

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION JANVIER 2018

**Impact du feedback continu standardisé sur l'efficacité de la
thérapie**

Mémoire de :
Donzé, Valentin

Directeur :
Valentino Pomini

Expert : Bellier-Teichmann Tanja

Table des Matières

Abstract.....	3
I. Introduction	4
Le Feedback	5
II. Les systèmes de feedback.....	8
Comparaison des systèmes	8
Description de l'OQ-45	8
Application de l'OQ-45	9
Traitement des résultats de l'OQ-45	10
Description du PCOMS	11
Echelle PCOMS : ORS	12
Echelle PCOMS : SRS.....	14
Application du PCOMS	15
Déroulement d'une étude type	19
III. Méthodologie.....	20
Identification et sélection des articles	20
IV. Résultats	22
Effet global du feedback OQ-45 sur l'efficacité.....	22
Tableau 1.....	22
Effet des CST.....	23
Les patients NOT	24
Le feedback partagé	24
Effet sur les patients On-Track	25
L'effet global du feedback PCOMS sur l'efficacité	26
Tableau 2.....	26
Effet du PCOMS sur les couples et les groupes	27
Effet sur les patients NOT	28
OQ-45 et PCOMS : étude jointe et Méta-analyses	29
Tableau 3.....	30
V. Discussion.....	31
VI. Conclusion.....	37
VII. Glossaire	39

VIII. Bibliographie	41
IX. Annexe.....	47
Formulaire OQ-45.2.....	48
Scoring and Interpreting the Outcome Questionnaire 45.2	49
Symptom Distress (SD) Score	50
Interpersonal Relations (IR) Score	50
Social Role (SR) Score	51
Outcome Questionnaire (OQ-45.2) Quick Guide	51
Outcome Rating Scale (ORS) et grille de notation.....	55
Session Rating Scale (SRS)	56
Child Outcome Rating Scale (CORS)	56
Traduction Française de l'ORS.....	58

Abstract

L'amélioration des résultats en psychothérapie passe par une compréhension et une mise à l'épreuve des éléments au sein de celle-ci. Ceci s'avère tant au niveau de la discussion théorique des psychothérapies, qu'au niveau d'une thérapie individuelle. Dans les deux cas, il est important de recueillir des informations actuelles sur l'état des choses, et ensuite d'agir en conséquence. De nombreux chercheurs se sont donc penchés sur le feedback continu en tant que mécanisme correctif de la psychothérapie. Cette revue de littérature présente deux formes de feedback continu actuellement utilisés en clinique, l'OQ-45 et le PCOMS, et propose un récapitulatif des études qui les ont testées. Une analyse superficielle des tailles d'effets placera l'impact du feedback continu à un effet moyen bien étayé, notamment pour l'OQ-45 sur les patients à risques (Not on track ; NOT). Une réflexion sur les études et une discussion sur le feedback continu tentera de formuler des ébauches de mécanismes explicatifs pour les deux formes de feedback. La conclusion souscrita à une place méritée et bénéfique de ces deux formes de feedback dans la psychothérapie moderne.

I. Introduction

Un nombre toujours grandissant d'articles et d'analyses font état de nombreux facteurs contribuant à la somme compliquée des résultats des psychothérapies (Laska, Gurman & Wampold, 2014 ; Weinberger, 2014). Il reste cependant à élaborer un corps de littérature substantif décrivant le rôle distinctif et individuel de ces facteurs sur différentes mesures de performance. Les 'facteurs communs' expliqueraient entre 30 et 70% de la variance des résultats en thérapies (Imel & Wampold, 2008) ; il est donc impératif de les intégrer à la pratique comme à la formation. Commençons par énumérer ces facteurs communs tels que Wampold (2015) les présente. D'abord, l'alliance, qui se compose du lien thérapeutique et de la collaboration (ou consensus des buts thérapeutiques) entre patient et thérapeute. Ensuite l'empathie et les concepts liés à celle-ci ; un processus complexe par lequel un individu est affecté par, et partage l'état émotionnel d'un autre, et module en conséquence sa perspective et ses interactions. Suivent les attentes, dont le rôle est difficile à estimer en psychothérapie. Enfin, les adaptations culturelles des traitements supportés empiriquement et les effets des caractéristiques du thérapeute concluent la liste des facteurs communs.

En allant plus loin et en faisant une liste des éléments précis les plus influents parmi ces facteurs, on dénombre la collaboration, la capacité empathique du thérapeute, l'alliance thérapeutique, l'affirmation, la sincérité (ou congruence) et les caractéristiques spécifiques du thérapeute. C'est le premier de ces éléments qui va nous intéresser : la collaboration (ou consensus des buts thérapeutiques) parle d'elle-même. Il s'agit d'une cohérence des buts entre le patient et le thérapeute. Cette cohérence se forme dès le premier entretien, pas nécessairement de manière explicite, et est entretenue et renouvelée au cours de la relation thérapeutique. Il semble évident qu'une dyade patient-thérapeute en accord sur des buts communs fonctionnera mieux qu'une dyade où il y a désaccord entre les deux sur les buts proches ou lointains.

Cet état d'accord est crucial au développement d'une alliance thérapeutique. Celle-ci est, de fait, l'entente entre le patient et le thérapeute

(Ardito & Rabellino, 2011). Elle se forme à travers le contact, grandement aidée par la capacité empathique du thérapeute, qui s'emploie à comprendre l'expérience du client, à communiquer de manière respectueuse et non-jugeante, et être authentique et non sur la défensive (Lambert, 2001). Ainsi, les qualités du thérapeute lui-même impactent sur sa capacité à déployer les facteurs d'efficacité décrits plus haut. Ces qualités étant difficilement séparables du processus de création d'alliance, il devient important d'explicitier les éléments influençant la collaboration qui dépendent moins de ces qualités que de l'élaboration de la pratique clinique.

En tête des effets thérapeutiques bien documentés qui ne reposent pas ou peu sur les spécificités du thérapeute, on trouve les effets de feedback. Ceux-ci semblent influencer entre 5 et 11% de la variance des résultats (Hawkins et al, 2004; Lambert & Shimokawa, 2011; Miller, Duncan, Brown, Sorrell, and Chalk, 2006; Sapyta, Riemer, et Bickman, 2005). Ce n'est donc pas une surprise si le feedback, dont le rôle dans la collaboration et l'alliance thérapeutique vient d'être suggéré, est en passe de devenir une pratique commune dans beaucoup de disciplines psychothérapeutiques. Il est en ligne de mire de plusieurs chercheurs et instituts dans le cadre des psychothérapies (Lambert et al., 2001 ; Lutz, De Jong, Rubel, 2015 ; Wampold, 2015). Cependant, peu des articles portant sur les effets du feedback en font un rapport synthétique qui regroupe différentes sources pour offrir des conclusions sur ses effets. De plus, il n'existe pas de texte en français exposant ces connaissances. Pourtant, elles méritent d'être utilisés par les thérapeutes et d'être enseignées à ceux en cours de formation ou en développement professionnel.

Le Feedback

En 1996, Kluger et DeNisi conduisaient une méta-analyse de grande envergure s'interrogeant sur la contribution que pouvait avoir le fait d'utiliser ou non du feedback dans diverses activités humaines. Ils trouvèrent un effet peu conséquent, voire moyen, des interventions utilisant du feedback ($d = .41$), et avancèrent qu'à peu près deux tiers des individus recevant du feedback démontraient une petite hausse de performance par

rapport à ceux n'en recevant pas. Ceci invite la communauté scientifique à tester les effets de différentes formes de feedback dans différents cadres. Le feedback, de manière générale, se réfère à une restitution d'un système à lui-même. Dans les systèmes impliquants des humains, un feedback est donc une information à propos du produit du système, qui revient aux acteurs de ce système. Un exemple tout simple serait celui d'un participant produisant des sons avec un instrument, et recevant ensuite une valeur en décibels indiquant la force de ces sons. Il est tout de suite apparent que le feedback peut être très varié en termes de contenu (e.g. : le participant reçoit des détails techniques sur les sons qu'il produit) et d'intention (le participant reçoit une note subjective sur la musicalité des sons). Plus spécifiquement, le feedback dans le cadre de cette revue ciblée sur la thérapie se réfèrera à toute forme de retour d'information prodigué par le patient au thérapeute quant à sa situation personnelle, à une intervention, une session ou toute autre unité de traitement. Qui plus est, nous relatons ici les recherches faites sur du feedback standardisé. Celui-ci implique un usage de mesures de résultats ('outcomes') et/ou d'alliance, que le patient remplit et qui sont transmises au thérapeute, dans le but de lui permettre d'adapter sa pratique au cours du traitement.

En 2001, Lambert soutenait que la recherche centrée sur le patient servirait à combler la distance entre la recherche sur l'efficacité et l'efficacité thérapeutique, et la pratique clinique. Dans cette optique, Harmon, Lambert et Smart (2007) rapportaient que de fournir un feedback aux thérapeutes prévenant ceux-ci de changements dans l'état de leurs patients, menait à une amélioration des résultats cliniques. Depuis, bien que certains, forts d'essais cliniques standardisés et randomisés (voir par exemple Amble et al., 2014) avancent un effet positif modeste du feedback sur la qualité des résultats de services psychothérapeutiques, cet effet est en général mal spécifié et n'est pas mis en comparaison avec des effets similaires obtenus par d'autres chercheurs, avec différents systèmes de feedback ou sur d'autres populations. Il convient donc de regrouper des sources constatant la présence (ou l'absence) de tels effets et à en distiller le consensus de sorte à établir une vision claire et détaillée de ce qui est accompli par le feedback en milieu clinique, et sous quelles conditions. Le

feedback impacte la psychothérapie, mais encore faut-il savoir comment il en impacte l'efficacité – un terme qui se soucie du degré d'amélioration ou de détérioration.

