

**Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé :
parcours et perceptions des personnes utilisatrices**
**Revisiting the therapeutic experience in a psychiatric day hospital
six months after discharge: path and perceptions of people with
mental disorders**
**Reexaminar la experiencia en los hospitales de día seis meses
después de la estancia: recorrido y percepciones de los usuarios**
**Revisitar a experiência em hospital diurno seis meses após a alta:
percurso e percepções dos usuários**

Nadine Larivière et Richard Boyer

Volume 36, numéro 1, printemps 2011

Le traitement dans la communauté

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1005815ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1005815ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Larivière, N. & Boyer, R. (2011). Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 75-97. <https://doi.org/10.7202/1005815ar>

Résumé de l'article

Cet article présente une étude qualitative sur l'expérience d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique six mois après la fin du séjour ; l'étude explore l'impact de cette expérience dans la vie de personnes adultes et âgées avec des troubles mentaux. Un devis qualitatif a utilisé des entrevues individuelles semi-dirigées complétées six mois après le congé, avec 18 participants. Les résultats indiquent que l'expérience à l'hôpital de jour a apporté une amélioration significative au niveau des symptômes et de la relation à soi. La thérapie a permis d'amorcer un processus de transformation personnelle qui s'est poursuivi dans le temps. La terminaison a créé un vide chez plusieurs participants. 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.



Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices

Nadine Larivière*

Richard Boyer**

Cet article présente une étude qualitative sur l'expérience d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique six mois après la fin du séjour; l'étude explore l'impact de cette expérience dans la vie de personnes adultes et âgées avec des troubles mentaux. Un devis qualitatif a utilisé des entrevues individuelles semi-dirigées complétées six mois après le congé, avec 18 participants. Les résultats indiquent que l'expérience à l'hôpital de jour a apporté une amélioration significative au niveau des symptômes et de la relation à soi. La thérapie a permis d'amorcer un processus de transformation personnelle qui s'est poursuivi dans le temps. La terminaison a créé un vide chez plusieurs participants. 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.

Les hôpitaux de jour constituent un type de service ambulatoire en santé mentale qui existe depuis les années 1930. Ils ont été créés dans des contextes où la préoccupation première était la mise en place d'alternatives plus humaines et moins coûteuses à l'hospitalisation (Casarino et al., 1982; Pang, 1985). La reconfiguration des services visait à réduire les coûts et à offrir des soins plus près du milieu de vie des personnes qui serait moins stigmatisant, et qui favoriserait moins la dépendance et la régression (Casarino et al., 1982; MSSS, 1996; Pang, 1985).

Les hôpitaux de jour ont connu une popularité fluctuante tout au cours de leur histoire, même au Québec. Le premier hôpital de jour a ouvert ses portes en 1946 à l'Institut Allen Memorial de Montréal (Goldman, 1989). Leur croissance a été ralentie jusqu'à ce le ministère

* Ergothérapeute, OT (C), Ph.D., Professeur-adjoint, École de réadaptation, Université de Sherbrooke. Chercheure et responsable de l'axe santé mentale, Centre affilié universitaire CSSS-IUGS. Chercheure associée, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

** Chercheur régulier, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Chercheur agrégé, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

de la Santé et des Services sociaux amorce une transformation des services de santé mentale en 1996. C'est dans ce contexte que les hôpitaux de jour ont connu un essor significatif (Serero et Gagnon, 2000). Plusieurs facteurs semblent expliquer les cycles de croissance et de déclin. Des auteurs estiment que la confusion dans les appellations de ce type de service (hôpital de jour, centre de jour ou programme de traitement de jour) et la méconnaissance des professionnels référents peuvent y être pour quelque chose (Hoge et al., 1992 ; Rosie, 1987 ; Azim, 2001 ; Hoge et al., 1992). De plus, la conviction répandue chez les psychiatres que le traitement de personnes avec des troubles mentaux graves, devait se faire dans une unité de soins avec surveillance continue, et l'émergence de programmes de suivi intensif dans le milieu comme mesures alternatives à l'hospitalisation, sont aussi des facteurs qui ont marqué l'histoire des hôpitaux de jour (Herz et al., 1985 ; Parker et Knoll, 1990 ; Hoge et al., 1992 ; Marshall, 2003 ; Burns, 2004). Par ailleurs, Burns (2004) estime que les hôpitaux de jour ont stimulé la psychiatrie communautaire.

Les mandats cliniques des hôpitaux de jour sont d'offrir : 1) des services d'évaluation diagnostique et de traitement aux personnes avec des troubles mentaux aigus qui autrement seraient hospitalisées ; 2) un traitement de transition entre l'hospitalisation et un suivi en externe ; 3) un traitement plus intensif que celui dispensé en clinique externe ; 4) des services qui visent le maintien ou la réadaptation des personnes avec des troubles mentaux graves ; 5) des services de maintien ou d'intégration dans la communauté (Rosie et al., 1995 ; Serero et Gagnon, 2000).

Dans leur programmation clinique, les hôpitaux de jour doivent se consacrer à au moins quatre domaines de dysfonction : psychologique, interpersonnel, rôle social principal et vocationnel. Pour atteindre ces objectifs, les composantes peuvent inclure plusieurs types d'intervention et une variété d'outils, tels que la psychothérapie de groupe, la thérapie individuelle, conjugale ou familiale, la pharmacothérapie, les méthodes projectives et le développement d'habiletés nécessaires aux activités de la vie quotidienne, domestique et productive. Ces modalités sont adaptées aux besoins cliniques des clientèles (Casarino et al., 1982 ; MSSS, 1996). Serero et Gagnon (2000) confirment cette intégration de diverses modalités thérapeutiques qui allient plusieurs approches dans les hôpitaux de jour psychiatriques qui desservent des clientèles adultes.

