujet de la dépression, du sentiment d'auto-efficacité, des comportements d'autogestion ainsi que des traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques courants et passés.

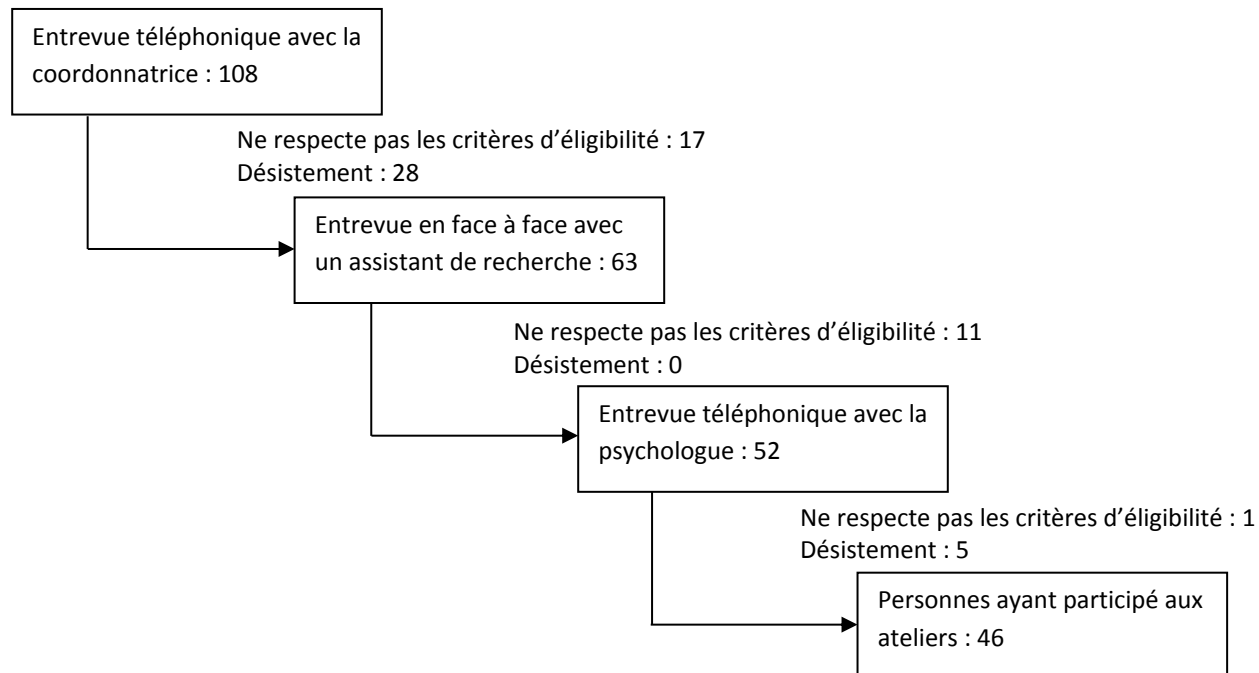
L'inclusion à l'étude était toutefois confirmée par l'obtention d'un score de 8 ou plus à la version de 17 items du *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD₁₇), administré au téléphone par une psychologue clinicienne indépendante qui ignorait les détails de la méthodologie de l'étude (dont l'absence de groupe témoin et la nature de l'intervention évaluée). Lors de l'entretien téléphonique, la psychologue clinicienne administrait aussi le QIDS-C₁₆ et le Morisky Medication Adherence Scale. Cet entretien téléphonique était d'une durée approximative de 45 minutes. Il était répété dans les deux semaines suivant la fin de l'atelier et quatre mois plus tard, soit environ six mois après l'entrée dans l'étude.

4. Caractéristiques des participants et taux de rétention

4.1 Recrutement des participants

La figure 1 présente le nombre de participants à chacune des étapes du recrutement. Au total, 108 personnes ont contacté la coordonnatrice de recherche. Parmi celles-ci, 29 ne respectaient pas au moins un des critères d'éligibilité et 33 se sont désistées durant les différentes étapes du recrutement. Les principales raisons de désistement étaient la non-disponibilité des participants aux dates prévues des ateliers, la difficulté à se rendre au lieu de l'atelier (proximité), le fait qu'il n'y avait pas de compensation financière ou encore le fait d'avoir déjà suivi l'atelier à Revivre. Au final, 46 personnes ont participé aux ateliers.

Figure 1. Suivi du recrutement des participants



4.2 Caractéristiques des participants

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des 46 participants à l'atelier. Les femmes sont plus fortement représentées que les hommes, et l'âge moyen des participants est de 47 ans (min. 27 ans, max. 76 ans). De façon générale, les différentes tranches d'âge sont bien représentées, sauf pour celle des moins de 30 ans qui ne compte qu'un seul participant. Plus de la moitié (54 %) des participants à l'étude ont un diplôme universitaire.

Au plan clinique, plus de trois participants sur quatre (83 %) prenaient des antidépresseurs au moment de leur entrée dans l'étude. En moyenne, les participants ont rapporté avoir vécu trois épisodes de dépression au cours de leur vie, et seulement une personne sur cinq (22 %) vivait son premier épisode au moment de l'atelier. En ce qui concerne leur niveau de symptomatologie dépressive au début de l'étude, un peu plus de la moitié des participants (57 %) présentaient une dépression légère ou modérée, alors que 43 % présentaient plutôt une dépression sévère ou très sévère. Finalement, on remarque que la plupart (83 %) des participants souffraient également de troubles anxieux ou de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues.

Tableau 2. Caractéristiques des participants (n = 46)

Caractéristiques	n (%)
Sexe féminin	30 (65 %)
Âge	
Moins de 30 ans	1 (2 %)
30-39 ans	12 (26 %)
40-49 ans	14 (30 %)
50-59 ans	14 (30 %)
60 ans et plus	5 (11 %)
Participants nés au Canada	41 (89 %)
Orientation hétérosexuelle	43 (94 %)
Niveau de scolarité	
Secondaire	4 (9 %)
Collégial	17 (37 %)
Universitaire	25 (54 %)
Participants vivant sous le seuil de pauvreté	9 (20 %)
Prise d'antidépresseur	38 (83 %)
Consultation en psychothérapie au cours des douze derniers mois	32 (70 %)
Premier épisode de dépression	10 (22 %)
Nombre moyen d'épisodes de dépression	3 (min. 1, max. 12)
Comorbidité avec un trouble anxieux	33 (72 %)
Comorbidité avec un trouble d'abus de substances	9 (20 %)
Niveau de symptomatologie dépressive au début de l'étude (HRSD)	
Dépression légère	4 (9 %)
Dépression modérée	22 (48 %)
Dépression sévère	14 (30 %)
Dépression très sévère	6 (13 %)