Il faudrait un à plusieurs volumes pour décrire et regrouper toutes les formes de feedback jamais utilisées en thérapie et les études faites sur leurs impacts individuels sur les résultats thérapeutiques. Cette revue tente en conséquence de regrouper les résultats d'études faites sur deux types de feedback communément utilisés ; l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2 et OQ-30 ; Wells, Burlingame, Lambert, Hoag & Hope, 1996) et le Partners for Change Outcome Management System (PCOMS; Duncan, 2012). Ces deux formes de feedback sont sensibles au changement sur le cours-terme, ce qui les rend particulièrement pertinentes aux effets thérapeutiques. Elles sont également standardisées, couramment utilisées, et, grâce à une attention particulière de la part des chercheurs, ont fait partie de nombreuses études randomisées-contrôlées qui font état de leurs performances. Ces systèmes sont donc des éléments appropriés pour tenter d'isoler le rôle du feedback en tant que facteur thérapeutique. Lambert, un des pionniers de l'OQ-45 a déjà contribué à plusieurs méta-analyses au sujet de son efficacité, cependant étant donné son statut en tant que développeur de ce système il convient de diversifier les sources qui étayent cette efficacité. Il faut aussi noter que ces méta-analyses n'accordent que peu de place à d'autres systèmes de feedback reconnus ; c'est dans cette optique qu'une revue de littérature sur deux systèmes de feedback en compétition prend tout son sens.

Pour les besoins de ce texte, nous utiliserons le terme de Routine Outcome Monitoring (ROM ; Wampold, 2015) pour désigner la collection de données de résultats au sein d'une thérapie, et parlerons de 'feedback ROM' pour indiquer l'ensemble des pratiques où cette collection est intégré à un suivi, mais surtout les deux systèmes susmentionnés (OQ-45 et PCOMS). Il convient de présenter les différentes composantes de ces systèmes, et de les étayer avant de donner une vue d'ensemble des résultats qu'ils fournissent.

II. Les systèmes de feedback

Comparaison des systèmes

L'OQ-30/45 et le PCOMS sont tous deux auto-administrés, c'est-à-dire remplis par les patients eux-mêmes. Les recommandations pour l'OQ-45 suggèrent de l'administrer de manière standardisée avant chaque session. Comme il sera expliqué par la suite, l'OQ-45 a une fonction de récolte de données mais aussi de signalement au thérapeute quand certaines valeurs seuil sont excédées. Un système de codes-couleurs vient alerter le thérapeute quant aux scores du patient, et leur signification. Il y a donc une communication silencieuse entre le patient, qui remplit la forme, et le thérapeute, qui en reçoit les résultats avec une recommandation.

Pour le PCOMS, la partie ORS, qui récupère des informations sur le fonctionnement et ressentis récents du patient est typiquement administrée avant la séance. La partie SRS, par contre, se fait après chaque séance, les patients indiquant ainsi leur opinion sur la séance qui vient de prendre place. La partie ORS est administrée avant une séance si le thérapeute souhaite avoir les informations sur le fonctionnement et le ressenti de son client pendant la semaine qui a précédé la séance. Ce que le patient transmet à travers les échelles visuelles (ORS comme SRS) fait immédiatement l'objet d'une discussion, ou le patient a l'opportunité d'expliquer ce qu'il pense qui va ou ne va pas dans la thérapie. Un dialogue réflexif sur l'impact de la thérapie, et sur l'alliance thérapeutique, se met donc en place. C'est donc une communication directe entre le thérapeute et le patient faite sur la base de l'outil.

Description de l'OQ-45

L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2 ; voir en annexe) de Lambert et collègues (1996) est un outil de mesure auto-rapporté, consistant de 45 items répartis en trois sous-échelles. Ces sous-échelles mesurent quatre domaines de fonctionnement : les symptômes de dérangement psychologique (notamment l'anxiété et la dépression), les problèmes

interpersonnels, le fonctionnement social et la qualité de vie. L'OQ-45 est conçu pour être utilisée de manière répétée, et ce idéalement avant chaque rendez-vous thérapeutique, afin d'évaluer la progression du patient. Elle produit des scores entre 0 et 180, les scores au-dessus de 63 indiquant un problème clinique. Une analyse de cet outil par Umphress, Lambert, Smart, Barlow et Clouse (1997) a démontré qu'il possédait une bonne sensibilité (.85) et une spécificité modérée. En d'autres termes, l'OQ-45 a une forte capacité à rendre un résultat positif lorsqu'une hypothèse est vérifiée, et une capacité adéquate à donner un résultat négatif quand une hypothèse n'est pas vérifiée.

On constate également une forte fiabilité de type test-retest ($r = .84$) ainsi qu'une forte cohérence interne ($\alpha = .93$). En d'autres termes, il y a peu de variabilité dans les résultats quand la même personne passe le test plusieurs fois en peu de temps, et les réponses aux questions au sein du questionnaire qui portent sur le même sujet sont fortement corrélées. Un sujet donnera, par exemple, des réponses similaires aux items « I feel lonely » et « I feel blue ».

Pour ce qui est de l'interprétation le manuel de l'OQ-45 préconise d'interpréter un changement de 14 points dans la direction attendue comme étant indicatif d'une amélioration fiable, voire d'un rétablissement si le nouveau score se trouve dans la fourchette des scores fonctionnels, donc en dessous de 63. Les changements de moins de 14 points sont considérés comme ne reflétant pas un changement, tandis que les changements de 14 points ou plus dans la direction contraire aux attentes constituent dans ce paradigme une détérioration fiable.

Application de l'OQ-45

Le manuel d'implémentation de l'OQ-45.2 recommande une application initiale pendant la première séance lors de l'anamnèse, et à chaque séance par la suite. Il prescrit de décrire l'OQ au patient (ou responsable du patient) comme étant un questionnaire de routine qui permet de surveiller le sentiment de bien-être du patient, tout comme on surveille la santé physique d'un patient en faisant des tests sur le sang ou de la pression

vasculaire. Le manuel insiste sur le fait de prévenir que de compléter le questionnaire est fortement encouragé, mais néanmoins optionnel. On informe aussi les patients que le remplissage du questionnaire fait partie de la routine de traitement, et qu'on ne les a pas sélectionnés spécifiquement. Le manuel ajoute que d'expérience, il a été constaté que l'attitude des patients envers la complétion des mesures est très dépendante de l'attitude des professionnels qui les leur présente : ainsi, des attitudes positives de la part des thérapeutes généreront des attitudes positives chez les patients, et il en va de même pour les attitudes négatives. Très peu de patients rejettent les mesures si les cliniciens les décrivent comme utiles et bénéfiques pour les patients. Les cliniciens, ou ceux qui donnent les instructions aux patients, doivent les encourager à remplir les questionnaires de manière honnête et consciencieuse, et de faire attention à compléter tous les items. Il est crucial que quiconque administre l'OQ aux patients leur fasse comprendre et accepter au préalable l'usage de ces questionnaires car toute émotion ou croyances négatives des clients aura des chances de porter atteinte à la validité des résultats. Il a été constaté que l'administration de l'OQ s'intégrait mieux dans le déroulement de la pratique clinique quand un processus standardisé d'administration était développé et suivi ; le manuel recommande donc l'élaboration et l'utilisation d'un tel processus. Celui-ci devrait idéalement comprendre la possibilité pour les patients de compléter le questionnaire peu avant chaque visite, de manière à ne pas perdre de temps réservé à un entretien clinique. L'usage de l'OQ-A permet aux questionnaires d'être rempli via une application digitale, ou en format papier qui peut être scanné ultérieurement dans le système OQ-A par le personnel aidant. Le manuel affirme qu'un personnel habitué aux mesures prend, de la distribution de la forme au téléchargement vers le serveur OQ-A, environ 30 secondes à compléter le processus entier.

Traitement des résultats de l'OQ-45

Une fois l'OQ-45 rempli par un patient, ses scores sont analysés et un rapport de feedback est rédigé en conséquence. Le plus souvent, ce rapport est généré par un système automatisé qui réagit aux scores, offrant au

thérapeute non seulement ceux-ci, mais aussi une indication globale sur le patient. Le système fait parvenir aux thérapeutes des ‘feedback statements’ codés par couleur, chaque couleur étant accompagnée d’une alerte d’état différent du client et d’une recommandation :

- Rapport feedback blanc: «Ce client est dans la fourchette normale de fonctionnement. Envisager de mettre fin à la thérapie.»
- Rapport feedback vert: «Le taux de changement du client est dans une fourchette adéquate. Aucun changement recommandé de traitement.»
- Rapport feedback jaune: «Le taux de changement du client est moins qu’adéquat. Recommandations : Envisager de changer le plan de traitement en intensifiant le traitement, modifiant les stratégies d’intervention et en surveillant attentivement les progrès. Ce client pourrait ne pas recevoir de bénéfices significatifs de la thérapie.»
- Rapport feedback rouge : «Le client ne progresse pas comme attendu. Il y a des risques qu’il ou elle cesse de suivre son traitement prématurément ou que sa situation s’empire. Il faut prendre des mesures pour reconsidérer ce cas avec circonspection et décider d’une nouvelle marche à suivre. »

Les rapports jaunes et rouges indiquent donc qu’un patient est ‘off-track’, ou ‘Not-on-track’ (NOT) un terme qui revient souvent dans la littérature du feedback pour indiquer que le traitement en cours n’est pas assez bénéfique, voire détrimentaire. Ces rapports sont censés pousser le thérapeute à réévaluer l’état du patient et les effets de la thérapie, et à agir en conséquence.

Description du PCOMS

Le Partners for Change Outcome Management System (PCOMS; PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005) a émergé suite à la constatation que malgré ses nombreuses forces, l’OQ-45 engendrait des plaintes parmi les traitants quant au temps nécessaire pour le remplir, ainsi qu’un manque de pertinence vis-à-vis de nombreuses préoccupations

amenées en thérapies par des clients (Duncan, 2012). Le système PCOMS a donc été conçu en essayant de garder en tête la pratique clinique, et les cliniciens de première ligne ; les différentes mesures qu'il met en pratique sont d'ailleurs disponibles gratuitement pour les praticiens individuels à heartandsoulofchange.com. Il met en place un dialogue spécifique entre ceux-ci et leurs clients, encourageant de manière inédite un processus continu de mesure et de discussion à la fois du progrès thérapeutique (ou de son absence), et de l'alliance thérapeutique. Le PCOMS utilise pour ce faire deux échelles de 4 items, l'une portant sur les résultats, l'Outcome Rating Scale (ORS; Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003), et l'autre évaluant l'alliance thérapeutique, le Sessions Rating Scale (SRS ; Duncan et al., 2003). De nombreuses études ont été réalisées sur les qualités psychométriques de ces deux échelles.

Echelle PCOMS : ORS

L'Outcome Rating Scale, ou échelle d'évaluation des résultats mesure quatre dimensions de domaines de vie, inspirés de ceux de l'OQ, qu'il convient d'énumérer :

- (1) Individuelle – cette dimension se penche sur la détresse personnelle ou symptomatique, et le bien-être du client
- (2) Interpersonnelle – mesure la détresse relationnelle ; comment le client fonctionne socialement et son ressenti de ses relations intimes
- (3) Sociale – la perspective du client sur sa satisfaction concernant ses relations au travail, en dehors de la maison
- (4) Générale (overall) – interroge la vision d'ensemble que le patient a de son bien-être.