Selon Casarino et al. (1982), l'inspiration théorique des hôpitaux de jour psychiatriques se base sur les concepts de « communauté thérapeutique » ou de « thérapie de milieu » décrits par Jones, Main et

Bion dans les années 1950. Selon 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. Les messages véhiculés aux participants incluent l'encouragement progressif à participer activement dans le traitement et à reprendre ses responsabilités. Cette communauté thérapeutique agit comme laboratoire sécuritaire afin que les personnes puissent apprendre, expérimenter et mettre en pratique de nouvelles prises de conscience et de nouvelles avenues de comportements, d'attitudes et d'habiletés sur une base quotidienne qu'elles pourront par la suite généraliser (Casarino et al., 1982).

Plusieurs études se sont penchées sur l'évaluation de l'efficacité des hôpitaux de jour en comparaison avec l'hospitalisation. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponse (Marshall et al., 2001). Les résultats de deux méta-analyses (Horvitz-Lennon et al., 2001 ; Marshall et al., 2001) et de deux essais cliniques randomisés multisites récents (Kallert et al., 2007 ; Priebe et al., 2006) ont démontré que l'amélioration par rapport à la psychopathologie et le fonctionnement social, varie selon les études. Les résultats étaient également non concluants en ce qui concerne le fardeau des familles et la qualité de vie. Des limites méthodologiques expliquent ces résultats, ainsi que des descriptions partielles des services comparés. Néanmoins, ces chercheurs s'entendent pour dire que les hôpitaux de jour sont une alternative à l'hospitalisation qui présente des avantages sur le plan de l'efficacité clinique ; ils ont aussi permis de nuancer la perception selon laquelle des personnes avec des troubles mentaux aigus nécessitent une surveillance constante en milieu hospitalier.

Selon Priebe et al. (2006), les personnes suivies en hôpital de jour sont significativement plus satisfaites des services reçus que les personnes hospitalisées. Certains chercheurs ont examiné les facteurs qui contribuent à cette satisfaction (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 résultats de ces études 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 intervenants et 3) la promotion de l'autonomie et de la responsabilisation. Les modalités offertes, incluant les thérapies de

groupe qui intègrent divers thèmes et approches, le suivi individuel, la thérapie familiale/conjugale et les médicaments, semblent globalement satisfaisants. L'étude de Larivière et al. (2009) a identifié trois composantes moins satisfaisantes : 1) les groupes de dix 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 rencontres individuelles et de groupe.

Le parcours des personnes après un suivi en hôpital de jour a été documenté dans les études comparatives qui mesurent l'état clinique, le fonctionnement social, la satisfaction globale face aux services reçus et à l'utilisation de services de santé mentale. On en sait très peu sur la transition après la fin d'un suivi en hôpital de jour ; ce que les participants ont retenu de leur expérience et ce qu'ils ont mis en pratique. Cette information apporterait un autre éclairage aux cliniciens, gestionnaires et chercheurs, particulièrement ceux qui s'intéressent aux programmes de thérapie d'une durée limitée. Elle pourrait les guider dans la planification de services et d'interventions importants pour leurs clients (Creswell, 2007 ; Mirin et Namerow, 1991). Ainsi, l'objectif de la présente étude est d'explorer plus en profondeur l'impact d'un suivi en hôpital de jour dans la vie des personnes six mois après le congé.

Méthodologie

Cette étude correspond au volet qualitatif d'une évaluation des effets cliniques, fonctionnels et économique d'un hôpital de jour pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux en comparaison avec l'hospitalisation (Larivière et al., 2010). Le dispositif qualitatif retenu s'est fondé sur les recommandations de Creswell (2007) et de Poupart et al. (1997) pour l'échantillonnage et la procédure de collecte de données et de Miles et Huberman (1994) pour l'analyse.

Participants

Les critères d'admissibilité de l'étude globale incluaient : 1) avoir été suivi à l'hôpital de jour (HDJ) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ; 2) être âgé de 18 ans et plus ; 3) avoir un diagnostic psychiatrique (DSM-IV-TR) (APA, 1996) ; 4) présenter une cote entre 21 et 60 à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (mesure de la phase aiguë ou subaiguë) (Endicott et al., 1976). Les personnes étaient exclues si elles présentaient les caractéristiques suivantes : 1) sans résidence fixe ; 2) une perte d'autonomie physique importante ; 3) la présence de déficience intellectuelle ; 4) des problèmes de toxicomanie au premier plan ; 5) être en garde en établissement ; 6) abandon du suivi à l'HDJ

avant cinq semaines complétées; 7) hospitalisation durant le suivi à l'HDJ. Pour cette étude, un échantillon par contraste (Poupart et al., 1997), avec des critères d'inclusion théorique (Strauss et Corbin, 1990) a été formé. Le contraste a été établi par le biais de variables générales (par exemple, le sexe et l'âge) et des variables directement rattachées au problème étudié, c'est-à-dire le diagnostic principal, l'équipe de traitement à l'HDJ et au congé, le degré de satisfaction face aux services reçus. Le choix de ces variables découlait d'études antérieures et d'hypothèses théoriques (Poupart et al., 1997). Le degré de satisfaction au congé a été mesuré avec le questionnaire Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) (Corbière et al., 2003 ; Ruggeri et Dall'Agnola, 1993 ; Ruggeri et al., 2000). Ce questionnaire multidimensionnel de 54 énoncés présente des qualités métrologiques satisfaisantes. Selon leur cote en comparaison à la moyenne, 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. La taille d'échantillon estimée pour atteindre la saturation des données étaient de 18 participants, soit une personne par équipe clinique (n = 6) et par catégorie de satisfaction.

Hôpital de jour

L'hôpital de jour évalué dans cette étude est situé à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Cet hôpital de jour a ouvert ses portes en 1997. Ce service spécialisé de 2^e et 3^e ligne offre des services externes d'évaluation et de traitement intensif de courte durée à une clientèle adulte et âgée avec divers troubles mentaux aigus et subaigus. Il est divisé en six équipes organisées en fonction de l'âge et des diagnostics principaux (troubles psychotiques, troubles de l'humeur et anxieux ou trouble de la personnalité du groupe B). Les équipes sont composées de divers professionnels de la santé, dont des psychiatres, des infirmières, des ergothérapeutes, des psychologues, des travailleurs sociaux et une neuropsychologue consultante. Le traitement combine l'utilisation de médicaments, de thérapies individuelles et de groupe alliant diverses approches et outils thérapeutiques. 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 travaillés prioritairement dans les thérapies.