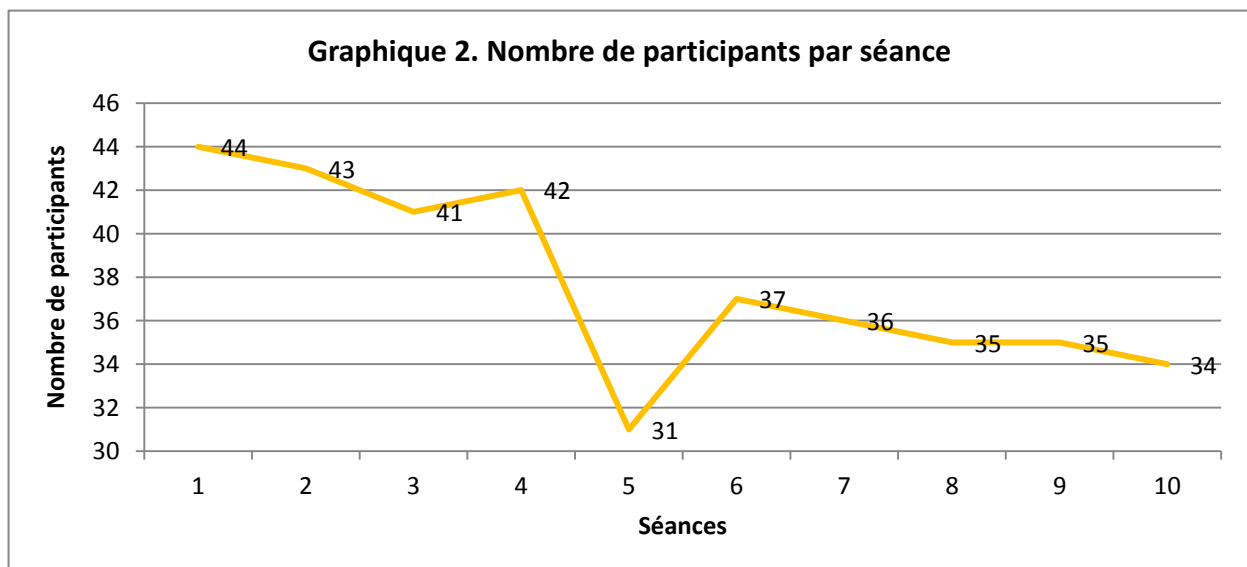
4.3 Présence et taux de rétention

Les 46 participants de l'atelier étaient regroupés en 4 groupes différents de 11 ou 12 personnes (voir tableau 3). Au total, huit personnes ont abandonné l'atelier avant la fin, dont cinq dans le groupe 3. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les personnes qui ont abandonné et celles qui ont persévéré sur le plan du sexe, de l'âge, de la scolarité, de la sévérité des symptômes à l'entrée dans l'étude, de la comorbidité psychopathologique, de la psychothérapie au cours de la dernière année, de la prise d'antidépresseur ou du nombre d'épisodes de dépression antérieurs.

Tableau 3. Nombre de participants par groupe et taux de rétention

Groupes	Nombre de participants inscrits à l'atelier	Nombre d'abandons en cours d'atelier	Taux de rétention	Nombre moyen de séances auxquelles ont assisté les participants
1	11	2	82 %	8.5
2	11	0	100 %	8.8
3	12	5	58 %	6.8
4	12	1	92 %	8.7
Total	46	8	83 %	8.2

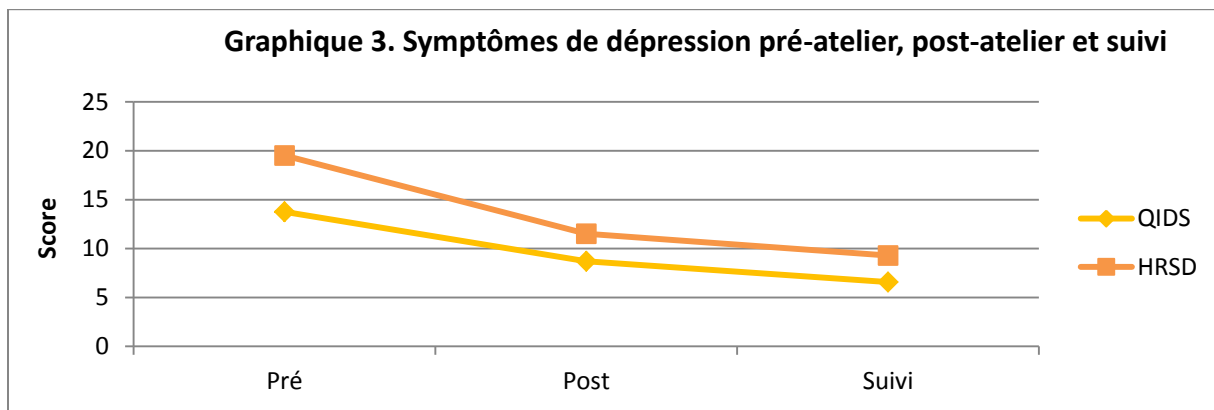
Le graphique 2 présente le nombre de participants pour chacune des séances. On remarque une chute du niveau de participation à mi-parcours, soit à la séance 5 intitulée « Trouver ses ancrages ». Par la suite, le nombre de participants remonte et se stabilise jusqu'à la séance 10.



5. Efficacité de l'intervention

5.1 Symptômes de dépression

Des analyses longitudinales (modèles linéaires à effets mixtes) indiquent que les symptômes de dépression des participants (tels que mesurés par le QIDS-C₁₆ et le HRSD) diminuent significativement suite à l'atelier. Il y a une forte diminution entre le début et la fin de l'atelier ce qui confirme la première hypothèse de notre étude. La diminution des symptômes se poursuit, mais de façon moins prononcée, jusqu'à quatre mois après la fin de l'atelier, confirmant ainsi notre seconde hypothèse. Le graphique 3 présente le score moyen de symptômes dépressifs avant l'atelier (pré), dans les deux semaines après (post) et quatre mois plus tard (suivi).