Ces quatre dimensions sont représentées en échelles visuelles analogues (sans marquage indicatif), en tant que lignes de 10 cm, qui donnent un score total maximum de 40. Les patients ont pour instruction d'indiquer visuellement sur chaque dimension leur niveau de bien-être en réponse à la question suivante : « Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant le pire que ce problème puisse être et 10 étant là où vous aimeriez que les choses en soient, où en sont les choses maintenant ? ». Le score sur chaque dimension

se compte ensuite en mesurant, au millimètre près, la distance entre 0 et le point marqué par le client. Le tout est aisément compris par les adultes et adolescents, ne demandant qu'un niveau moyen de lecture de 12-13 ans. L'ORS a été traduit pour usage en 25 langues et dans de nombreuses cultures. Ce protocole a depuis été adapté pour l'usage des enfants avec le Child Outcome Rating Scale (CORS ; Duncan, Miller & Sparks, 2003a).

Miller, Duncan, Brown, Sparks et Claud (2003) débute la recherche utilisant l'ORS en récoltant des données normatives sur un échantillon non-clinique. Ils évaluent ainsi la fiabilité et validité de l'ORS, et la faisabilité de son implémentation. En résumé, l'ORS montre une validité adéquate, une fiabilité solide et une haute faisabilité (qui se réfère à la probabilité que l'outil sera vraiment utilisé en milieu clinique). Les auteurs notent néanmoins que les problèmes typiquement associés avec les mesures auto-reportées (Boulet & Boss, 1991) se rapportent aussi à l'ORS.

Les études de validation de l'ORS (Bringhurst, Watson, Miller & Duncan, 2006 ; Campbell & Hemsley, 2009 ; Miller et al, 2003) tout autant que des études cliniques (Slone, Reese, Mathews-Duvall & Kodet, 2015) affirment que celui-ci produit des scores très fiables, avec des valeurs de coefficient alpha proches de .9 au sein des deux types d'études. L'ORS a également bénéficié d'une comparaison avec l'OQ-45 (Bringhurst et al, 2006 ; Campbell & Hemsley, 2009 ; Miller et al, 2003), des corrélations entre .53 et .74 indiquant une validité concurrente de l'ORS par rapport à celui-ci. Différentes études ont constaté que les améliorations de scores en ORS reflétaient en pratique des améliorations écologiques, notamment au sein de couples (Anker, Duncan & Sparks, 2003) et dans les performances de soldats à l'armée (Schuman, Slone, Reese & Duncan, 2015). Duncan (2014), en analysant plus de 400,000 administrations de l'ORS, en vient à la conclusion que l'indice de changement fiable tombe à 6 points, et corrobore le chiffre avancé par une précédente étude (Miller & Duncan, 2004) pour un palier de changement clinique significatif de 25 points. Slone et collègues (2015) étayent également cet indice.

Echelle PCOMS : SRS

Le Session Rating Scale (SRS), ou échelle d'évaluation de la session, permet aux thérapeutes d'identifier et de corriger avec leurs clients des problèmes potentiels avant que ceux-ci n'influent négativement sur les résultats ou ne finissent pas par causer une cessation de traitement (Sharf, Primavera & Diener, 2010). Le SRS transcrit le ressenti d'un patient en échelles visuelles analogues, de manière similaire à l'ORS, mais cette fois par rapport à l'alliance thérapeutique. Cette compréhension de l'alliance est basée sur les composantes classiques de l'alliance avancées par Bordin (1979, 1994), notamment le lien relationnel et le niveau d'accord entre client et thérapeute quant aux buts et aux tâches de la thérapie, et est symbolisée encore une fois par quatre échelles. La première permet au patient de jauger la session, en choisissant un point sur le continuum allant de « Je ne me suis pas senti(e) écouté(e), entendu(e) et respecté(e) » à « Je me suis senti écouté(e), entendu(e) et respecté(e) ». En deuxième lieu, une échelle mesure la conversation en termes de correspondance aux attentes du patient. Celui-ci fait une estimation entre « Nous n'avons pas travaillé sur ce sur quoi je voulais travailler ou parlé de ce dont je voulais parler », à la proposition inverse. Troisièmement se présente une échelle d'approche ou de méthode, qui demande au client d'évaluer la rencontre en allant de « L'approche du thérapeute ne me convient pas, » à la proposition inverse. En dernier lieu, la quatrième échelle se penche sur la perception de la rencontre par le client, qui doit faire une estimation entre « Il manquait quelque chose dans la séance d'aujourd'hui, » à « Globalement, la séance d'aujourd'hui m'a convenu. » Comme l'ORS, le SRS ne prend qu'une ou deux minutes à administrer, scorer et discuter. Le SRS est cotée comme l'ORS, en ajoutant le total des points du client (les marques sur les 4 lignes) pour donner un nombre concret.

Les scores du SRS ont reçu autant d'attention que ceux de l'ORS ; on relève de hautes estimations de cohérence interne, avec un alpha moyen entre .92 et .96 (Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010 ; Duncan et al., 2003 ; Miller & Duncan, 2004 ; Reese et al., 2010), suggérant que le SRS mesure une seule construction théorique, autrement dit une mesure unique et

globale de l'alliance thérapeutique. Ceci cadre bien avec d'autres études sur les mesures d'alliance tel que le Working Alliance Inventory (WAI ; Horvath & Greenberg, 1989). Pour ce qui est de la fiabilité test-retest, trois études (Miller & Duncan, 2004 ; Duncan et al, 2003 ; Reese et al, 2010) rapportent un coefficient de fiabilité de .59 (dans une fourchette de .54 – .64), indiquant une stabilité adéquate (Gillaspy & Murphy, 2011). Duncan et collègues (2003) démontrent la validité concurrente du SRS, en comparant avec le Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II; Luborksy et al, 1996). Campbell et Hensley (2009) trouvent une corrélation de .58 entre le SRS et le WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989). Ces deux comparaisons confirment la validité concurrente du SRS et de mesures plus étendues de l'alliance. Enfin, notons que Duncan et collègues (2003) étayent la validité prédictive du SRS avec une étude montrant que les scores préliminaires du SRS sont prédictifs des scores ORS après-traitement ($r = .27$), comme l'indiquaient les recherches précédentes sur le lien entre les perceptions premières des patients et les résultats qui s'ensuivent (Horvath & Bedi, 2002).

Une analyse factorielle du SRS (Hatcher & Barends, 1996) nous montre que, en plus du facteur général de force d'alliance que mesure le SRS, deux autres facteurs sont prédictifs de l'amélioration des patients : la collaboration confiante et l'expression d'émotions négatives. L'un se réfère au niveau de confiance que le client a que la thérapie et le thérapeute lui seront utiles, l'autre décrit la liberté que le client a d'exprimer des émotions et réactions négatives au thérapeute. L'analyse factorielle semble donc affirmer que les patients qui se permettent de formuler des désaccords, même mineurs, avec leurs thérapeutes, rapportent de meilleurs progrès en thérapie.

Application du PCOMS

Comme l'expliquent Duncan et Reese (2015), une séance utilisant le système PCOMS commence par la présentation de l'ORS. Celle-ci comporte deux points clés : d'abord, introduire la notion que l'ORS a pour but de garder le ressenti (la 'voix') du patient au centre de la thérapie, et ensuite, expliquer que l'ORS sera utilisé pour évaluer les résultats dans

chaque session. Un exemple d'introduction de l'ORS pourrait se dérouler ainsi :

Thérapeute : « J'aimerais commencer avec ce formulaire court qu'on appelle l'ORS, qui donne une indication de comment vous allez. Cela va servir d'ancrage pour que nous puissions suivre votre progrès ensemble, pour s'assurer que vous êtes sur la bonne voie pour atteindre ce que vous êtes venu accomplir, et que si ce n'est pas le cas, on peut en discuter et essayer autre chose. C'est aussi une façon de s'assurer que votre perspective de comment vous allez reste au centre de notre travail. Voudriez-vous bien le remplir pour moi ? »

Une fois le score total atteint, le but est de créer du sens à partir de celui-ci en engageant l'acteur le plus important du système – le client. La valeur 'point de coupure', une fois expliquée, facilite une compréhension mutuelle de l'ORS et constitue un pas vers un lien entre les marques que fait le client sur le formulaire, avec la thérapie (Duncan & Reese, 2015). La démonstration continue :

Thérapeute : « Je vais simplement mesurer vos résultats ; il s'agit de quatre lignes de 10 centimètres, qui donnent un score de zéro à 40. Je prends cette règle, je mesure les scores, je les additionne et ensuite je vous dis ce que ça implique et vous pouvez ensuite me dire si c'est juste ou pas selon vous... D'accord, vous avez fait 19.8. Cette échelle, l'ORS, a un point de coupure de 25 ; les gens qui tombent sous 25 ont souvent tendance à avoir besoin de parler à des gens comme moi, parce qu'ils cherchent à changer quelque chose dans leur vie. Votre score est à peu près la moyenne des gens qui entrent en thérapie, vous êtes donc au bon endroit. Et en regardant ici, sur cette échelle, on peut voir assez facilement que c'est dans la famille et vos relations proches que ça ne marche pas bien en ce moment. Est-ce que ça vous paraît juste ? »

Patient : « Oui, certainement. »

Thérapeute : « Alors, qu'est-ce que vous trouveriez plus utile de discuter ensemble ? »

Patient : « Et bien, j'ai du mal avec mon divorce en ce moment, et j'ai du mal à m'en sortir, [le patient élabore...]. »

Thérapeute : « Donc, si je comprends bien, vous avez du mal avec le divorce, spécifiquement sur pourquoi c'est arrivé et votre part là-dedans. Vous voulez y réfléchir et trouver des indices quant à ce qu'a été votre contribution. Vous avez marqué l'échelle interpersonnelle le plus bas [le thérapeute indique l'échelle]. Est-ce que cette marque représente vos difficultés et votre envie de compréhension ? »

Patient : « Oui. »

Thérapeute : « Donc, si on arrive à discuter de cette situation et à trouver des explications qui vous font sens, vous pensez que ça va faire bouger cette marque vers la droite ? »

Patient : « Oui, c'est ce que j'espère et je pense que ça m'aiderait beaucoup. Je sais que je n'ai pas été sans reproches dans la relation et j'aimerais comprendre mon rôle dans tout ça. »