Toutefois, dans chacune des équipes, des cibles thérapeutiques spécifiques peuvent répondre aux besoins et problématiques des clients :

par exemple, dans les équipes pour troubles psychotiques, l'évaluation des impacts fonctionnels et le soutien individuel et familial. Dans les équipes pour troubles de l'humeur et anxieux, l'organisation d'un horaire occupationnel équilibré et la connaissance de soi. Dans les équipes pour les troubles de la personnalité du groupe B, la gestion des comportements impulsifs et le travail sur les enjeux relationnels. La présence au programme varie de trois à cinq heures par jour, quatre à cinq jours par semaine, pour une durée moyenne de huit semaines pour les quatre équipes adultes et treize semaines pour les deux équipes pour personnes âgées. Cet HDJ 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 était de 7,2 ans (é.t. 3,7).

Collecte et analyse des données

Afin d'explorer plus en profondeur l'impact du suivi à l'HDJ, des entrevues individuelles semi-dirigées de 45 à 90 minutes ont été réalisées. Un guide d'entrevue a été élaboré par le premier auteur, une clinicienne et la chef clinico-administrative de l'HDJ. Il a été validé par trois experts. Un pré-test a été effectué auprès de deux personnes traitées à l'HDJ. 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. Toutes les entrevues ont été effectuées par le premier auteur, enregistrées, retranscrites intégralement et vérifiées.

L'analyse qualitative du contenu des entrevues a suivi sur les recommandations de Miles et Huberman (1994) et a été structurée avec l'aide du logiciel QDA Miner (version 3,0). La première étape a été de codifier le 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 le premier auteur. Ce guide incluait les thèmes, les catégories et des sous-catégories, leurs définitions et des citations de participants servant d'exemples. Le guide initial s'est basé sur le guide d'entrevue et les impressions notées au cours de la collecte de données. Afin de déterminer une catégorie ou un thème, des dictionnaires et des écrits scientifiques ont été consultés. Tout au long de l'analyse, un journal de mémos a été utilisé afin de noter des réflexions sur les concepts, les liens entre ceux-ci, des synthèses sur les thèmes communs et des questionnements.

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 la 7^e entrevue, sélectionnée au hasard. Une version bonifiée du guide de codes a été validée par un membre de l'équipe de recherche lorsque 80 % du matériel fut analysé et que le guide de codes était relativement stable. La fidélité code-recode a également été vérifiée pour les 9^e et 13^e entrevues, avec deux semaines d'intervalles entre chaque codification. Tel que prévu, au fil des vérifications et des améliorations, la fidélité interjuges et code-recode 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, incluant le second auteur. 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, des sous-analyses selon le groupe clinique (diagnostic psychiatrique principal) et selon le degré de satisfaction face à l'hôpital de jour au congé ont également été réalisées.

Résultats

Les caractéristiques démographiques et cliniques des 18 participants sont présentées dans le tableau 1. Tel que souhaité, cet échantillon incluait des hommes et des femmes avec des caractéristiques socio-démographiques et cliniques diverses, une bonne étendue d'âge et différents degrés de satisfaction au congé de l'HDJ. Concernant le suivi après le congé, tous ont consulté des services pour leurs troubles mentaux. Les services les plus utilisés ont été les cliniques externes affiliées à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (n = 11) et les omnipraticiens en première ligne (n = 11).

Les entretiens ont amené les participants à tracer un bilan de leur parcours avant, pendant et après l'hôpital de jour et les résultats suivront cette trame chronologique. Le moment d'entrevue a été émouvant pour plusieurs participants qui étaient ramenés dans une période où la maladie était active et un épisode douloureux de leur vie. Ils ont apprécié l'opportunité de pouvoir en parler et de prendre conscience du chemin parcouru. Les sous-analyses ont démontré que dans l'ensemble, il y avait des similarités des impressions et de l'expérience entre les trois groupes cliniques et les trois niveaux de satisfaction pour la période avant et pendant l'hôpital de jour. Certaines différences entre les groupes ont émergé dans la période suivant le congé de l'hôpital de jour et elles sont discutées dans cette section.

Tableau 1
Profil des participants (n = 18)

Variables continues	Moyenne (é.t.)
Âge	44,8 (18,3)
	Étendue (21-77)
Variables catégoriques	n (%)
Sexe	
Femmes	13 (72,2)
État civil	
Marié/Conjoint-de-fait	6 (33,3)
Célibataire	5 (27,8)
Séparé/Divorcé	4 (22,2)
Veuf	3 (16,7)
Statut emploi	
À l'emploi	6 (33,3)
Sans emploi	5 (27,8)
Emploi : Congé de maladie	3 (16,7)
Retraité	4 (22,2)
Diagnostic psychiatrique principal	
Tr. Humeur et anxieux	7 (38,9)
Tr. Psychotique	6 (33,3)
Tr. Personnalité groupe B	5 (27,8)
Degré de satisfaction face à HDJ au congé	
Insatisfaits	5 (27,8)
Satisfaits	6 (33,3)
Très satisfaits	7 (38,9)
Type de suivi post HDJ*	
Clinique externe	11 (61,1)
Omnipraticien (1 ^{re} ligne)	11 (61,1)
CSSS (CLSC)	4 (22,2)
Organismes communautaires	3 (16,7)
Urgence psychiatrique	3 (16,7)
Centre de crise	1 (5,6)
Hospitalisation	0 (0)
Centre de jour	0 (0)

* Un participant peut avoir utilisé plus d'un service sociosanitaire.

Avant le début du suivi à l'hôpital de jour : réticences et attente

Avant de débiter le suivi à l'hôpital de jour, des participants des trois groupes cliniques ont principalement parlé de réticences à venir

dans ce programme et le délai d'attente. Les réticences venaient de préjugés personnels et de jugements d'autrui sur le lieu du service (un hôpital psychiatrique), la maladie mentale et la thérapie de groupe. Les personnes trouvaient la période d'attente très difficile si celle-ci durait plus de deux semaines en raison de l'intensité de leur souffrance et leur détresse.