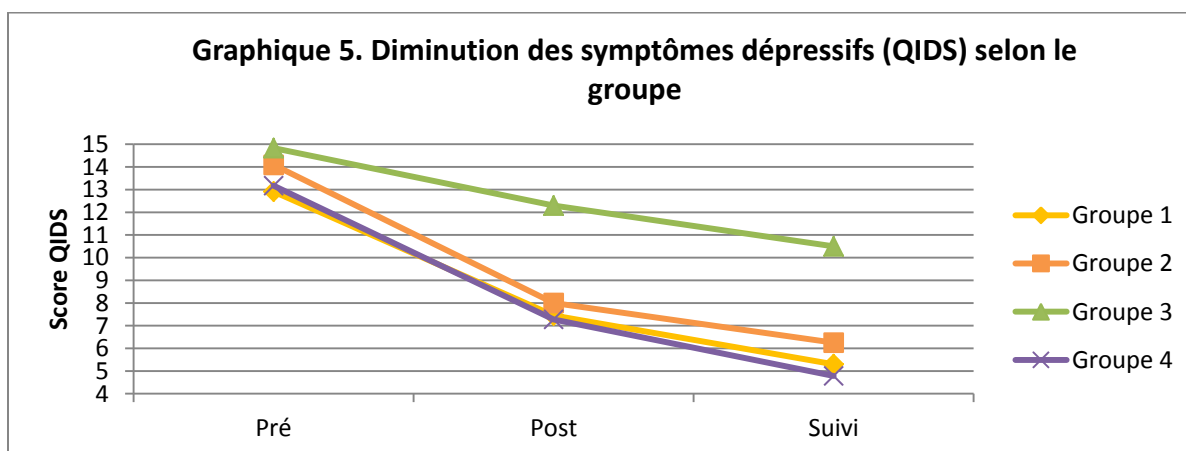
Ces résultats vont dans le même sens que les observations des participants qui ont rapporté de nombreux effets de l'atelier sur leurs symptômes de dépression. En ce sens, plusieurs se sont sentis **plus positifs, plus énergiques et heureux** suite à l'atelier. Certains ont également remarqué une amélioration de leur niveau de **concentration, de confiance en soi et de stress**.

Dans le fond, je me sens mieux. J'ai moins comme la grosse boule de cris et de pleurs dans mon cœur. J'ai plus d'énergie. (Participant 2-01)

Ça m'a fait un bien réel pour ce qui est de la confiance en soi. Peut-être juste de confirmer qu'il y a des choses qu'on faisait déjà qui étaient bien... on n'a tellement pas confiance en nous qu'on ne le sait pas qu'on le fait et qu'on fait quelque chose de bien. (Participant 3-13)

Moins de pensées sombres, beaucoup moins, presque plus de pensées sombres. Il fut un temps où j'avais des pensées suicidaires. Aujourd'hui, ça ne me vient plus du tout à l'esprit parce que je trouve que ça ne fait pas partie de la solution. (Participant 2-04)

La diminution des symptômes dépressifs n'est pas influencée significativement par l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu (ou le fait de vivre sous le seuil de pauvreté), la prise d'antidépresseur, la comorbidité psychiatrique, le nombre d'épisodes dépressifs et la participation à une thérapie cognitive-comportementale (TCC). Le nombre de séances auxquelles ont assisté les participants n'a pas d'impact significatif sur la diminution des symptômes dépressifs, mais l'ampleur de cette diminution varie selon le groupe. Bien que les participants des quatre groupes aient connu une diminution significative de leurs symptômes dépressifs, cette diminution est moins prononcée dans le cas du groupe 3 (graphique 5).



Aucune différence n'est observée entre les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des participants du groupe 3 comparativement à ceux des autres groupes. Ce groupe a cependant connu la plus forte attrition et les animateurs ont rapporté y avoir rencontré des difficultés particulières :

Dans le groupe 3, l'individuel prenait trop de place. Ils auraient eu besoin chacun d'un suivi individuel. L'individuel débordait toujours sur le groupe. Ils s'entraînaient dans le négatif. Il n'y avait pas de cohésion dans le groupe. Ils n'avaient pas d'empathie les uns pour les autres. Ils étaient pris dans leur situation. Ils parlaient juste à nous, les autres du groupe on dirait qu'ils n'existaient pas. Il y avait donc moins d'effets associés au groupe. (Animateurs)

Deux intervenantes du CSSS étaient présentes comme observatrices pendant l'atelier du groupe 3 et nous avons eu beaucoup de difficultés avec elles. Elles critiquaient ouvertement certains des outils présentés et leur attitude négative a posé problème tout le long de l'atelier. (Animateurs)

5.2 Sentiment d'auto-efficacité, comportements d'autogestion, connaissance de la dépression et adhérence au traitement

En ce qui concerne l'effet de l'atelier sur les variables médiatrices, on observe une amélioration statistiquement significative du sentiment d'auto-efficacité, des comportements d'autogestion et des connaissances des participants suite à l'atelier (voir tableau 4). L'atelier n'a toutefois pas eu l'effet escompté sur l'adhésion au traitement, laquelle était déjà élevée à l'entrée dans l'étude. En outre, nos analyses ne permettent pas de confirmer notre hypothèse selon laquelle l'atelier a un impact sur les symptômes dépressifs en agissant sur ces variables médiatrices. Tous ces éléments évoluent positivement, sans qu'il soit possible de révéler l'influence de l'un sur l'autre.

Tableau 4. Connaissances de la dépression, comportements d'autogestion, sentiment d'auto-efficacité et d'adhésion au traitement par antidépresseur selon le temps (/10).

	Pré-atelier	Post-atelier
Connaissances de la dépression	7,50	8,24
Comportements d'autogestion	6,27	7,58
Sentiment d'auto-efficacité	5,54	6,79
Adhésion au traitement (/8)	6,43	6,80

Certains des commentaires des animateurs et des participants vont dans le même sens que ces résultats. Tout d'abord, en ce qui concerne le **sentiment d'auto-efficacité**, suite à l'atelier les participants ont mentionné se sentir plus outillés et plus confiants pour faire face à un prochain épisode de dépression.

Ça me donne de la sécurité. Je suis plus sûre de ce que je savais, j'en suis plus certaine. Donc, je trouve que j'ai de mieux en mieux le contrôle. (Participant 2-05)

Je me sens, capable d'identifier mes comportements qui peuvent mener à la dépression. Je sens que ce que j'ai appris, je vais être capable de le répéter dans ma vie, peut-être pas nécessairement parfaitement, mais que j'ai des outils pour y arriver. (Participant 4-04)

Également, concernant les **comportements d'autogestion**, les animateurs ont remarqué que les participants posaient des gestes concrets suite à la participation aux séances de l'atelier. De nombreux

comportements d'autogestion ont été mentionnés par les participants lors de l'entrevue qualitative suivant la fin de l'atelier (ex. : **faire plus d'activités agréables, avoir une meilleure hygiène de vie, modifier son discours intérieur** (autocritique, rumination, filtre), **rechercher plus de contacts sociaux, reconnaître et suivre les signes avant-coureurs...**).