L'ORS met donc en place un cadre sur lequel peut se dérouler le reste de la séance. Le SRS (Duncan et al., 2003), en revanche, a meilleur temps d'être introduit à un moment que le thérapeute juge opportun selon son style. Un exemple d'introduction :

« Prenons un instant pour que vous remplissiez l'autre formulaire sur notre travail ensemble, le SRS. C'est un peu comme prendre la température de notre séance d'aujourd'hui. Est-ce que c'était trop froid, trop chaud ? Est-ce qu'il faut changer le thermostat ? L'idée est de faire tout notre possible pour rendre notre travail ensemble bénéfique pour vous. Si quelque chose ne va pas, la meilleure chose que vous pouvez faire pour moi c'est de me le laisser savoir, parce qu'à ce moment-là je peux faire quelque chose pour y remédier. Est-ce que vous voulez bien faire ça pour moi ? »

Dans le cadre du SRS, le point de coupure est de 36 ; pour les patients qui mettent un score plus haut, le thérapeute a seulement besoin de remercier le patient, en lui demandant ce qu'il/elle a trouvé particulièrement utile et en l'invitant à informer le thérapeute au cas où il y aurait moyen d'améliorer la thérapie. En dessous de 36, la conversation est similaire mais

metts l'emphase sur ce qui peut être fait pour améliorer la thérapie. Un exemple :

Thérapeute : « Merci d'avoir fait ça pour moi. On dirait que ça aurait pu mieux se passer pour vous aujourd'hui. C'est bien à ça que sert le formulaire. Dites-moi, qu'aurais-je pu faire différemment ? »

Patient : « Et bien, ce n'est pas que ça s'est mal passé. Mais ça va peut-être me prendre du temps. »

Thérapeute : « D'accord. Est-ce qu'il y a autre chose que j'aurais dû vous demander ? »

Patient : « Non, c'est juste que je pense que j'aurais besoin de temps pour avoir confiance, pour croire que ça me fait du bien. Je n'y connais rien, à la thérapie. J'ai seulement vu un psychiatre et pris des médicaments jusqu'à maintenant. »

Thérapeute : « Entendu, je comprends. Vos scores sur les échelles 'Approche ou Méthode' et 'Séance dans sa globalité' sont un peu plus bas que les autres. Donc, c'est en partie une question de temps, et si on continue sur le bon chemin, ils vont remonter ? »

Patient : « Oui. Après qu'on ait parlé un peu plus de ce que je peux faire pour arrêter de ruminer. »

Thérapeute : « Je comprends tout à fait. Quand on se mettra à discuter des marches à suivre concrètes, comme les stratégies cognitives qu'on a évoquées, ça va vous aider ? »

Patient : « Oui, je pense. »

Le SRS pourvoie donc une structure qui reflète sur l'alliance, donne une opportunité d'adresser les problèmes qui auraient pu se présenter, et démontre que le thérapeute s'intéresse à former une bonne relation avec le patient. Après la première séance, ce que demande le PCOMS peut être ramené à simplement : « Est-ce que ça va mieux ? » Les scores ORS sont utilisés pour engager le client dans une discussion de son progrès, et, plus important, de ce qu'il faudrait faire différemment s'il n'y en a pas eu. Quand les scores ORS remontent, il est crucial pour encourager le changement d'aider les patients à percevoir tout gain comme étant une conséquence de

leurs efforts. Quand ceux-ci atteignent un plateau, ou un seuil considéré comme étant le maximum qu'ils peuvent bénéficier du traitement, il est temps de commencer à planifier une récupération continue en dehors de la thérapie (Duncan & Reese, 2015).

Déroulement d'une étude type

Lambert et Shimokawa (2011) ont écrit une des méta-analyses faisant état des résultats d'études RCT sur le feedback, et la seule qui fait état des performances des deux systèmes d'intérêt à cette revue. Leur analyse narrative d'une de ces études permet une compréhension plus directe et concrète de comment de telles études se déroulent. Nous répétons donc ici cet exercice. Dans l'étude de Reese et collègues (2009), 131 clients (desquels ils retiendront 74 dans les données finales) furent assignés soit à la condition feedback (PCOMS) soit à celle sans feedback, ceci afin d'investiguer l'effet du feedback sur les résultats de la thérapie. Le groupe sans réalisation de feedback constitue le groupe contrôle de l'étude. Dans le groupe expérimental, le PCOMS (décrit plus loin) vient moduler le début et la fin de chaque séance. Ces deux groupes furent comparés une fois l'intervention terminée, en utilisant les scores pré- et post-traitement, notamment la valeur de changement entre les scores initiaux et post-traitement de l'échelle ORS (Outcome Rating Scale ; voir la section explicative plus loin). Les auteurs rapportent une différence significative, forte d'une taille d'effet de $d = .54$. Ils avancent qu'alors que 80% des clients en groupe 'feedback' montrent un changement viable, seulement 54% des clients TAU (Treatment As Usual ; sans feedback) en font de même. 4% des patients dans le groupe feedback atteignent un seuil de détérioration, alors que 13% de ceux en TAU parviennent à ce stade.

III. Méthodologie

Identification et sélection des articles

Cette revue se penche sur des interventions de feedback introduites au sein de suivis thérapeutiques variés, les mesures de feedback continu étant, en principe, athéoriques et non-liées à des paradigmes thérapeutiques spécifiques. Il existe un corps de recherche étendu (Lambert & Coco, 2013) qui se concentre sur de tels suivis.

Le moteur de recherche Offshore Vessel Inspection Database (OVID) a été utilisé pour choisir une importante partie des articles de cette synthèse, en limitant les paramètres de recherche à des bases de données pertinentes telles que PsycINFO, PsycARTICLES et Ovid MEDLINE. Relancé pour la dernière fois le 13 décembre 2017, le processus de recherche regroupant par étapes les termes pertinents se déroule comme suit :

Le premier mot clé, feedback, génère 115 586 résultats. Efficacy génère 305 390 résultats ; effect size (terme choisi pour ramener des études qui quantifient la magnitude des effets qu'elles trouvent) 31 488. Les termes combinés (opérateur 'ou') rapportent 330 551 résultats.

Les tronc de mots 'therap*' et 'psychotherap*', rapportent 1 091 680 et 202 769 entrées respectivement. Combinés, ils génèrent 1 161 310 entrées.

Le terme OQ-45 donne 321 résultats, OQ-30 en donne 21 ; combinés ils en produisent 330. Les termes ORS et SRS produisent 11 200 et 3385 résultats ; le terme PCOMS en génère 79. Tous les systèmes regroupés sous un seul terme constituent un total de 14 884 articles. En recoupant ces articles avec les termes précédents (Feedback, termes combinés efficacy-effect size et therap*-psychotherap*, opérateur ET, termes combinés de systèmes de feedback), on arrive à une sélection de 124 articles.

Pour vérifier la pertinence de ces articles à la discussion actuelle des psychothérapies, les articles datant d'avant 1996 (date d'élaboration de l'OQ-45) ont été exclus, de sorte à ce que les articles restent pertinents aux mesures de feedback modernes. Une fois le filtre appliqué sur OVID le

nombre final est 122. Ce changement minime n'est pas surprenant car les systèmes recherchés sont ultérieurs à 1996 et leurs sigles n'avaient que peu de chance de figurer dans des articles par hasard.

Un tri manuel s'en est suivi pour écarter les articles qui ne faisaient que mentionner certains des termes ou qui utilisaient un autre système de feedback que ceux susmentionnés. On a également exclu les doublons ou articles sans travail empirique. Ce tri a permis de constituer un noyau de 43 articles venant des bases de données Ovid et ayant trait aux systèmes de feedback choisis tout en se conformant aux exigences de la revue de littérature. Un processus de tri additionnel viendra séparer une vingtaine d'articles des autres : les articles précisant une taille d'effet aux effets qu'ils avancent seront mis de côté et intégrés à la section 'Résultats' de cette revue. Les autres articles interviendront dans la revue de littérature mais sans faire partie de la pondération de taille d'effet qui constitue la 'base empirique' sur laquelle est jugée les effets du feedback sur la thérapie. Quelques autres articles acquis indépendamment, via une recherche sur Google Scholar basées sur les citations d'articles de chercheurs notoires dans la recherche sur le feedback (Lambert, Reese, Duncan, ...) viendront compléter ce noyau, qui restera néanmoins la source première et privilégiée d'information.

Les tailles d'effets parmi les résultats relevés ont été, dans la mesure du possible, converties au d de Cohen. Pour rappel, celui-ci est obtenu en divisant la différence moyenne par l'écart type. Le chiffre quantifie alors la taille d'un effet incluant deux groupes dans lesquels on compare une même variable. Il nous indique donc une mesure de la force d'un effet qui crée une différence entre ces deux groupes. Les seuils quelque peu arbitraires de .2, .5 et .8 expriment des tailles d'effets petites, moyennes et grandes respectivement.

Les valeurs Chi-carré (χ^2) exposés dans diverses études ont été convertis en utilisant la méthode de Rosenberg (2010), qui obtient des valeurs de corrélation (r) à partir des valeurs Chi-carré de la manière suivante :

$$r = \sqrt{\frac{\chi^2}{nk}}$$

Où $k = 1$. Les valeurs r sont ensuite transformées en d de Cohen à travers la formule qui suit :

$$d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$$

La conversion des tailles d'effets a été accomplie principalement sur le site <https://www.polyu.edu.hk/mm/effectsizefaqs/calculator/calculator.html>, qui permet d'entrer les données de taille d'effet dans une forme et de les convertir immédiatement en formes standardisées.

IV. Résultats

Cette section présente une analyse narrative de la recherche accomplie sur les deux systèmes de feedback ROM privilégiés dans cette revue. Les tableaux recensent les tailles d'effet et d'échantillon d'études choisies, tandis que les textes qui suivent proposent un sommaire du consensus général, ainsi qu'un aperçu des découvertes et des contributions notoires d'études particulières.