Pendant l'hôpital de jour : Qu'est-ce que l'expérience à l'HDJ a représenté pour les participants ?

Tout d'abord, les participants des trois groupes cliniques et présentant différents niveaux de satisfaction au congé, ont parlé du suivi à l'HDJ comme une expérience aidante pour se sortir de la maladie, se retrouver, reprendre confiance envers autrui, être plus dégagé des problèmes à l'origine de la maladie, briser l'isolement et développer une meilleure estime et confiance en soi.

Une personne le résume ainsi « ça a aidé ma qualité de vie intérieure ». De plus, l'expérience à l'HDJ a permis de provoquer des changements d'une façon marquante. Par exemple, cette participante l'a associé à un « coup de fouet positif qui te réveille ». Pour la majorité des participants, l'expérience a constitué un tremplin pour la poursuite d'un cheminement personnel. Les participants ont utilisé diverses images pour illustrer ceci :

« C'est comme une pyramide avec les morceaux sur le côté du chantier, rien de construit, toutes les pièces sont mélangées. Ça aide à reconstruire la base. Encore aujourd'hui, je remets les pierres une par une. »

« La thérapie à l'hôpital de jour m'a fait faire le tour du puzzle pour me donner l'image globale et ce qu'il me reste à faire c'est de peaufiner l'image. »

Certains en parlent comme une expérience personnelle transformatrice. La poursuite du cheminement et les réflexions sur soi ont amené quelques participants à prendre des décisions personnelles déterminantes.

Pendant l'hôpital de jour : Qu'est-ce que les participants ont retenu de leur séjour ?

Dans l'ensemble, les participants des trois groupes cliniques et qui présentent différents niveaux de satisfaction au congé ont apprécié la formule de l'hôpital de jour. Ils ont parlé spontanément du contact interpersonnel avec tous, des intervenants et des interventions reçues. Ils ont

exprimé avec émotion leur appréciation du contact interpersonnel vécu à l'HDJ, d'une manière similaire aux résultats de l'étude de Hoge et al. (1988) sur les facteurs thérapeutiques d'un hôpital de jour.

Par rapport aux intervenants, les participants ont énuméré de nombreuses qualités humaines (par exemple, empathie, disponibilité) et professionnelles (par exemple, compétences, motivation). Ces attitudes positives ont aidé les participants à s'ouvrir et à se sentir en confiance, soutenus, acceptés et compris. Toutefois, certains participants ont vécu des malaises quand ces derniers adoptaient des attitudes autoritaires. Le fait de travailler avec plusieurs intervenants de différentes disciplines a été perçu unanimement comme une richesse.

La plupart des participants ont apprécié la combinaison des rencontres individuelles et de groupe car les deux types d'interventions se complétaient. La thérapie individuelle permettait d'avoir un plus long moment personnalisé pour aller plus en profondeur, dans un contexte d'intimité qui favorise le dévoilement de soi. L'expérience des participants en groupe a répondu à plusieurs besoins qui correspondent à des facteurs thérapeutiques identifiés par Yalom et Leszcz (2005), tels que l'instauration de l'espoir, l'universalité, l'identification, la catharsis, l'altruisme, la compréhension de soi, la reproduction de la dynamique familiale, l'apprentissage interpersonnel et la guidance. Une définition de ces facteurs est présentée dans le Tableau 2. La seule réserve maintes fois répétée, était lorsque les groupes étaient composés de dix participants et plus. Pour certains, ce contexte était perçu comme intimidant ou moins enrichissant car les séances demeuraient à un niveau de survol.

Les activités thérapeutiques ont été identifiées comme une des composantes de l'HDJ grandement appréciée. Les participants ont estimé que les thèmes proposés étaient bien reliés à leurs besoins. De plus, la variété des activités et des approches utilisées gardait la démarche stimulante et offrait différents moyens et stratégies. Les modalités marquantes abordées spontanément incluaient les activités projectives, l'enseignement, la lecture, les devoirs, la relaxation, les objectifs hebdomadaires, les activités physiques, les sorties, les jeux de table, la cuisine et les jeux de rôles. Les activités projectives étaient perçues comme révélatrices, surprenantes, divertissantes et une bonne façon d'extérioriser ses problèmes. L'enseignement, les lectures et les jeux de rôles ont été jugés utiles pour une meilleure connaissance de soi et une meilleure compréhension de l'origine des problèmes actuels. Les objectifs hebdomadaires ont donné une direction et une motivation à la démarche. Pour une participante toutefois, ceci a constitué une source d'anxiété de performance. La relaxation permettait d'apaiser les

Tableau 2
**Définition des facteurs thérapeutiques de groupe identifiés
 par les participants dans leur expérience à l'hôpital de jour
 (Yalom et Leszcz, 2005)**

Instauration de l'espoir	Ressentir de l'optimisme en observant les améliorations chez les autres membres du groupe.
Universalité	Apprendre que les autres partagent les mêmes sentiments et problèmes que soi.
Identification	Apprendre de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements en observant les autres membres du groupe et les thérapeutes.
Catharsis	Soulagement sur le plan émotif en exprimant ses ressentis.
Altruisme	L'occasion d'aider les autres permet de se valoriser et de se sentir utile.
Compréhension de soi	Apprendre sur les causes de ses problèmes ; découvrir et accepter des parties de soi auparavant inconnues ou inacceptables.
Reproduction de la dynamique familiale	Prendre conscience de sa dynamique familiale et de résoudre les conflits et les blessures du passé dans un environnement sécuritaire (expérience émotionnelle correctrice).
Apprentissage interpersonnel	Apprendre sur le soi relationnel : les impressions, l'impact que la personne a sur les autres, apprendre comment se lier ou bien s'entendre avec autrui.
Guidance	Partage de l'information théorique et des conseils par les thérapeutes (ceci a pour effet de sécuriser les participants). Partage de conseils par les membres du groupe.

rencontres émouvantes et bouleversantes et allégeait la thérapie. Initialement, les participants ne saisissaient pas toujours bien les objectifs des autres modalités comme les sorties, les activités physiques et la cuisine mais suite à leur expérience dans ces activités, ils estiment avoir pu travailler d'autres aspects d'eux. Les citations suivantes illustrent les impressions positives sur les activités thérapeutiques :