[...] au niveau des discours intérieurs, j'en prends plus facilement conscience. Je suis quelqu'un de perfectionniste donc j'avais tendance à être dur envers moi-même... Je n'y échappe pas absolument, mais je vous dirais que ça a changé dramatiquement. Je le fais beaucoup moins souvent et quand je le fais je m'en rends compte... (Participant 1-16)

Ça m'a appris à reconnaître les signes, et puis à faire un bilan de tous les jours de mon humeur. Et puis aussi d'avoir des moyens, des outils, là, pour essayer de combattre tout ça. (Participant 3-03)

S'accorder du temps pour se faire plaisir. Oui, je le faisais moins avant et surtout dans les dernières années, c'était plus dur à y parvenir. Et là, bien, avec le groupe, ça a été une occasion de mettre ça en lumière et de me trouver des occasions de prendre soin de moi que ce soit d'aller prendre une marche, prendre un bon verre de vin... (Participant 4-03)

J'essaie de sortir, de faire une activité sociale même si ce n'est pas une activité tranquille, mais au moins une fois par semaine de sortir souper avec quelqu'un pour me changer les idées ou aller voir ma famille. (Participant 3-18)

Les changements étaient au niveau physique, ils passaient à l'action; changement de travail ou juste commencer à se maquiller, changer leur apparence. Ils agissaient, ils prenaient des risques. Ils parlaient à leurs proches, ils nommaient leurs besoins. (Animateurs)

Finalement, plusieurs participants ont noté que l'atelier avait contribué à augmenter **leur connaissance de la dépression**.

Il y a beaucoup de choses que je ne comprenais pas sur la dépression et c'est ça que j'ai aimé. C'est que ce n'est pas juste des outils pour nous aider dans notre dépression, mais en même temps, un atelier de groupe comme ça, bien, ça m'a aidé aussi à comprendre la dépression. Pas juste par ce que vous donnez comme formation, mais aussi à cause des gens qui sont là et leur façon à eux de réagir. (Participant 3-13)

Concrètement, ça a établi la dépression de A à Z, comment on y tombe et comment on s'en sort, avec tous les moyens possibles. (Participant 4-09)

5.3 Autres effets de l'atelier

Certains effets n'ayant pas été mesurés au plan quantitatif ont néanmoins été mentionnés par les participants. Notamment, le fait que de se rendre aux ateliers leur permettait de **structurer leur semaine, les obligeait à être actif, les empêchait de ruminer et les amenait à réfléchir sur eux-mêmes**.

Ça m'a fait prendre un temps d'arrêt une fois par semaine. J'ai aimé ça... c'était intéressant parce que ça m'a permis de prendre du temps pour moi, ce qui n'est pas si évident non plus. Et voir que c'est essentiel. (Participant 4-11)

Et donc, à faire un exercice structuré tout ce temps-là, on a l'attention qui est dirigée sur quelque chose qui nous empêche de ruminer, ce qui est une partie importante de la dépression, là, la dévalorisation autour de la rumination. (Participant 2-09)

Moi, j'ai bien apprécié ça, le fait que ça soit toujours la même journée, à la même heure, ça crée une routine, ce que les gens en dépression des fois ont besoin. (Participant 4-14)

Quelques participants ont mentionné lors de l'entrevue individuelle que l'atelier leur avait permis **d'accepter davantage leur maladie**, d'avoir moins honte de souffrir de dépression. Les animateurs ont aussi remarqué que ces derniers semblaient plus indulgents par rapport à eux-mêmes et à leur maladie.

C'est d'accepter que la dépression c'est une maladie et que ça se guérit. Ce n'est pas une honte que de reconnaître que nous sommes en période dépressive, que nous sommes dans un état dépressif... Donc, au niveau de mon acceptation de ma situation, la participation à l'atelier, la lecture de la littérature offerte m'a beaucoup aidé à accepter cette situation. (Participant 2-04)

M'accepter plus, ressentir moins de culpabilité aussi. Parce qu'en acceptant que c'est comme ça, en acceptant la maladie, après ça, on est moins dur envers nous-mêmes. Faque c'est plus facile à accepter. (Participant 2-14)

Ils étaient plus indulgents, ils ont une conscience plus douce envers eux et par rapport à leur maladie. Ce qu'ils ont ressorti de l'atelier, et le groupe 4 l'a mentionné, c'est l'indulgence. (Animateurs)

6. Déroulement de l'atelier

Quatre dimensions de l'atelier ont été examinées de manière plus spécifique lors des entrevues qualitatives effectuées auprès des participants et des animateurs : 1) le format ; 2) le contenu ; 3) le groupe ; 4) l'animation.

6.1 Format

Résumé de l'appréciation du format de l'atelier

Forces

- L'alternance théorie, discussion et exercice pratique
- La structure de l'atelier

Aspects à surveiller ou à améliorer

- Les échanges en sous-groupe
- Le retour concernant les devoirs, les exercices et les semaines précédentes
- La quantité de contenu
- L'absence de suivi individuel
- L'absence de rencontre de suivi après la fin de l'atelier

Forces

Les participants et les animateurs ont apprécié la formule permettant **d'alterner la théorie, la pratique et les discussions**. Ils ont également mentionné que l'atelier **était bien structuré**.

La structure était intéressante, il y avait tout le temps du contenu, quelque chose de très pragmatique, très terre-à-terre, très concret. Il y a toujours de la discussion. C'est une bonne formule. (Animateurs)

Je trouvais que c'était bien équilibré côté un peu plus échanges, ensuite un peu plus d'informations, après, un petit devoir, après ça, ils changent. (Participant 4-02)

On avait comme un plan à suivre avec les fascicules. Faque ça nous dirigeait un peu dans nos échanges, faqu'il n'y avait pas de débordements... (Participant 2-11)

Aspects à surveiller ou à améliorer

Les échanges en sous-groupe ont suscité des avis contradictoires chez les participants, certains rapportaient avoir particulièrement aimé ce type d'échange, alors que d'autres préféraient demeurer en grand groupe.

C'est quand on faisait nos petits cocus, qu'on travaillait en équipe là. Ça, j'aimais ça... Parce que là au moins on pouvait se donner des petits trucs, des affaires comme ça. (Participant 3-01)

Ça me gênait moins toute la table que deux ou trois personnes. Je ne sais pas pourquoi. Deux ou trois personnes c'est plus intime... on dirait que... quand ils nous disaient qu'on formerait des petits groupes de 2-3 il y a des gens qui disaient « Oh non, on continue avec toute la table ». (Participant 1-01)

Les participants ont aussi particulièrement apprécié les **retours que faisaient les animateurs sur les semaines précédentes**. Par ailleurs, certains ont mentionné qu'ils auraient aimé un **suivi plus serré concernant les devoirs et les exercices** faits à la maison (ex. : calendrier de l'humeur, lectures).