Effet global du feedback OQ-45 sur l'efficacité

Tableau 1 : Etudes sur l'effet global du feedback OQ-45 sur l'efficacité

Nom de l'étude	Nombre de patients	Précisions	Taille d'effet
Amble, Gude, Stubdal, Andersen, Wampold (2015)	259	Effet constant à travers 6 cliniques	$d = .32$
Crits-Christoph et al. (2012)	304	Effet sur patients NOT ¹	$d = .48$
De Jong et al. (2014)	475	Effet sur patients NOT. A court terme (<35 semaines) : Feedback Feedback partagé Feedback partagé à long terme Après 35 semaines Après 78 semaines	$d = .91$ $d = 1.28$ $d = .16$ $d = .20$
Harmon et al. (2007)	(1374, 1445)*	Effet sur patients NOT. CST ³ renforcent cet effet.	$d = .33$ $d = .73$
Lambert et al. (2001)	609	Effet sur patients NOT	$d = .44$
Lambert et al. (2002)	1020	Effet sur patients NOT	$d = .40$
Probst et al. (2013)	252	Effet sur patients NOT	$d = .54$
Slade (2008)	Détail des conditions : Feedback	La condition TAU ² montre 21.3% de détériorations chez les patients. Feedback est soit immédiat, soit une semaine plus tard (conventionnel). L'effet	

au feedback adjoint des CST. Ils expliquent cette amélioration en remarquant que les CST encourageant les patients Not-on-track (NOT) à rester plus longtemps (4.5 sessions en moyenne) en thérapie. Harmon et collègues suivent ces chiffres de près, à .33 pour les effets sans feedback et .70 pour les effets avec. Les tailles d'effets de l'OQ-45 'dopées' par l'adjonction de CST ne sont donc pas représentatifs de son effet 'unique', même si elles restent intéressantes. Si on met à part ces tailles d'effet hors-normes, la moyenne des effets recensés est de .62.

Les patients NOT

Le tableau indique que des dix études choisies, huit ne constatent un effet du feedback OQ-45 que dans les échantillons NOT, c'est-à-dire les patients à risque, qui ne répondent pas de manière attendue et positive à la thérapie. L'étude de De Jong et collègues (2014) a récemment étayé à nouveau les études rapportant un effet protecteur pour les patients NOT. On y trouve deux effets du feedback ; d'abord, sur la thérapie à court terme (moins de 35 semaines), le feedback au thérapeute offre une amélioration à taille d'effet de .91. Contrairement aux résultats de Slade (2008), donner du feedback partagé génère des bénéfices marqués, la taille d'effet avançant à 1.28, une valeur bien au-delà des effets constatés dans le reste de la littérature. Ensuite, l'étude constate que sur le plus long terme, c'est uniquement le feedback partagé qui continue de rapporter des dividendes en termes d'efficacité pour les patients NOT, livrant des tailles d'effets de .16 et .20 à 35 et 78 semaines respectivement.

Le feedback partagé

Slade (2008) utilise une cohorte de 3919 patients, dont 909 sont placés en groupes expérimentaux au début de l'étude. Les autres proviennent de deux groupes de patients d'études précédentes. Les buts de l'étude étaient de répliquer les effets différentiels des CST trouvés précédemment, de comparer le feedback immédiat au feedback délayé d'une semaine, et finalement de comparer le feedback donné au thérapeute

seulement comparé au feedback donné au thérapeute et au patient (feedback partagé). L'étude constate que l'usage des deux types de Feedback (immédiat et conventionnel) et des CST amène, différenciellement, d'important bénéfices en termes de nombre de clients chez qui on constate une amélioration stable. Le e-Feedback sans CST génère une taille d'effet de .47, le feedback conventionnel adjoint de CST arrive à .69 et enfin, le e-Feedback adjoint des CST donne .93, un effet large. Ensuite es conditions feedback, toutes comprises, montrent de meilleurs résultats que la condition contrôle. En revanche, le feedback partagé ne génère pas de différence de résultats appréciable, allant à l'encontre des attentes de l'auteur. L'usage du e-Feedback (instantané) n'améliore pas les résultats par rapport au feedback conventionnel (qui est donné au thérapeute une semaine après la session), mais le e-Feedback semble néanmoins diminuer le nombre de sessions requises pour atteindre ces résultats. Slade suit la tendance des recherches précédentes en trouvant que le feedback empêche une grande partie de la détérioration des clients NOT (allant de 21.3% de détérioration dans le groupe contrôle à 9% dans le groupe feedback et 5% avec les CST). Globalement, cet impact a une taille d'effet de .73. Il semble aussi que le feedback immédiat performe significativement mieux que le feedback à délai d'une semaine, offrant une taille d'effet de .77.

Effet sur les patients On-Track

Pour conclure notre aperçu des recherches sur l'OQ-45, l'étude d'Amble, Gude, Stubdal, Andersen et Wampold (2015) vient apporter, dans un environnement écologique très différent des milieux typiques d'évaluation du feedback, une tentative de corroboration des espoirs portés sur l'OQ-45. Leur taille d'effet, .32, est moindre que celle des méta-analyses présentées en fin du chapitre de résultats, mais les auteurs notent que cet effet, contrairement à d'autres études, n'est pas restreint aux patients NOT, et ne change pas entre les sites de traitement. Ils constatent aussi que les bénéfices du feedback s'appliquent aux patients mais aussi aux thérapeutes, ceux ouvrant et utilisant les rapports de feedback démontrant de meilleures

performances que ceux qui s'en abstenaient, en écho aux découvertes de De Jong et collègues (2012).

L'effet global du feedback PCOMS sur l'efficacité

Tableau 2 : effets globaux du feedback PCOMS sur l'efficacité

Nom de l'étude	Nombre de (patients)	Précision	Taille(s) d'effet
Anker, Duncan & Sparks (2009)	453 couples	Effet pré-post ORS ¹ : Ajustement matrimonial ³ :	d = .5 d = .29
Cooper, Stewart, Sparks & Bunting (2012)	288 patients	Effet ORS & CORS : (Effet amélioré chez enfants agés et handicapés)	d = 1.49
Janse et al. (2017)	1006	Effet ORS : Effet SRS ² :	d = .15 d = .40
Miller et al. (2006)	6424	Effet ORS/SRS :	d = .42
Reese et al. (2009)	110 patients. 28 traitants en formation	Différence de scores entre les patients des thérapeutes formés ou non au PCOMS : Initialement : Après 6 mois :	d = .7 d = .97
Reese & Norsworthy (2010)	46 couples	Effet ORS individuel : Effet ORS sur couple :	d = .72 d = .93
Slone (2013)	85	Effet score ORS : Effet probabilité d'amélioration : Effet baisse du drop-out	d = .35 d = .64 d = .45

¹ ORS : Outcome Rating Scale ; concentrée sur les le CORS est la version pour jeunes

² SRS : Session Rating Scale ; concentrée sur l'alliance

³ Score ajustement matrimonial dérivé du LW : Locke-Wallace Marital Adjustment Test (Locke & Wallace, 1959)

Le tableau indique des tailles d'effets comparables à celles de l'OQ-45, avec neuf tailles d'effets moyennes relevées sur un total de 13. Les effets 'grands' sont une fois de plus des effets ciblés. L'un vient d'une étude indiquant un impact plus important, comme pour l'OQ-45, du PCOMS sur la thérapie à long terme, l'autre est un effet sur la détresse psychologique

d'enfants en traitement. On peut s'attendre à ce l'effet du PCOMS soit donc lui aussi, vu le poids du consensus, dans une fourchette d'effet moyen.

Notons que les études sur le PCOMS tendent à être plus variées en termes de mesures de résultats indépendantes que celles sur le PCOMS. Récemment, Janse, De Jong, Van Dijk, Hutschemaekers et Verbraak (2017) tentent de préciser la contribution exacte du feedback PCOMS aux thérapies d'ordre cognitivo-comportemental chez 1006 patients, en utilisant une mesure indépendante de résultats (le *Symptom Checklist Revised* ; SCL-90-R ; Derogatis, 1994) qui n'est pas utilisée en intervention mais appliquée avant et après. Ils constatent un nombre plus élevé de patients 'on-track' dans les groupes feedback après cinq sessions. Ils notent que leurs résultats, contrairement à la grande majorité des études sur le feedback OQ-45, n'indiquent pas de plus-value significative pour les patients NOT, en sachant que cette étude utilise une définition différente pour 'Not-on-track'. Leur étude avance aussi un effet de raccourcissement de la thérapie grâce au PCOMS, une réduction de 12.5% du nombre de sessions qui équivaut à une réduction similaire des coûts de traitement. De surcroît, ils constatent que le feedback agit différenciellement sur différents diagnostics pour réduire la durée de traitement.

Effet du PCOMS sur les couples et les groupes

Anker, Duncan et Sparks (2009) s'intéressent à l'impact du feedback sur la thérapie de couples euro-scandinaves, notamment celui du feedback partagé, qui est véhiculé au thérapeute et au patient. Ils effectuent l'étude sur 453 couples, dans un milieu écologique. Ils mettent en avant une procédure de 'follow-up', où les couples doivent remplir les mesures six mois après la fin de l'étude afin de juger de la viabilité des résultats thérapeutiques. L'usage de modèles multi-niveaux hiérarchiques (Hierarchical Linear Modelling ; HLM) est justifié ici par la nature imbriquée des données de thérapie de couples, et complété par un contrôle des scores pré-traitement. Il émerge que le feedback améliore la proportion des patients répondant au traitement (de 42% en TAU contre 65% en groupe feedback), et empêche l'émergence de cas à risques (75% en

TAU contre 55% en groupe feedback). Le follow-up indique que le feedback impacte de manière significative si le couple reste ensemble ou non. Les auteurs notent également une relation forte mais préliminaire entre l'efficacité d'un thérapeute et la taille de l'effet de feedback : les thérapeutes précédemment classés comme moins efficaces bénéficient plus du feedback que leurs collègues.

Reese et Norsworthy (2010) effectuent une réplique l'année suivante en utilisant un échantillon de couples américains. Les résultats sont comparables à ceux de l'étude répliquée ; les couples en condition feedback ont de meilleures chances (quatre fois plus) de voir leurs scores changer de manière fiable et significative, et montrent significativement plus d'amélioration et ce à un taux de changement plus rapide. La différence entre les conditions feedback et contrôle est tout à fait consistante avec la précédente ($d = .48$ contre $d = .5$ respectivement).

Slone (2013) s'intéresse explicitement à ce que le PCOMS est en mesure d'accomplir dans les thérapies de groupe. Bien que limitée par un petit échantillon et une randomisation partielle courante dans les études de groupe, elle trouve des résultats comparables au reste de la littérature (un effet moyen de $.35$) en contrôlant cette fois les données grâce à l'inclusion des scores de fonctionnement initial comme co-variable. Elle étaye également les dires de Slade (2008) qui suggérait un effet de rétention (un plus grand nombre de séances) dû au feedback, ce qui n'est pas anodin étant donné que les patients en psychothérapie qui viennent à plus de séances tendent plus à s'améliorer (Howard et al., 1986).