« Ah ouais, pis on est allé jouer au bowling. Pis j'ai joué comme un fou. Je me suis dit que j'avais jamais fait ça moi et j'ai sorti des choses de moi-même, comme j'étais content ! »

« Les périodes de détente, de bricolage, de dessins ou d'exposés, c'était agréable, pis divertissant en même temps. C'était apaisant. C'était des cheminements, qui avaient peut-être l'air de rien mais ça faisait ressortir des choses, sans nécessairement t'en rendre compte tout de suite, mais un coup que c'était fini, tu les réalisais. »

Les impressions sur la fréquence et la durée du suivi n'ont pas fait l'unanimité. Pour certains, dans les trois groupes cliniques et avec divers niveaux de satisfaction au congé, il y avait une intensité qui était perçue comme exigeante. Pour d'autres, cette intensité donnait une impression d'un suivi soutenu et motivant. Ceux qui jugeaient le suivi comme trop bref ont dit être restés « sur leur faim ».

Après l'hôpital de jour : comment se sont déroulés les six premiers mois ?

Trois thèmes principaux qui touchent le vécu après la fin de l'hôpital de jour sont ressortis : 1) la perte de l'hôpital de jour laisse un vide ; 2) à travers les hauts et les bas, le cheminement continue ; 3) le passage à l'action est la clé d'une transition positive.

La fin du suivi est perçue par plusieurs participants, surtout des personnes avec un trouble de l'humeur, comme une « cassure », une « coupure drastique ». Une personne associe la fin comme « se retrouver dans le désert ». Les personnes qui perçoivent la fin ainsi, expriment s'être senties déstabilisées par la perte d'une routine structurée et de soutien social. De plus, certaines étaient désemparées devant ce qui avait émergé durant le séjour, et éprouvaient un besoin de poursuivre la thérapie. Ce besoin avait été exprimé à l'HDJ mais elles ont soulevé divers problèmes d'accès à la thérapie par la suite : 1) longue attente ; 2) horaire mal adapté aux participants qui travaillent durant la journée à temps complet ; 3) psychiatres qui ne donnent pas suite aux recommandations de l'HDJ ou aux demandes des participants. Le manque de continuité entre les suivis a été soulevé plus fréquemment chez des personnes avec un trouble de l'humeur et chez les participants qui étaient insatisfaits au congé de l'HDJ.

Une participante illustre cette perte ressentie :

« Après le suivi, on se sent abandonné, sans rien. C'est comme si on te dit : « Allez-vous en avec vos pilules. C'est comme si je n'avais pas fini, les choses n'ont pas été réglées jusqu'au bout. J'ai déjà suivi des thérapies plus longues où j'étais tannée et je voulais passer à autre

chose, mais pas cette fois-ci. C'était trop court. Il y a une fermeture à revoir les intervenants après. Après on va chez nous bredouille. Il est resté un blocage, ça tiraille d'un bord, ça tiraille de l'autre, on reste sur notre blocage puis il reste là. Mais ils font leur possible. Vous n'êtes pas dangereux, allez-vous en. On dirait qu'il faut être dangereux pour qu'ils prennent soin de nous autres. »

En lien avec cette perte de soutien social et des difficultés d'accès à la thérapie, la plupart des participants ont spontanément exprimé l'importance d'avoir un entourage qui donne des encouragements, de l'affection, de l'acceptation et de la rétroaction. Dans l'ensemble, les participants ont reçu différents types de soutien de la part de proches. En particulier, du soutien émotionnel, instrumental (aide pratique pour l'entretien du domicile), informationnel (conseils ou informations sur ressources d'aide) et du compagnonnage (Wills et Shinar, 2000).

Malgré les hauts et les bas, les participants ont poursuivi leur cheminement vers l'atteinte d'un bien-être mental, c'est-à-dire une satisfaction émotionnelle, intellectuelle et spirituelle qui favorise des relations interpersonnelles efficaces et une paix intérieure (Wilcock, 2005). Dix-sept participants ont décrit de nombreux changements positifs perçus par eux et leur entourage. Ces changements étaient liés soit à des apprentissages marquants faits durant l'HDJ et qui se poursuivaient après, soit à la thérapie reçue à l'HDJ, particulièrement l'expérience en groupe. En plus de l'HDJ, certains participants ont attribué ces changements au soutien reçu de proches ou dans des groupes, à la médication ou à la thérapie reçue avant ou après l'HDJ. Quatorze participants ont expliqué avoir encore certaines difficultés importantes telles qu'aller vers les gens, ressentir un certain isolement, des symptômes encore présents, des ajustements avec la médication ou des attitudes et traits de personnalité à améliorer.

Afin de poursuivre leur cheminement, un enjeu important était de se mettre soi-même en action. Quelques participants ont souligné que la motivation à mettre les apprentissages et outils en pratique, aidait à éviter la rechute ; les gains ressentis face au changement étaient motivants pour continuer dans cette voie. Une participante s'exprime en ce sens :

« Y a une période lune de miel qui dure quelques mois quand même. C'était frais, tout était facile. Puis la tendance à retomber dans des anciens patterns revient, et après, c'est à moi à repenser à ça, à continuer. »

Pour favoriser une transition positive, des participants utilisaient divers moyens tels que repenser à l'expérience de l'HDJ, consulter leurs cahiers de bord au besoin, continuer à se fixer des objectifs, s'auto-observer, utiliser la résolution de problèmes ou des méthodes de

relaxation (stratégies apprises à l'HDJ). De plus, un autre aspect aidant souvent exprimé par les participants, était l'importance de remettre dans sa vie des activités significatives (projets, intérêts, loisirs). Toutefois, il semble que retourner à son emploi à temps complet rapidement après le suivi à l'HDJ n'a pas été bénéfique pour les quatre participants qui ont vécu cette situation (trois personnes avec un trouble de la personnalité et une personne avec un trouble psychotique), car ils n'ont pas été en mesure de maintenir ce rythme et les symptômes sont réapparus.