Au début, je croyais que c'était inutile qu'on revienne sur la semaine d'avant. Par contre, je vous dirais que l'éclaircissement, souvent, de certains sujets se faisait pendant cette heure-là ou cette demi-heure-là. Ça, j'ai trouvé ça très pertinent, très utile... (Participant 3-13)

[...] finalement, on a découvert à la fin qu'on était seulement deux à avoir fait l'agenda de l'humeur, mais je pense que, si on avait fait un retour pendant l'atelier, peut-être à toutes les deux semaines, sur le fait de faire ça ou de compléter ça, ça aurait été stimulant. (Participant 2-09)

J'ajouterais que, personnellement, un retour sur les contenus de lecture d'une façon plus structurée serait aussi avantageux, mais je pense que ce qui s'est passé c'est qu'il n'y avait pas beaucoup de monde qui lisait les textes... (Participant 2-09)

En ce qui concerne la **logistique de l'atelier**, le lieu et l'horaire ont été bien appréciés par certains participants. Par ailleurs, d'autres auraient été plus à l'aise avec un horaire de jour.

Le soir de même c'est parfait parce que les gens qui travaillent peuvent venir. Il y en a plusieurs qui travaillaient. (Participant 2-02)

[...] c'est qu'à chaque atelier, bon, on était vraiment confortable, tout le groupe, une table en long... Et d'avoir de l'eau à boire, du café à boire aussi. Je trouve que ça a été une belle initiative de leur part de penser à ça. (Participant 4-03)

Moi j'ai déjà dit aux animateurs que je ne pouvais pas veiller plus tard que... moi, si ça avait été pendant le jour, j'aurais été plus efficace que le soir, mais ça dépend des personnes.

Et, la seule chose que j'ai détestée à mort, là, c'est que c'était le soir. Je ne sors pas le soir, je déteste ça et j'ai de la misère. J'ai lâché à cause de ça... j'avais déjà de la misère à me contrôler le jour pour être capable de sortir... (Participant 3-01)

Certains participants, surtout du groupe 1, ont mentionné que les **séances étaient chargées en termes de contenu et de discussions**. Toutefois, les animateurs nous ont révélé qu'ils se sentaient plus

confortables quant au fait de mieux équilibrer les périodes d'échange et de diffusion des informations au fil de leurs expériences successives d'animation.

Je veux dire que si tu as douze personnes, quand même que tu as 4 heures, y va toujours en avoir 2 ou 3 qui ne parleront jamais. Si tu réduis ça à six personnes, tu fais deux groupes... je pense que les gens vont s'ouvrir plus. (Participant 1-07)

[...] on peut commencer avec 15 personnes pour la première heure et... il y avait deux intervenants..., mais après peut-être qu'au niveau des discussions on peut se séparer ou je ne le sais pas, mais c'est sûr que ça fait chargé sinon. (Participant 1-09)

[...] on trouvait que ça finissait court et des fois... peut-être que la matière était tellement chargée qu'il aurait fallu qu'on ait un ou deux ateliers de plus pour espacer la matière et vraiment avoir le temps d'échanger sur le sujet, et non de dire : « Il y a tant de matière et vite il faut échanger sur... ». (Participant 1-05)

Qui plus est, plusieurs participants auraient aimé avoir un peu plus de soutien durant l'atelier sous forme de **suivi individuel**, ou encore après l'atelier sous forme de **rencontres de suivi supplémentaires** avec le groupe.

Combiner ça avec un suivi plus individuel. Je trouve que ça pourrait être bon, là, parce qu'on n'a pas tous les mêmes problèmes... Il y en a que ça pourrait être bénéfique... que quelqu'un pose un regard sur la personne au niveau individuel. (Participant 2-14)

Moi, j'aurais aimé ça qu'il y ait une deuxième partie, peut-être pas à toutes les semaines, mais peut-être une fois par mois, tu sais une continuité. Je trouvais ça dur le fait que c'était à toutes les semaines et tout à coup tout est fini... et là on n'y va plus et ça me fait peur. (Participant 1-09)

Oui, des séances de suivi avec le groupe au complet pour savoir comment les gens ont appliqué les outils, parce qu'après on part et on est laissé à nous-mêmes. (Participant 2-01)

Les participants du groupe 2 ont même pris l'initiative personnelle d'organiser des rencontres plus informelles entre eux après la fin de l'atelier.

Bien, on a fait une affaire, nous autres, parce qu'on n'était pas prêts à se quitter. Parce que ça finit brut. Bon, 10 séances, on vit plein d'affaires, on met nos tripes sur la table et tout à coup Paf! Ça finit. On n'a pas été capable. Fait que de notre propre initiative on a décidé de se rencontrer assez régulièrement à quelque part sans les animatrices. (Participant 2-11)

6.2 Contenu

Résumé de l'appréciation du contenu

Forces

- Fascicules et lectures suggérées
- Outils, trucs et références donnés durant l'atelier

Aspects à surveiller ou à améliorer

- Boîte à outils et calendrier de l'humeur
- Messages-clés
- Nouveaux thèmes à aborder

Forces

Les participants ont beaucoup apprécié les **fascicules**, qu'ils peuvent conserver et auxquels ils peuvent se référer au besoin une fois l'atelier terminé. Certains auraient même aimé qu'ils soient en format numérique pour en faciliter l'accès, alors que d'autres suggéraient l'ajout de lectures supplémentaires. Les animateurs ont également remarqué que **les lectures étaient bien appréciées** des participants.

Je vais continuer à regarder mes cahiers et mes fascicules de mes dix ateliers. Je vais reprendre la révision de tout ça du premier au dernier fascicule. C'est un suivi régulier que je compte faire. Ce n'est pas terminé pour moi les ateliers. (Participant 1-04)

Les cahiers pourraient avoir quasiment une annexe, là, ou quelque chose de plus élaboré. Parce que, là, il y a comme une petite lecture à la fin qui est intéressante. Bien, ça, ça pourrait être rallongé et ça ferait plaisir. (Participant 2-10)

Les fascicules sont bien faits, sont clairs, ils veulent les relire. Ça sécurise. (Animateurs)

En général, les lectures suggérées étaient pas mal tout le temps très pertinentes et les gens les faisaient et posaient des questions par rapport à ça la semaine d'après. On sentait qu'il y avait un intérêt pour les lectures. (Animateurs)

Les outils, les trucs et les références transmis lors de l'atelier ont aussi été très appréciés par les participants. Ces éléments ont fréquemment été alimentés par les participants eux-mêmes qui ont été très généreux à partager leurs ressources personnelles. Le fascicule pourrait être bonifié avec ces nouvelles informations.

[...] les trucs dans la formation qu'ils donnent, ils sont excellents parce que, moi, ça m'a pris cinq ans trouver tous ces trucs-là que eux donnent en l'espace de 10 semaines. Ça demande bien des efforts et quand tu es en dépression, bien, tu n'as pas nécessairement la capacité de faire autant de recherche. (Participant 3-13)

Ils nous ont aussi donné des listes où aller suivre des psychothérapies qui étaient selon les revenus. Les autres participants aussi ont amené des choses, des documents... Nous avons mis en commun des ressources et je sais aussi qu'à Revivre ils donnent d'autres ateliers. Ce côté information ç'a été très utile. (Participant 1-14)

Aspects à surveiller ou à améliorer

Le calendrier de l'humeur et la boîte à outils ont été appréciés par les participants, mais certains omettaient de les utiliser sur une base régulière.