Effet sur les patients NOT

L'étude de Miller et collègues (2006) implémente un système de signal similaire à celui généralement associé à l'OQ-45, ou une déviation des scores d'un client hors des normes déclenche un signal rouge pour le thérapeute, qui reçoit également des suggestions pour agir contre le problème. Les résultats en bref : l'accès aux scores du client pendant le traitement double la taille d'effet des services au fil du traitement. Les clients des thérapeutes qui ne s'intéressaient pas au feedback, notamment

sur l'alliance (SRS), étaient trois fois moins nombreux à revenir pour une deuxième séance et montraient des résultats en général moins encourageants. Les échelles semblent être bien acceptées par les clients, avec seulement une poignée de plaintes les concernant sur des milliers de séances. Il faut noter une adhérence exceptionnelle à l'usage des échelles, allant jusqu'à 99% parmi les thérapeutes comparés à des études similaires ou l'on note 25% d'adhérence (Miller, Duncan, Brown et al., 2003).

OQ-45 et PCOMS : étude jointe et Méta-analyses

Enfin, penchons-nous sur l'étude de Reese, Duncan, Bohanske, Owen et Minami (2014), qui testent les effets de l'OQ-45 et du PCOMS dans une même démarche de 'benchmarking' (étalonnage). Ils effectuent une comparaison d'efficacité de traitement (incluant le feedback ROM) à des valeurs de référence, des agrégats de plusieurs RCT utilisant du feedback continu, comme certaines des études passées en revue précédemment dans cette section, et les méta-analyses à suivre. Le 'benchmark' développé ainsi est déjà instructif ; on trouve un effet de traitement avec feedback à .61, et un effet sans à .41, basés sur neuf études, dont trois utilisent le PCOMS en entier (ORS et SRS) et six utilisent l'OQ-45. Les résultats indiquent que le traitement au sein de cet institut public produit des tailles d'effets comparables au RCTs évaluant le feedback continu en général (OQ-45 et PCOMS combinés), ainsi que le feedback OQ-45 seul, mais n'arrive pas au standard atteint par les RCTs utilisant le PCOMS uniquement. Qui plus est, l'étude atteint un standard de soin excédant celui de précédents résultats en santé publique (Hansen et al., 2002 ; Weersing & Weisz, 2002). Les auteurs attribuent ces meilleurs résultats à l'introduction depuis cette époque du feedback continu en tant que stratégie d'amélioration d'efficacité.

Il convient aussi de passer en revue le peu de littérature synthétique qui a été généré sur l'OQ-45 et le PCOMS. Ces méta-analyses reprennent beaucoup des études présentées plus haut, en usant de techniques pour diminuer les biais possibles des études et augmenter les tailles d'échantillons. Notons que dû à son émergence relativement récente et le

nombre encore restreint d'études le PCOMS ne figure que dans une des méta-analyses (Lambert & Shimokawa, 2011).

Tableau 3 : Méta-analyses

Nom de l'étude	Détails	Effet(s) constaté(s)	Taille d'effet
Lambert & Coco (2014)	OQ-45 5286 clients sur 6 études. 530 clients NOT ¹ groupés dans 3 conditions comparées au groupe TAU ² .	Amélioration pré/post du score OQ-45 (i) Feedback au thérapeute*** (ii) Feedback partagé*** (iii) Feedback et CST ³ au thérapeute*** Changement fiable (i) Feedback au thérapeute*** (ii) Feedback partagé*** (iii) Feedback et CST au thérapeute*** Réduction de Détérioration (taibles négatives indiquent une prolongation bénéfique du traitement) (i) Feedback au thérapeute* (ii) Feedback partagé (non-significatif) (iii) Feedback et CST***	d = .47 d = .47 d = .70 d = .47 d = .56 d = .72 d = -.43 d = -.2 d = -.8
Lambert & Shimokawa (2011)	OQ-45 : détaillé à côté des effets (Nombre d'études, nombre de patients) PCOMS : 3, 558	OQ-45 sur patients NOT Effet du feedback au thérapeute*** (4, 454) Effet du feedback partagé*** (3, 495) Effet du feedback et CST*** (3, 535) PCOMS Effet global du feedback***	d = .52 d = .52 d = .70 d = .47
Lambert, Whipple & Nielsen (2003)	OQ-45 2605 patients	Effet pré-post chez les patients NOT* Effet sur probabilité d'amélioration* Effet sur taux de détérioration*	d = .34 d = .09 d = .39

¹ NOT : Not-On-Track, des patients ne progressant pas comme prévu dans leur thérapie

² TAU : Treatment As Usual, autrement dit le groupe contrôle ne recevant pas de Feedback

³ CST : Clinical Support Tools, aides thérapeutiques, voir Annexe.

Effet significatif * à $p < .05$; ** à $p < .01$, *** à $p < .001$

Il faut tout d'abord constater que la recherche sur l'usage du feedback continu, à force d'accumulation de données, a fait diminuer la probabilité que les effets constatés soient le fruit de variations normales d'un seuil de 5% (dans la première méta-analyse) à 1% pour une majorité d'effets.

Lambert, Whipple et Nielsen (2003) combinent des études faites se sont faites dans un centre de counseling universitaire. Les 2605 cas étudiés sont randomisés au traitant. L'analyse n'avance que des effets de petite taille, que les auteurs décrivent néanmoins comme très encourageants.

Lambert et Shimokawa (2011) publient la méta-analyse la plus largement citée sur le sujet. Ils utilisent 4,000 patients et sont seuls à présenter les résultats de deux systèmes en compétition. Les études PCOMS n'utilisant pas, pour la plupart, d'analyses séparées pour les patients NOT, la méta-analyse présente des résumés séparés des deux systèmes. Les résultats pour l'OQ-45 sont en fait les mêmes de ceux d'une méta-analyse précédente (Shimokawa, Lambert & Smart, 2010), reconvertis en une forme plus cohérente avec le reste de la littérature sur le sujet. Les résultats indiquent que le PCOMS apporte un effet moyen ($d = .47$) sur la population générale et que l'OQ-45, ciblé sur les patients NOT, fait de même ($d = .52$), que le feedback soit partagé ou pas. L'ajout des CST réhausse cet effet jusqu'à $.7$, non loin du seuil d'effet large.

La méta-analyse de Lambert et Coco (2013) utilise un échantillon large et homogène (plus de 5000 étudiants visitant un centre universitaire de counselling). Il en ressort que les thérapeutes utilisant une combinaison de feedback et CST sur les patients NOT leur confèrent un risque quatre fois moindre que les contrôles de voir leur état se détériorer, et des chances proches de 3.9 fois plus grandes d'atteindre une amélioration clinique significative.

Les méta-analyses tout comme l'étude de benchmarking avancent donc de manière cohérente un effet moyen des deux systèmes de feedback, qui montrent néanmoins quelques différences d'impact.

V. Discussion

Après une présentation des deux systèmes de feedback de Routine Outcome Monitoring (ROM ; Wampold, 2015), des résultats empiriques qu'ils génèrent et une comparaison de leurs performances dans la littérature, il convient de traiter de leurs mérites, d'abord partagés et ensuite respectifs. Malgré des différences indéniables de fonctionnement, d'intégration, de cibles d'effet et peut-être de mécanismes qui seront abordées plus loin, une évidence s'impose : l'OQ-45 comme le PCOMS contribuent de manière significative à l'efficacité de la thérapie. Pour commencer, il est important de noter que ces gains d'efficacité se manifestent de deux différentes manières :

- (i) La protection contre la détérioration de l'état du client, notamment les clients 'not-on-track'
- (ii) Une amélioration accrue des moyennes de scores indiquant l'état fonctionnel des clients ou de leur rapport à la thérapie

Considérons maintenant comment se répartissent ces effets selon le type de feedback : six des neuf études choisies sur l'OQ-45 montrent principalement un effet de protection, tandis que la totalité des études sur le PCOMS avancent des effets d'amélioration sur la globalité de l'échantillon, même si Slone (2013) trouve un effet spécifique de protection contre le dropout ($d = .45$). Il faut remarquer ici que seuls Anker et Duncan (2009) disent explicitement avoir testé cette hypothèse, mais il ne semble pas vraisemblable que d'autres études n'aient pas au moins tenté de faire cette distinction qui s'est révélé si cruciale pour les études sur l'OQ-45. Cet écart devra faire l'objet de recherches futures, pour établir s'il s'agit d'une différence flagrante de population impactée par les deux types de feedback ou d'une simple pièce manquante du puzzle que la littérature moins étendue sur le PCOMS n'a pas encore investiguée.

Une autre piste quant aux effets différentiels des types de feedback pourrait se situer au niveau des diagnostics des patients. Les études concentrées sur une population à psychopathologie distincte semblent en effet générer des résultats différents des études sur une population générale ou sans diagnostic formel. Par exemple, Puschner, Schöfer, Knaup et Becker (2009), qui se penchent sur une population de 294 patients institutionnalisés en hôpital psychiatrique, sont l'une des deux seules études à ma connaissance qui ne trouvent pas d'impact significatif de l'OQ-45 sur les résultats des patients. Les auteurs notent que les recommandations suivant le feedback n'étaient pas enforcées, et rajoutent que l'OQ-45 manque d'items pour évaluer les symptômes psychotiques, entendant que l'outil n'a pas accès à une dimension clé de la santé de ces patients spécifiquement. L'autre étude ne trouvant pas de résultats est celle de Trudeau (2000), qui note que le feedback n'était pas accompagné de recommandations comme dans le reste de la littérature et déplore des différences parmi les groupes pré-traitement.

Rappelons qu'une grande majorité des effets du feedback OQ-45 rapportés dans les résultats sont en rapport avec des populations Not-On-

Track (NOT), aussi appelé cas à signal (signal cases), à l'exception de l'étude de Simon et collègues (2013) et d'Amble et collègues (2015). Cette dernière trouve un effet moindre que les autres études, mais souligne que cet effet est resté constant à travers différents sites et qu'ils n'ont pas décelé de différence entre les patients On-Track et NOT. Les points forts de cette étude incluent un échantillon psychiatrique de taille adéquate et le design multisite, et croisé, ce qui implique que les thérapeutes avaient des patients dans les deux conditions (feedback et contrôle). En revanche, seulement 25% des thérapeutes étaient d'accord d'intégrer l'OQ-45 à leur pratique, et le manque de contrôle de routine des thérapeutes les laissait libres d'adhérer ou non à leur guise au protocole de feedback. Ceci a le mérite de tester l'OQ-45 dans un environnement plus écologiquement représentatif d'une implémentation pratique du feedback, mais constitue une limitation quant à l'application de l'outil lui-même.