Pour conclure, les participants ont apporté diverses suggestions pour améliorer l'expérience de l'HDJ. Le volet répété le plus souvent, était la continuité du suivi après l'HDJ. Les suggestions principales étaient de : 1) mieux organiser concrètement le suivi en externe, c'est-à-dire que la prise de rendez-vous avec les ressources et les professionnels (pas seulement les médecins) soient complétée avant le congé ; 2) poursuivre le suivi à l'HDJ sous une forme moins intensive et ce, jusqu'à l'amorce concrète du prochain suivi ; 3) poursuivre le suivi avec un groupe de soutien. Les autres aspects à améliorer étaient de réduire le temps d'attente entre les rencontres de groupe et individuelles ; d'intégrer une démarche évaluative comme la présente étude, c'est-à-dire la passation de questionnaires au début, à la fin et six mois après le congé avec une personne extérieure de l'HDJ, permettant de surveiller l'évolution personnelle ; enfin, inviter d'anciens participants de l'HDJ à témoigner sur leur cheminement.

Discussion

La rencontre de participants suivis en hôpital de jour six mois après leur congé a permis d'offrir un éclairage sur des questions soulevées par des cliniciens, des gestionnaires et des chercheurs, et peu documentées dans les écrits : Qu'est-ce que les participants ont retenu de leur expérience dans un HDJ et comment s'est déroulée la transition au cours des six mois suivant le congé ? En examinant les thèmes qui sont ressortis au cours des entretiens, plusieurs liens peuvent être faits entre l'expérience de ces participants et différentes facettes du concept du rétablissement (Davidson et al., 2005). En effet, comme d'autres témoignages de personnes avec des troubles mentaux qui cheminent vers un rétablissement révèlent (Davidson et al., 2005 ; Piat et al., 2009 ; Young et Ensing, 1999), ces participants ont également pris une voie de transformation personnelle, pour se redéfinir et prendre soin d'eux. Ce cheminement de croissance personnelle qui dépasse l'adaptation à un trouble mental, ainsi que l'expérience subjective d'amélioration personnelle vont dans le même sens que les résultats de Roe et Chapra

(2003). Selon les participants de la présente étude, ce processus a été bien activé durant le traitement à l'HDJ. Les interventions dans ce type de service de santé mentale favorisent cette dimension du rétablissement selon deux autres études (Larivière et al., 2009 ; Schreer, 1988).

Par ailleurs, l'importance de s'engager dans des activités significatives, un autre aspect souligné par les participants, fait aussi partie du rétablissement (Davidson et al., 2005 ; Hendryx et al., 2009 ; Young et Ensing, 1999). Chez des personnes avec des troubles mentaux, la réalisation d'activités significatives a été associée à la santé perçue, au bien-être, à la qualité de vie ou au sentiment de maîtrise (Aubin et al., 2002 ; Bejerholm et Eklund, 2007 ; Eklund et Leufstadius, 2007 ; Goldberg et al., 2002). Toutefois, dans cette étude, les participants qui ont repris leur emploi à temps complet n'ont pas réussi leur retour au travail. Eklund et al. (2009) soutiennent qu'un défi pour les personnes avec des troubles mentaux est de maintenir un équilibre entre être sous occupé et sur occupé.

Tout au long des phases, les participants ont exprimé l'importance de se sentir soutenus par les pairs, la famille, les amis et les intervenants. Ce soutien est devenu particulièrement nécessaire quand la participation à l'HDJ a cessé. Il est bien documenté que le soutien social favorise la santé et le bien-être (Reis et Collins, 2000). Tous les participants ont consulté des services de santé mentale au cours des six premiers mois après le congé. Malgré tout, ils ont perçu un manque de continuité entre les suivis, et ont émis des suggestions pour améliorer cet aspect de l'expérience à l'HDJ. Ceci semble avoir été particulièrement important pour les personnes avec des troubles de l'humeur. Ceci s'explique peut-être par le fait que lorsque l'on examine les services utilisés au cours des six mois suivant le congé, tous ont obtenu un suivi médical mais seulement deux participants ont eu des rencontres avec d'autres professionnels de la santé (travailleur social en première ligne) ou dans des organismes communautaires pour répondre à leurs besoins exprimés en HDJ, de poursuivre la thérapie. Des études ont démontré qu'une absence ou un délai dans l'amorce d'un suivi en externe après une hospitalisation contribue à des rechutes et à des ré-hospitalisations (Prince, 2006), à une réduction de la qualité de vie (Boyer et al., 2000) et au suicide (Goldacre et al., 1993). Par ailleurs, Boyer et al. (2000) et Olfson et al. (1998) ont trouvé que la prise de contact avec la nouvelle équipe avant le congé, facilitait la transition selon certains participants.

Deux autres études permettent d'alimenter la réflexion sur l'enjeu de la transition entre la fin de l'HDJ et le suivi en externe (Hummelen et al., 2007 ; Zeeck et al., 2005). Dans leur étude sur l'état clinique de 114

personnes un an et demi après un traitement en HDJ, Zeeck et al. (2005) ont noté que les personnes avec des psychopathologies plus graves rapportaient que la transition était plus difficile et que leur pronostic était moins favorable. Ces résultats ont amené les questionnements suivants : Est-ce que les participants qui ont trouvé la transition difficile ont été traités suffisamment longtemps ? La durée de traitement en hôpital de jour devrait-elle être plus flexible ?

D'autres pistes sont suggérées dans l'étude qualitative de Hummelen et al. (2007) auprès de huit participantes avec un trouble de personnalité limite, suivies en hôpital de jour, puis en thérapie externe de groupe (une rencontre de 90 minutes/semaine), et qui ont abandonné ce suivi. Il semble que la fin de l'HDJ a créé un sentiment de perte à la fois du service et des personnes rencontrées dans les groupes. Des participantes ont souligné que l'HDJ avait représenté un projet mené à terme, qui était en soi une source de soulagement, de joie et d'accomplissement. Recommencer la démarche par la suite en externe a été perçu comme étant trop difficile. Par ailleurs, la perte d'intensité entre le suivi en HDJ et en externe a aussi influencé la décision de mettre fin à la thérapie de groupe. Enfin, certaines participantes qui ont vécu des moments négatifs à l'HDJ, ont rapporté ne pas avoir pu y revenir en externe, ce qui explique leur abandon. Dans leurs conclusions, ces auteurs proposent de nommer cet enjeu de deuil de l'hôpital de jour, afin de favoriser l'engagement dans le nouveau suivi.