Oui, le journal de bord, je ne sais pas, mais il y a quelque chose qui fait que... les gens n'ont pas embarqué vraiment là-dedans, donc ça pourrait être amélioré, mais je sais qu'il y a une personne qui l'a fait de façon régulière, mais d'autres le faisaient mentalement. (Participant 1-14)

Oui, mais ce que je n'ai pas fait, et ce n'est pas uniquement pour une question de disponibilité et de temps, c'est le calendrier de l'humeur. J'ai été fasciné par cela. Je le fais à ma manière... Je ne faisais pas ça de manière quotidienne, je faisais ça d'une manière hebdomadaire. (Participant 2-04)

Ils n'utilisent pas la boîte à outils, ils ne la ramènent pas, ça ne fonctionne pas. Ils utilisent seulement l'agenda de l'humeur. Peut-être qu'il faudrait leur demander systématiquement de la ramener à chaque semaine pour qu'ils pensent à l'utiliser. (Animateurs)

Les **messages clés** ne semblent pas avoir marqué les participants. Un seul a mentionné les avoir appréciés lors des entrevues individuelles post-atelier. Qui plus est, selon les animateurs, les messages clés étaient plus utiles et prenaient tous leur sens à la séance 10 plutôt que lors de chaque séance prise individuellement.

Les gens ne voyaient pas l'importance des messages-clés parce que ce n'est pas une notion de l'atelier. Ce n'est pas quelque chose qu'ils retenaient. Les messages-clés ont plus servi à la dixième semaine. C'était trop proximal à la fin de chaque semaine parce qu'on vient d'en parler. (Animateurs)

Les participants ont nommé quelques **nouveaux thèmes** qu'ils auraient aimé aborder durant l'atelier :

- Médication (effets secondaires et danger de l'automédication)
- Impact de la dépression sur la sexualité
- Les causes de la dépression
- Les étapes du deuil (ex. : lors d'une peine d'amour)
- Vivre le moment présent, ne pas anticiper les événements

Un participant a aussi mentionné qu'il serait intéressant que chacun se donne un ou des objectifs à atteindre durant l'atelier et que l'on fasse régulièrement le suivi de ces objectifs jusqu'à la dernière séance.

J'ai participé à un autre groupe et on revenait sur des objectifs qu'on se donnait à une certaine semaine. C'est sûr que c'était des objectifs facilement atteignables, mais de voir le progrès, d'avoir comme un suivi sur le cheminement. Ça, je trouve que des fois ça peut avoir un aspect positif. (Participant 4-04)

6.3 Groupe

Résumé de l'appréciation du groupe

Forces

- Brise l'isolement
- Possibilité de partager son vécu
- Entraide au sein du groupe
- Encourageant de voir les effets positifs de l'atelier sur les autres participants
- Hétérogénéité des participants

Aspect à surveiller

- Expérience antérieure des participants

Forces

Les animateurs et presque tous les participants ont mentionné que l'effet du groupe était un des éléments les plus appréciés de l'atelier. En plus, de permettre aux participants de **se sentir moins seuls dans leur situation, ils ont pu partager, ventiler leur vécu sans se sentir jugés et également profiter du partage et des trucs des autres.**

Juste de voir que beaucoup de gens traversent la même chose ou quelque chose de semblable, on se sent moins seul et ça va rester ça. (Participant 1-01)

On ne se jugeait pas entre nous autres. On pouvait être libre de s'exprimer en toute sincérité. (Participant 1-02)

On vit tous de la dépression, on sait tous comment ça fait mal et... je voyais que les gens voulaient m'aider et moi aussi, ce que j'avais appris face à de nombreuses années en dépression, les trucs qui marchaient, bien, j'étais heureuse de leur offrir... C'était vraiment de l'entraide, ça faisait du bien d'être soutenue et de se sentir aussi soutenue par le groupe. (Participant 3-12)

Les participants ont aimé l'effet de groupe. Ils ont apprécié le partage, l'indulgence de chacun. Et ça les normalisait de voir qu'ils n'étaient pas seuls à vivre ça et de se reconnaître dans ce que les autres participants disent. (Animateurs)

Enfin, il était aussi encourageant pour les participants de voir **les effets positifs de l'atelier sur les autres participants.**

Quand on voit des gens aller mieux bien, on le sait que ça marche. Même si, mettons, avec une personne, ça ne marche pas, bien si on en voit 3 autres que ça marche, bien, c'est ça qui est encourageant. (Participant 3-13)

Pour certains participants, le fait que les **groupes soient hétérogènes** a été un élément positif qui a permis d'enrichir les discussions et les réflexions.

Je dirais aussi le fait qu'on soit hommes et femmes, qu'il y a différentes tranches d'âges aussi parce que tu voyais les personnes qui étaient à leur retraite et les plus jeunes comme moi, ceux qui avaient famille et ceux qui n'en avaient pas, ça aussi ça jouait dans la mentalité, dans les activités, dans tout. (Participant 1-05)

C'était enrichissant parce que, puisque les gens étaient variés, chacun vivait les choses selon une certaine perception et des fois ça te fait remettre en question ta propre façon de voir les choses. (Participant 2-08)

Aspect à surveiller

Pour certains participants, l'atelier s'adresserait davantage à des **gens qui possèdent moins d'expérience avec la dépression.**

...moi c'est ma cinquième et peut-être sixième dépression et ça fait seize ans que je consulte en psychothérapie individuelle et... comme je te disais tantôt, intellectuellement j'ai rien appris et je savais tout ce qu'il y avait dans les petits livres, mais j'apprécie l'effort et j'ai trouvé ça intéressant... J'avais l'impression que c'était plutôt au niveau débutant. Je parle au niveau des participants et pas au niveau de la direction du groupe, l'animation du groupe. (Participant 1-07)

Peut-être que c'est plus utile d'offrir quelque chose comme ça au début. Quand on va au C.L.S.C. au début et qu'on met notre nom sur la liste d'attente, bien ça, ça serait quelque chose d'intéressant à faire en attendant. De l'offrir plus pour les gens qui sont envoyés au centre de crise ou en détresse, tout de suite. Pas nécessairement à offrir plus tard, parce qu'à un moment donné c'est sûr qu'on finit par avoir fait pas mal le tour et d'avoir appris pas mal ces choses-là déjà. (Participant 4-15)

6.4 Animation

Résumé de l'appréciation de l'animation

Forces

- Écoute, empathie, sensibilité et ouverture d'esprit
- Capacité à mettre les participants à l'aise et à créer une ambiance chaleureuse
- Respect et professionnalisme
- Clarté des explications et pertinence des interventions
- Co-animation

Aspect à surveiller ou à améliorer

- Gestion des périodes de discussion

Forces

Presque tous les participants ont spontanément indiqué que les animateurs étaient un des éléments les plus appréciés de l'atelier. Leur **écoute**, leur **empathie** et leur **ouverture d'esprit** ont su mettre à l'aise les participants et créer une **ambiance légère et chaleureuse** malgré la lourdeur de certains sujets.