L'effet 'protection' vient intervenir dans un cadre où il est estimé que 5-10% des patients qui suivent une thérapie voient leur état se détériorer au cours de celle-ci (Lambert & Ogles, 2003, 2004 ; Mohr, 1995). Cette possibilité très réelle de détérioration est peu étudiée, et certaines études démontrent qu'elle est en général ignorée par les cliniciens, ceux-ci restant confiant dans leur capacité à juger la réponse de patients au traitement (Slade, 2008). Cet état de fait perdure malgré les critiques de Norcross et Lambert (2011), qui affirment que les cliniciens ne remarquent pas la détérioration et surestiment le rythme d'amélioration de leurs clients (voir aussi Walfish, McAlister, O'Donnell, & Lambert, 2012). Hannan et collègues (2005) ont étayé ces critiques en démontrant que sur 550 clients, les thérapeutes prédisaient 3 détériorations (.01% de l'échantillon). Ils trouvèrent subséquemment une quarantaine de détériorations, dont 8 sur 10 ont été prédites par un système de monitoring formel durant l'expérience. On constate aussi que le nombre de fois où un thérapeute est surpris par le feedback d'un client est un prédicteur significatif de résultats (Chow, 2014). Lambert (2015) est donc en bonne position pour affirmer que malgré la conviction de beaucoup de thérapeutes d'être capable de soigner des patients en l'absence d'évaluation formelle, il est clair que la tâche de juger si une réponse au traitement est adéquate est mieux servie par des méthodes

plus systématiques et formelles. C'est là qu'interviennent avec régularité empirique les effets de protection de l'OQ-45 sur les patients 'not-on-track', et c'est ce point qui dessert probablement le mieux cet outil à travers la littérature.

L'effet 'd'amélioration' du feedback, en revanche, semble être le principal apport du PCOMS. Celui-ci s'inscrit, comme son manuel l'indique, dans une démarche assez claire de développement d'alliance, qui, rappelons-le, contribue entre 5 et 7.5% de la proportion de variance des résultats, et une taille d'effet entre .45 et .57 d'après la synthèse de Chow (2014) sur près de 20 ans d'études. Il semble assez clair que le PCOMS, en tant que mesure 'active' de feedback, intégrée à la séance, permet un travail pragmatique et dirigé sur l'alliance, tout en relevant de manière explicite un autre facteur commun, la collaboration. Cette approche axée sur une compréhension mutuelle n'est pas sans rappeler les travaux de Butler et Strupp (1986), qui mettaient l'emphase sur une transition vers un modèle contextuel de compréhension, ciblé sur l'identification de principes d'interactions entre le thérapeute et le patient, censé promouvoir, à terme, un changement thérapeutique. Un autre atout du PCOMS est certainement qu'il est court, simple à remplir pour le patient et facile à coter pour le thérapeute, ce qui explique probablement les nombres de patients qui s'y conforment ; Miller, Duncan, Brown, Sparks et Claud (2003) rapportent un taux d'accord de remplir la mesure de 86%, comparé à 25% à l'OQ-45 à l'époque.

Abordons maintenant les faiblesses de ces deux formes de feedback. L'une des limitations les plus probantes des études sur le feedback est leur dépendance quasi-totale sur des mesures subjectives d'auto-rapport. Une autre, couramment déplorée par la littérature, est leur insuffisance en tant que guide thérapeutique. Une seule mesure générale d'amélioration, d'impact de la thérapie, ne suffit pas en isolation pour prendre des décisions sur le traitement à poursuivre ou changer elle est plutôt vue comme un facteur qui entre en jeu dans un processus décisionnel compliqué qui doit recenser plusieurs perspectives, par exemples des thérapeutes, d'observateurs externes de critères objectifs... (Miller et al., 2006). Cette relative insuffisance du résultat du processus de feedback est aussi critiquée

pour des raisons de rigueur ; le fait qu'un seul outil serve pour mesurer le progrès et les résultats ne mène pas à des conclusions très convaincantes, surtout dans le cas des désordres typiquement évalués sur de nombreux axes psychopathologiques (Simon et al., 2013). L'étude préliminaire de Crits-Christoph et collègues (2012) intéresse non seulement à travers la population étudiée, qui est inhabituelle (304 patients en traitement pour l'abus de substance), mais aussi car elle livre une mesure de progrès qui n'est pas purement basée sur les scores OQ-45 : la consommation d'alcool et de drogues. Qui plus est, l'expérience se déroule en deux phases : la première, qui ne fait qu'implémenter l'administration des instruments, et la deuxième, qui voit pourvoir les rapports de feedback propres à l'OQ-45 aux traitants. Cette manipulation implique partiellement que l'effet protecteur de l'OQ-45 n'intervient qu'après l'émission d'un rapport 'rouge', qui caractérise un patient comme NOT. Ceci apporte des informations quant au mécanisme d'action de l'OQ-45 sur la détérioration. Soulignons néanmoins que cette caractéristique de l'étude a empêché de randomiser convenablement les patients, et qu'en conséquence elle ne correspond pas entièrement aux critères désirés pour cette revue de littérature et n'a donc pas figuré dans la section des résultats. Malgré cela, étant donné le poids du manque de mesures autres que les formulaires de feedback dans les études mises en revue ici, il semblait judicieux de l'inclure ici, alors que nous arrivons aux pistes de recherche future.

Quelles sont les pistes à suivre pour ces deux formes de feedback ? D'abord, aucune RCT à ce jour ne tente de différencier convenablement entre les deux. Il serait utile, à ce stade, de constituer une base d'études qui fait usage des deux types de feedback, pas en conjugaison (ce serait inadéquat pour la thérapie) mais en comparaison, avec l'OQ-45 et le PCOMS (ORS, SRS ou les deux) en tant que variable administrée à deux groupes feedback, comparées à un groupe contrôle sans feedback. Ceci ne se ferait pas dans le but de départager un quelconque 'meilleur candidat' d'entre les deux, mais pour établir si ces deux formes de feedback ont des effets différentiels sur différentes mesures de résultats, par exemple l'alliance thérapeutique, qui bénéficie du feedback (Flückiger et al., 2012), mais aussi sur des mesures fonctionnelles indépendantes, et pas uniquement

auto-rapportées – des mesures remplies par les familles des patients, par exemple.

L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas non plus d'établir si différents diagnostics psychiatriques réagissent différemment à l'introduction du feedback dans la thérapie. Une étude pilote séparant les données des patients par type de diagnostic (troubles de l'humeur, anxiété, troubles de la personnalité, psychotiques...) pourrait établir si c'est une piste valable à investiguer. Il convient aussi de souligner que l'usage du feedback semble ne pas s'avérer efficace dans les cas où les praticiens ne se sentent pas en phase avec l'institution pour laquelle ils travaillent (De Jong & De Goede, 2016).

Les résultats de toutes ces pistes pourront permettre, on l'espère, de décider si la marche à suivre est de recommander qu'on applique différentes formes de feedback dans différentes circonstances, basé sur leurs mérites respectifs, de formuler un nouveau questionnaire qui tente de combiner les qualités des deux, voire de simplement publier des papiers de référence sur l'effet relatif de chacun et laisser le 'marché' clinique décider de qui utilise quelle mesure, comme semblent le recommander Miller et collègues (2006). Il n'est pas à exclure que de telles études ne trouvent pas de différence d'effet entre les deux systèmes : Mikeal, Gillaspy, Scoles et Murphy (2016) ont effectué une étude de 'dissection' du PCOMS, et en sortent la troublante conclusion que l'ORS et le SRS, appliqués indépendamment, génère les mêmes résultats que le PCOMS entier. Il se peut que le dispositif actuel de feedback ROM gagne à être simplifié, pas complexifié.

Il convient de relever l'émergence actuelle de nouveaux systèmes de feedback qui, nous le souhaitons, complèteront ou remplaceront avantageusement l'usage des deux systèmes présentés ici. Drapeau (2012) recense dix systèmes dans cette optique, et il est certain que d'autres vont continuer d'émerger. Par exemple, le Behavioral Health Measure (BHM-20) de Kopta, Owen et Budge (2015) permet, en 21 items ou moins, d'évaluer, en une minute et demie sur une interface digitale, une majorité de problèmes de santé mentale de manière compréhensive. Un tel outil, moins ciblé sur la pratique, pourrait convenir dans des situations de triage ou de récolte de données sans vues cliniques.

VI. Conclusion

Ce qui ressort clairement de la revue de littérature, c'est que les deux systèmes de feedback ROM contribuent une plus-value très conséquente à la thérapie. Comme le faisaient déjà remarquer Lambert, Whipple et Nielsen (2003) dans la première méta-analyse sur les effets de l'OQ-45, l'application de psychothérapies supportées empiriquement se fait sur la base d'effets de traitements déjà moindres comparés aux petites tailles d'effets initialement découvertes pour le feedback. Par exemple, les tailles d'effets estimées de différences entre les thérapies cognitivo-comportementales et les traitements en compétition avec ce paradigme vont de 0 à .20 selon le traitement et la maladie spécifique. Des tailles d'effets égalant ou excédant celles-ci étaient déjà atteintes par le feedback il y a plus d'une quinzaine d'années ; elles n'ont fait que croître depuis, en même temps que la légitimité de ces données s'établit, étude par étude. Miller et collègues (2015) appuient la notion que ce support empirique, adjoint à une demande croissante de responsabilité et de transparence, va faire que le feedback ROM va s'intégrer de façon permanente au processus clinique (Carlier et al., 2012 ; Lambert, 2015). En effet, il a un effet tel qu'on pourrait se demander si de ne pas l'appliquer constituerait un manquement à l'éthique étant donné sa contribution dans un grand nombre de psychothérapies. Cette préoccupation semble avoir fait son chemin ; certaines contrées ont d'ores et déjà rendu obligatoire un processus de ROM – par exemple aux Pays-Bas, depuis 2011, il est attendu des cliniciens qu'ils soumettent des données de résultat à un registre national (van der Wees & Nijhuis-van der Sanden, 2014).