Conclusion

Avec six mois de recul, les participants de l'hôpital de jour de cette étude 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 entraîné des changements marquants. Ils ont aussi exprimé leur appréciation de la combinaison des interventions de groupe et individuelles et des modalités thérapeutiques proposées. Les résultats de la présente étude indiquent que les hôpitaux de jour continuent à avoir leur place dans la gamme des services en santé mentale ambulatoires et ce, pour plusieurs clientèles avec des troubles mentaux aigus. Leur modèle clinique et leurs visées s'inscrivent bien dans la vision actuelle du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) et dans les valeurs des services de santé mentale qui s'inspirent des concepts du rétablissement, tels la diminution des symptômes et de la détresse, l'aide dans le développement des habiletés selon les buts personnels et favoriser l'engagement dans des activités significatives (Anthony, 2006). Aussi, leur formule à temps partiel peut faciliter le

développement d'activités dans la communauté en parallèle au traitement, ainsi que le maintien de liens avec d'autres ressources des réseaux primaire et secondaire de la personne.

Un défi important pour les hôpitaux de jour psychiatriques sera de mieux gérer l'attente et de travailler étroitement avec les services externes spécialisés, communautaires et de première ligne pour faciliter le suivi des personnes. Le développement et l'évaluation des modèles cliniques qui intègrent diverses formules de transition où le suivi en hôpital de jour se poursuit à temps partiel, constituent aussi une avenue de recherche intéressante. D'autre part, pour le réseau des services externes et communautaires, il sera important de poursuivre l'examen des facteurs multidimensionnels (par exemple, les facteurs liés aux clients, la pratique des médecins et des professionnels de la santé, la culture des établissements, l'organisation des services de santé) qui facilitent ou entravent l'accès aux services.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996, *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Masson, Paris.
- ANTHONY, W. A., 2006, How can mental health systems evolve into recovery-oriented systems of care ?, in Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L., éd., *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*, 2, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, 340-357.
- AUBIN, G., HACHEY, R., MERCIER, C., 2002, La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 218-228.
- AZIM, H. F., 2001, Partial hospitalization programs, in Livesley, W. J., éd., *Handbook of Personality Disorders/Theory, Research, and Treatment*, The Guilford Press, New York, 527-540.
- BEJERHOLM, U., EKLUND M., 2007, Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life, *American Journal of Psychiatry*, 61, 21-32.
- BOYER, C. A., MCALPINE, D. D., POTTICK, K. J., OLDFSON, M., 2000, Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1592-1598.
- BURNS, T., 2004, *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices*, Oxford University Press, Oxford.

- CASARINO, J. P., WILNER, M., 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.
- CORBIÈRE, M., LESAGE, A., LAUZON, S., RICARD, N., REINHARZ, D., 2003, Validation française du questionnaire Verona Service Satisfaction Scale, VSSS-54F, *L'Encéphale*, 29, 110-118.
- CRESWELL, J. W., 2007, *Qualitative Inquiry and Research Design/Choosing among Five Approaches*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- DAVIDSON, L., O'CONNELL, M. J., TONDORA, J., STAEHELI, M., EVANS, A. C., 2005, Recovery in serious mental illness : Paradigm shift or shibboleth ?, in Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L., éd., *Recovery from Severe Mental Illnesses : Research Evidence and Implications for Practice*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, 5-26.
- EKLUND, M., LEUFSTADIUS, C., BEJERHOLM, U., 2009, Time use among people with psychiatric disabilities : implications for practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 177-191.
- EKLUND, M., LEUFSTADIUS, C., 2007, 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.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. L., FLEISS, J. L., COHEN, J., 1976, The global assessment scale, *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- GIROUX BRUCE, M. A., BORG, B., 2002, *Psychosocial Frames of Reference/core for Occupation-based practice*, 3^e édition, Slack Incorporated, Thorofare.
- GOLDACRE, M., SEAGROATT, V., HAWTON, K., 1993, Suicide after discharge from psychiatric inpatient care, *Lancet*, 342, 283-286.
- GOLDBERG, B., BRITNELL, E. S., GOLDBERG, J., 2002, 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.
- GOLDMAN, D. L., 1989, The 40 year evolution of the first modern day hospital, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 18-19.
- HERZ, M. I., FERMAN, J., COHEN, M., 1985, Increasing utilization of day hospitals, *Psychiatric Quarterly*, 57, 3-4, 187-192.
- HOGUE, M. A., DAVIDSON, L., HILL, W. L., TURNER, V. E., AMELI, R., 1992, The promise of partial hospitalization : a reassessment, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 4, 345-354.

- HOGUE, M. A., FARRELL, S. P., MUNCHEL, M. E., STRAUSS, J. S., 1988, Therapeutic factors in partial hospitalization, *Psychiatry*, 51, 199-210.
- HORVITZ-LENNON, M., NORMAND, S. L. T., GRACCIONE, P., FRANK, R. G., 2001, Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997), *American Journal of Psychiatry*, 158, 5, 676-685.
- HOWES, J. L., HAWORTH, H., REYNOLDS, P., KAVANAUGH, M., 1997, Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 502-508.
- HUMMELEN, B., WILBERG, T., 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., 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., PRIEBE, S., MCCABE, R., KIEJNA, A., RYMASZEWSKA, J., NAWKA, P., O VÁR, L., RABOCH, J., STÁRKOVÁ-KALIŠOVÁ, L., KOCH, R., 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., PEDERSEN, G., 2004, Short-term day treatment for personality disorders: benefits of the therapeutic components, *Therapeutic Communities*, 25, 1, 43-54.
- LARIVIÈRE, N., DESROSIERS, J., TOUSIGNANT, M., BOYER, R., 2010, *Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux*, thèse de doctorat, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
- 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., KLUITER, H., ROBERTS, C., HILL, E., WIERSMA, D., 2001, Acute day