[...] je dirais que l'accueil des deux animateurs a été extrêmement utile et important dans le sens que je leur ai fait confiance dès le départ et je me suis ouvert. (Participant 1-07)

Je dirais, dans un premier temps, l'attitude, je les appellerais les animatrices-là, était intéressante. Elles étaient... elles avaient la bonne méthode pour induire de la légèreté à travers les préoccupations. (Participant 2-09)

Avec une écoute extraordinaire, ce qui leur permettait d'être tellement justes quand ils décidaient de récupérer un peu ce qui avait été dit. (Participant 4-07).

Ils ont été perçus comme étant très **respectueux**, **professionnels** et **passionnés** par leur travail. Les participants ont bien apprécié la **clarté des explications** fournies sur le contenu ainsi que leur façon de reprendre les **éléments pertinents** de chaque discussion et d'en faire du sens.

[...] je n'avais pas l'impression de me faire donner un cours par deux fonctionnaires, on avait vraiment l'impression qu'elles aimaient leur travail et qu'elles étaient vraiment là pour nous outiller et nous aider. (Participant 3-15)

Les synthèses que faisaient les animatrices, là, après une discussion. Je buvais leurs paroles et j'en retenais beaucoup parce que durant la semaine ça se continuait dans ma tête. Ensuite, dans nos expressions, elles décelaient vraiment le sens de ce qu'on voulait dire. Même si des fois on était gauche, elles, elles le voyaient. (Participant 2-02)

[...] toutes les précisions, les clarifications, les ajouts, les explications que les moniteurs ont été capables d'apporter, ça aussi c'est un gros plus. Je te dirais même que c'est aussi important que si c'était écrit dans les bouquins. (Participant 1-06)

Des fois c'est juste de remettre en mots ce que quelqu'un a dit. Et ça, tu peux le faire avec une belle présence et une belle écoute et non avec des connaissances. Ça demande une présence sincère. (Animateurs)

La **co-animation** est également un point qui a été apprécié autant par les animateurs que par les participants. Cette façon de faire permet aux animateurs de se donner une rétroaction mutuelle afin de

s'améliorer de façon continue. Également, cela permet de gérer plus facilement des situations problématiques dans le groupe (ex. : si un participant doit être pris à part). Finalement, une bonne chimie entre les deux animateurs peut contribuer à l'ambiance générale du groupe.

Le fait qu'il y ait deux animateurs, ce qui était bien c'est qu'un maîtrisait plus un sujet que l'autre et ils pouvaient jouer un peu sur ça. Je pense aussi qu'un seul animateur, ça aurait été trop impersonnel, parce qu'en ayant deux animateurs c'était intéressant de voir la dynamique des deux vis-à-vis le groupe. (Participant 1-05)

Spontanément, la co-animation. Ça, c'est un point fort. Il faut qu'on aille un feedback de nos coéquipiers pour faire une bonne job. Il faut être deux. On a eu des expériences aussi où il faut prendre quelqu'un à part, donc ça aidait d'être deux. On se sentait plus solides à deux. Pouvoir échanger et discuter. Ça enrichit les discussions et ça rend ça plus fluide. (Animateurs)

Aspect à surveiller ou à améliorer

Le seul point à améliorer mentionné par les participants en matière d'animation concerne **la gestion des discussions de groupe**. En effet, pour plusieurs participants, le fait que certains s'étendent trop ou encore discutent de sujets non pertinents a été un irritant.

Et, il y en a d'autres qui prennent tellement de place qu'à un moment donné, ils ne sont même plus dans ce qu'on parle. Ils sont rendus ailleurs et on les laisse aller pareil. Et, à un moment donné, je trouve qu'on perd notre temps. Et que ça serait plus rentable de faire arrêter ces personnes-là qui n'arrêtent plus de parler et d'aller chercher celles qui parlent moins. (Participant 3-12)

Je peux te dire, honnêtement pendant la première séance qu'on a eue, j'ai pensé fortement abandonner. La raison de ça c'est que... certaines interventions... qui débordaient vraiment le cadre de l'atelier... Moi, je ne suis pas allé là pour entendre les problèmes des autres ou les autres qui parlent de d'autres personnes qu'ils connaissent et qui ne sont pas là. En tout cas, certaines interventions ont été pénibles pour moi. J'ai respecté, mais pour moi c'était comme s'ils me faisaient perdre mon temps d'une certaine façon... parce qu'il y avait quand même beaucoup de matière à couvrir... (Participant 1-06)

7. Discussion

Les résultats de cette étude pilote montrent que les participants de l'Atelier d'autogestion de la dépression (AAD) de Revivre possèdent significativement plus de connaissances sur la dépression, se sentent davantage confiants en leurs habiletés à surmonter un épisode de dépression et à prévenir les rechutes et rapportent adopter davantage de comportements d'autogestion après l'atelier qu'avant celui-ci. En outre, leurs symptômes de dépression se sont significativement améliorés suite à leur participation à l'AAD et cette amélioration persiste quatre mois plus tard. En l'absence d'un groupe contrôle, il reste néanmoins impossible d'attribuer avec certitude ces effets au programme. Il est toujours possible que le simple passage du temps ou encore le processus de recherche (participation à une entrevue en face à face et à cinq entrevues téléphoniques) aient contribué à la diminution des symptômes. Cependant, les entretiens qualitatifs tendent à appuyer l'efficacité de l'AAD. En effet, les participants ont directement attribué à leur participation au programme plusieurs changements

importants, tant au plan de la symptomatologie dépressive que des connaissances, des attitudes et des comportements.