- hospital versus admission for acute psychiatric disorders, *Health Technology Assessment*, 5, 21, 1-26.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M., 1994, *Qualitative Data Analysis*, 2e edition, Sage Publications, Thousand Oaks.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale/la force des liens*, MSSS, Gouvernement du Québec.
- 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*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, Gouvernement du Québec.
- MIRIN, S. M., NAMEROW, M. J., 1991, Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 10, 1007-1013.
- OLFSON, M., MECHANIC, D., BOYER, C. A., HANSELL, S., 1998, Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care, *Psychiatric Services*, 49, 7, 911 – 917.
- PARKER, S., KNOLL, J. L. III, 1990, Partial hospitalization : an update, *American Journal of Psychiatry*, 147, 2, 156-160.
- PIAT, M., SABETTI, J., COUTURE, A., SYLVESTRE, J., PROVENCHER, H., BOTSCHNER, J., STAYNER, D., 2009, What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 199-207.
- PRIEBE, S., JONES, G., MCCABE, R., BRISCOE, J., WRIGHT, D., SLEED, 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.
- PRINCE, J. D., 2006, Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 397-403.
- POUPART, J., DESLAURIERS, J.-P., GROULX, L.-H., LAPERRIÈRE, A., MAYER, R., PIRES, A. P., 1997, *La recherche qualitative/Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.
- REIS, H. T., COLLINS, N., 1998, Measuring relationship properties and interactions relevant to social support, in Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb, B. H., eds., *Social Support Measurement and Intervention*, Oxford University Press, Oxford, 136-195.
- ROE, D., CHOPRA, M., 2003, Beyond coping with mental illness: toward personal growth, *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 334 – 344.

- ROSIE, J. S., AZIM, H. F. A., PIPER, W., JOYCE, A. S., 1995, Effective psychiatric day treatment : historical lessons, *Psychiatric Services*, 46, 10, 1019-1026.
- ROSIE, J. S., 1987, Partial hospitalization : a review of recent literature, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 12, 1291-1299.
- RUGGERI, M., LASALVIA, A., DALL'AGNOLA, R., VAN WINJGAARDEN, B., KNUDSEN, H.C., LEESE, M., GAITE, L., TANELLA, M., 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.
- RUGGERI, M., 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.
- 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.
- RUSSELL, V., BUSBY, K., 1991, Patient satisfaction with a psychiatric day treatment program, *International Journal of Partial Hospitalization*, 7, 2, 109-118.
- SCHREER, H., 1988, Therapeutic factors in psychiatric day hospital treatment, *International Journal of Partial Hospitalization*, 5, 4, 307-319.
- SERERO, M., GAGNON, J., 2000, *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*, Association des hôpitaux du Québec, Québec.
- STRAUSS, A., CORBIN, J., 1990, *Basics of Qualitative Research/Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage Publications, Newbury Park.
- WILCOCK, A. A., 2005, Relationship of occupations to health and well-being, in Christiansen, C. H., Baum, C. M., eds., *Occupational Therapy/Performance, Participation, and Well-being*, Slack Inc., Thorofare, 134-164.
- WILLS, T. A., SHINAR O., 2000, Measuring perceived and received social support, in Cohen S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., eds., *Social Support Measurement and Intervention*, Oxford University Press, 86-135.
- YALOM, I. D., LESZCZ, M., 2005, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- YOUNG, S. L., ENSING, D. S., 1999, Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

ZEECK, A. HARTMANN, A., KUHN, K., 2005, Psychotherapy in a day clinic: results of a 1.5 year follow-up, *Psychiatric Quarterly*, 76, 1-17.

ABSTRACT

Revisiting the therapeutic experience in a psychiatric day hospital six months after discharge: path and perceptions of people with mental disorders

This article presents a qualitative study on the therapeutic experience in a psychiatric day hospital six months after discharge. The study explores the impact of this experience on the lives of people with mental disorders. A qualitative design using semi-structured individual interviews was completed with 18 participants six months after their discharge of a day hospital. Results showed that the day hospital experience was particularly helpful to improve symptoms and relationship with self. It activated a self-transformational 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 maintaining skills and knowledge acquired.

RESUMEN

Reexaminar la experiencia en los hospitales de día seis meses después de la estancia: recorrido y percepciones de los usuarios

Este artículo presenta un estudio cualitativo sobre la experiencia de un seguimiento en el hospital psiquiátrico de día seis meses después de finalizada la estancia. El estudio explora el impacto de esta experiencia en la vida de personas adultas y ancianos con trastornos mentales. Se realizó un estudio cualitativo que utilizó entrevistas individuales semi-dirigidas, completadas seis meses después de la estancia en el hospital, con 18 participantes. Los resultados indican que la experiencia en el hospital de día aportó una mejora significativa al nivel de los síntomas y la relación consigo mismo. La terapia permitió iniciar un proceso de transformación personal que se continuó en el tiempo. El término de ésta creó un vacío en varios participantes. Los problemas durante los primeros meses después de salir del hospital fueron la continuidad de los cuidados, el apoyo social y la puesta en práctica de los aprendizajes.

RESUMO

Revisitar a experiência em hospital diurno seis meses após a alta: percurso e percepções dos usuários

Este artigo apresenta um estudo qualitativo sobre a experiência de um acompanhamento em hospital psiquiátrico diurno seis meses após o fim da internação; o estudo explora o impacto desta experiência na vida de pessoas adultas e idosas que sofrem de transtornos mentais. Um diagnóstico qualitativo usou entrevistas individuais semi-dirigidas, realizadas seis meses após a alta, com 18 participantes. Os resultados indicam que a experiência no hospital diurno trouxe uma melhoria significativa dos sintomas e da relação consigo mesmo. A terapia permitiu iniciar um processo de transformação pessoal que continuou com o tempo. O término criou um vazio em vários participantes. As preocupações durante os seis primeiros meses depois da alta eram a continuidade dos cuidados, o apoio social e a aplicação das aprendizagens.