D'autre part, l'AAD est une intervention qui est très appréciée par les participants. Ces derniers ont fait preuve d'assiduité tout au long du programme. À l'exception d'un groupe, le taux de rétention est supérieur à 82% et les participants ont assisté, en moyenne, à plus de 8 séances sur les 10 proposées. Parmi les aspects les plus appréciés du programme, on retrouve l'effet positif du groupe, qui a permis aux participants de briser leur isolement, de s'entraider et de s'encourager mutuellement. Les qualités d'écoute, d'empathie et d'ouverture des co-animateurs, ainsi que leur capacité à installer une ambiance chaleureuse dans le groupe ont été également soulignées par plusieurs participants comme l'une des forces du programme. Enfin, l'alternance entre la théorie, la pratique et les discussions de groupe a également été grandement appréciée, de même que la qualité des fascicules remis à chaque semaine et que les participants pouvaient conserver après la fin du programme. En ce qui concerne les aspects à améliorer, notons la difficulté à gérer parfois les tours de parole lors des discussions en grand groupe. Certains participants auraient également souhaité pouvoir bénéficier d'une rencontre de suivi après la fin de l'atelier. Il est d'ailleurs fréquent qu'au terme de telles interventions de groupe, des rencontres supplémentaires de type «booster sessions» soient offertes aux participants afin de consolider leurs acquis et d'approfondir certains aspects au besoin.

Par ailleurs, on ne peut négliger l'importance de la sélection des participants. Dans le cadre de l'étude, ils se sont tous prêtés à un processus exigeant de sélection, afin de confirmer notamment la présence d'un épisode de dépression majeure au cours des deux années précédentes et d'une symptomatologie dépressive supérieure à un seuil clinique préétabli. Dans un contexte plus naturel, il serait judicieux d'implanter un mécanisme d'évaluation et de sélection des participants, afin de s'assurer que les objectifs poursuivis par l'atelier répondent bien à leurs besoins et qu'ils ont le désir de s'investir dans une démarche de groupe de dix semaines.

En conclusion, l'Atelier d'autogestion de la dépression de Revivre est une intervention de groupe prometteuse pouvant être offerte en première ou deuxième ligne par des intervenants adéquatement formés. Il est destiné aux personnes souffrant de dépression majeure qui vivent un premier épisode ou qui ont déjà connu quelques rechutes. La qualité de la co-animation est cruciale au succès d'un tel programme, tout comme l'instauration d'un climat d'entraide et de respect mutuel entre les participants.

8. Références

1. Patten SB, Wang JL, Williams JV et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006;51:84-90. En ligne: <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/february/patten-OR.asp>.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11) :e442. [doi:10.1371/journal.pmed.0030442](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442).
3. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 2004;26(1): 13-17. [doi:10.1016/j.genhosppsych.2003.07.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.07.004).
4. Ten Doesschate MC, et al. Health related quality of life in recurrent depression: A comparison with a general population sample. *Journal of Affective Disorders* 2010;120: 126-132. [doi:10.1016/j.jad.2009.04.026](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.026).
5. Katon W. The impact of depression on workplace functioning and disability costs. *American Journal Managed Care* 2009;15:S322-S327.
6. Kalsekar ID, Madhavan SM, Amonkar MM, Scott V, Douglas SM, Makela E. The effect of depression on health care utilization and costs in patients with type 2 diabetes. *Managed Care Interface* 2006;19(3):39-46.
7. Slomp M, Jacobs P, Ohimaa A, et al. The distribution of mental health service costs for depression in Alberta population. *Canadian Journal of Psychiatry* 2012;57:564-569. En ligne : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1361>.
8. Hardeveld F., Spijker J, De Graaf R et al. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010;122:184-191. [doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x).
9. Holm AL, Severinsson E. Chronic care model for the management of depression: synthesis of barriers to and facilitators of success. *International Journal of Mental Health Nursing* 2012;21:513-523. [doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00827.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00827.x).
10. Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007;52:77-85. En ligne : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=324>.
11. Barlow J, Wright C, Janice S, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 2002;48:177-187. [doi:10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0).
12. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26:1-7. [doi:10.1207/S15324796ABM2601_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01).
13. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal : Centre de recherche du CHUM; 2012. En ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtocolSoinsInterv1reLigne.pdf.
14. Houle J, Gascon Depatie M, Bélanger Dumontier G, Cardinal C. Depression self-management support: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 2013;91(3):271-279. [doi:10.1016/j.pec.2013.01.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.012).

15. Rounsaville BJ, Carroll KM, Onken LS. A stage model of behavioural therapies research: Getting started and moving on from stage 1. *American Psychological Association* 2001;8:133-142. [doi:10.1093/clipsy.8.2.133](https://doi.org/10.1093/clipsy.8.2.133).
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1996.
17. Rush AJ, Carmody T, Reimitz PE. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000;9:45-59. [doi:10.1002/mpr.79](https://doi.org/10.1002/mpr.79).
18. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62. En ligne : <http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56.long>.
19. American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures (2000) Handbook of psychiatric measures. Washington (D. C.): American Psychiatric Association. 820 p.
20. Trajovic G, Starcevic V, Latas M, et al. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression : A meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Research* 2011;189:1-9. [doi:10.1016/j.psychres.2010.12.007](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.007).
21. Morriss R, Leese M, Chatwin J, et al. Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. *J Affect Disord* 2008;111;204-213. [doi:10.1016/j.jad.2008.02.013](https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.013).
22. Trivedi MH, Rush JA, Ibrahim HM et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 2004;34:73-82. [doi:10.1017/S0033291703001107](https://doi.org/10.1017/S0033291703001107).
23. Rush JA, Trivedi MH, Ibrahim HM et al. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SF) : A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54 :573-583. En ligne : http://ac.els-cdn.com/S0006322302018668/1-s2.0-S0006322302018668-main.pdf?_tid=f4c2c110-11cf-11e4-ac03-00000aab0f26&acdnat=1406054739_7fd2769b6283a21aa93575b071b951c0.
24. Bernstein IH, Rush JA, Carmody TJ, Woo A, Trivedi MH. Clinical vs self-report versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in a public sector sample. *J Psychiatr Res* 2007;41:239-246. [doi:10.1016/j.jpsychires.2006.04.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.04.001).
25. Ludman EJ, Katon W, Bush T, et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychological Medicine* 2003;33:1061-70. [doi:10.1017/S003329170300816X](https://doi.org/10.1017/S003329170300816X).
26. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986;24:67-74. En ligne : <http://www.jstor.org/stable/3764638>.
27. George CF, Peveler RC, Heiliger S, Thompson C. Compliance with tricyclic antidepressants: the value of four methods of assessment. *Br J Clin Pharmacol* 2000;50:166-171. [doi:10.1046/j.1365-2125.2000.00244.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2000.00244.x).
28. Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol* 2005;58:595-602. [doi:10.1016/j.jclinepi.2004.10.018](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.10.018).

29. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Herqueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33. En ligne : https://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/sheehan_1998.pdf.
30. Meadows G, Harvey C, Fossey E, Burgess P. Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the perceived need for care questionnaire (PNCQ). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 Oct;35(9):427-35. En ligne : <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270050260>.



La réalisation du projet *Évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité potentielle de l'Atelier d'autogestion de la dépression de Revivre* a été rendue possible grâce à une subvention octroyée sans restriction par AstraZeneca dans le cadre du projet + Prends soin de toi +.