Miller et collègues (2015) notent cependant que la transition des découvertes scientifiques en pratiques courantes est loin d'être évidente, et que des obstacles significatifs empêcheront certainement l'adoption rapide et généralisée des systèmes ROM, notamment le coût. Si ce coût d'implémentation des mesures ROM n'est pas rémunéré d'une façon ou d'une autre, leur adoption dans la pratique restera partielle, voire très limitée. Le coût financier n'est pas non plus la seule préoccupation : Bickman, Lyon et Wolpert (2016) font remarquer que d'ajouter un

processus de feedback ROM demande également un grand effort de dissémination de l'information sur les bénéfices et la façon de faire associé au feedback ROM. C'est également sans compter le temps et l'argent qu'il faut pour administrer, scorer et interpréter ces mesures, avant d'en traquer et d'intégrer les résultats, ainsi que de former les thérapeutes à ces tâches (Miller et al., 2015). Tout cela avant même qu'on considère les différents facteurs qui pourront pousser certains à préférer un système à d'autres, et la difficulté d'établir une mesure qui fasse consensus. Brownson, Kreuter, Arrington et True (2006) démontrent que même sous les circonstances les plus favorables il peut s'écouler plusieurs décennies avant que de nouveaux éléments de traitements soient intégrés à la pratique.

L'avenir du feedback ROM est donc à faire : encore faut-il rigoureusement explorer quels en sont les atouts et les faiblesses, et si ces propriétés sont les mêmes dans les deux formes de feedback qui nous ont intéressés dans cette revue. Lambert, dans sa revue la plus récente (2017), note que bien des études ont été publiées depuis que les méta/méga-analyses sont venues étayer les effets du feedback OQ-45. Ces études subséquentes démontrent que le feedback maintient ses effets bénéfiques même à travers une application très large, sur divers échantillons cliniques, dans une variété de cadres de traitement et dans plusieurs pays différents. Aux Etats-Unis comme en Europe, le feedback continue d'avoir des bénéfices apparents et substantifs, à la grande surprise des traitants et à la grande satisfaction des chercheurs. Le verdict sur l'effet du feedback sur l'efficacité thérapeutique paraît donc, au premier abord, plutôt positif, mais il convient de tempérer l'optimisme que peut inspirer cet inventaire. Reese et collègues admettaient en 2009 que le support empirique pour le PCOMS ne faisait que commencer de se construire, malgré des débuts encourageants. De solides études ont depuis été publiées, mais beaucoup de chemin reste à parcourir (Janse et al., 2016). L'OQ-45 repose sur une base empirique bel et bien plus large, et a été mis à l'essai presque une décennie de plus que les échelles PCOMS. Il rassemble des informations plus approfondies et plus largement utile aux systèmes de recherche comme de soin. Il demande un effort moindre de la part des traitants et des traités mais ne se préoccupe pas, en revanche, du ressenti des patients vis-à-vis de chaque session, tout en requérant un cadre

précis et exigeant (remplissage des formes, entrée digitale, consultation des résultats par le thérapeute), tandis que le PCOMS s'ajoute de manière malléable à la séance, et de manière gratuite (si on ne compte que le coût d'acquisition) aux ressources du praticien. Ces caractéristiques des deux systèmes restent à évaluer avant qu'un consensus émerge sur l'utilisation optimale de l'un et/ou de l'autre.

VII. Glossaire

Définition des termes-clé:

Client/patient: deux termes interchangeables qui se réfèrent aux individus demandeurs de psychothérapie

Clinical Support Tools (CST) : des outils permettant de 'corriger' la trajectoire d'un suivi, adjoint ici après l'émission d'un verdict Not-On-Track

Efficacité : dénommée efficacy en anglais, l'efficacité se référera ici à la capacité d'une intervention à générer des changements bénéfiques désirés (par exemple une diminution significative des symptômes) dans un cadre expérimental.

Efficience : dénommée efficiency en anglais, nous utiliserons ici le terme 'efficience', qui se réfère généralement à l'optimisation de la consommation de ressources ; dans ce cadre, il désigne donc la capacité d'une thérapie à générer de bons résultats en le moins de temps. Plus la thérapie est efficiente, moins elle requiert de sessions pour que des progrès s'installent chez le patient. Est traité comme une sous-composante du concept d'«effectiveness », qui se réfère à l'implémentation concrète et écologique des techniques thérapeutiques.

Facteurs communs : se réfère aux facteurs universels de traitement, autrement dit les éléments ou ingrédients bénéfiques pour la guérison partagés par la majorité des modèles psychothérapeutiques. Ceux-ci incluent l'alliance thérapeutique, les caractéristiques du client, les structures de traitement et l'espoir/les attentes du client.

Feedback : le feedback se réfère à toute forme de retour d'information prodigué au patient ou au thérapeute quant à une intervention, une session

ou tout autre unité de traitement. Dans ce cadre, nous nous concentrons sur le feedback en tant qu'usage de mesures intra-session de résultats ('outcomes') et d'alliances pourvu au thérapeute par le patient. Notamment, cette analyse s'intéresse aux mesures formelles OQ-45 et PCOMS. Idéalement, ces outils de feedback guident le traitement et la façon dont il est pourvu.

Patients « Not-on-Track » (NOT) : les patients qui donnent des signes de ne pas progresser dans leur psychothérapie (non-diminution des symptômes, stagnation des indices de bien-être...)

Psychothérapie : D'après Wampold (2001), un traitement principalement interpersonnel qui se base sur des principes psychologiques et implique la présence d'un.e thérapeute formé.e et un client ayant une maladie, un problème mental ou une plainte. La psychothérapie est prévue comme étant réparatrice pour le patient, et est adaptée ou individualisée envers la maladie, le problème et/ou la plainte de celui-ci.

Psychothérapeute/thérapeute/praticien/clinicien : des termes interchangeables se référant au pourvoyeur du service

psychothérapeutique.**Routine Outcome Monitoring (ROM) :** le terme choisi pour désigner l'ensemble des techniques de surveillance routinière des résultats de la pratique clinique. Pour les besoins de ce texte, le terme 'feedback ROM' désignera les deux systèmes sur lequel se concentre la revue de littérature, l'OQ-45 et le PCOMS.

Thérapie Cognitivo-Comportementales (TCC) : un ensemble de techniques thérapeutiques d'interventions de type psychosociales qui tendent à cibler les problèmes actuels du patient en lui fournissant des outils susceptibles de changer ses habitudes cognitives (pensées, croyances, attitudes, etc...) et comportementales inadaptées, ainsi que de permettre un niveau de régulation émotionnelle.

Treatment As Usual (TAU) : dans cette revue, ceci se réfère à la condition expérimentale dans laquelle il n'y a pas de provision de feedback, donc au groupe contrôle de la majorité des études explorées.

VIII. Bibliographie

- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J., & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychother Res*, 25(6), 669-677. doi :10.1080/10503307.2014.928756
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Oktedalen, T., Skjorten, A. M., Andersen, B. J., . . . Wampold, B. E. (2014). Psychometric properties of the outcome questionnaire-45.2: the Norwegian version in an international context. *Psychother Res*, 24(4), 504-513. doi :10.1080/10503307.2013.849016
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 693. doi :10.1037/a0016062
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *J Consult Clin Psychol*, 78(5), 635-645. doi :10.1037/a0020051
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*, 2, 270. doi :10.3389/fpsyg.2011.00270
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*, 28(5), 746-758. doi :10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Bickman, L., Lyon, A. R., & Wolpert, M. (2016). Achieving precision mental health through effective assessment, monitoring, and feedback processes. *Springer*, 43(3), 271-276. doi :10.1007/s10488-016-0718-5
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi :10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In O. A. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, (pp. 13-37). Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*, 25(1), 6-19. doi :10.1080/10503307.2013.817696
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 3(3), 433.
- Bringhurst, D. L., Watson, C. W., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure. AIR FORCE INST OF TECH WRIGHT-PATTERSONAFB OH.

- Brown, G. S., Simon, A., Cameron, J., & Minami, T. (2015). A collaborative outcome resource network (ACORN): Tools for increasing the value of psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, *52*(4), 412-421. doi :10.1037/pst0000033
- Brownson, R. C., Kreuter, M. W., Arrington, B. A., & True, W. R. (2006). Translating scientific discoveries into public health action: how can schools of public health move us forward? *Public Health Rep*, *121*(1), 97-103. doi :10.1177/003335490612100118
- Butler, S. F., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *23*(1), 30-40. doi :10.1037/h0085590
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, *13*(1), 1-9. Récupéré à [http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13284200802676391?](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13284200802676391?needAccess=true) needAccess=true
- Carlier, I. V., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *J Eval Clin Pract*, *18*(1), 104-110. doi :10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists*. Curtin University. Australia.
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J., & Bunting, L. (2013). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy research*, *23*(4), 474-488. doi :10.1080/10503307.2012.735777
- Crits-Christoph, P., Ring-Kurtz, S., Hamilton, J. L., Lambert, M. J., Gallop, R., McClure, B., . . . Rotrosen, J. (2012). A preliminary study of the effects of individual patient-level feedback in outpatient substance abuse treatment programs. *J Subst Abuse Treat*, *42*(3), 301-309. doi :10.1016/j.jsat.2011.09.003
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Van Busschbach, J. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial. *Psychother Res*, *24*(6), 629-639. doi : 10.1080/10503307.2013.871079
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R Symptom Checklist-90-R administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN : National Computer Systems : Inc.
- Drapeau, M. (2012). The value of tracking in psychotherapy. *Integrating Science and Practice*, *2*, 2-6.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *53*(2), 93-104. doi :10.1037/a0027762

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12. Récupéré à https://www.researchgate.net/profile/Scott_Miller12/publication/280569078_Duncan_Miller_et_al_2003/links/55ba62d608ae9289a09272fa/Duncan-Miller-et-al-2003.pdf
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy (Chic)*, 52(4), 391-401. doi :10.1037/pst0000026
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *American Psychological Association*, 59(1), 10-17. doi :10.1037/a0025749
- Gillaspy, J., & Murphy, J. (2011). *The use of ultra-brief client feedback tools in SFBT* (pp. 74-91). New York, NY : Oxford University Press.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155-163.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist–client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy research*, 17(4), 379-392. doi :10.1080/10503300600702331
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance of psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1326-1336. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1326>
- Horvath, A., Bedi, R., & Norcross, I. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY : Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223-233. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychological Association*, 41(2), 159-164. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M. K., Verbraak, M. J., & Hutschemaekers, G. J. (2014). Measuring feedback from clients. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 86-92. doi : 10.1027/1015-5759/a000172
- Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J., & Verbraak, M. J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy research*, 27(5), 525-538. doi : 10.1080/10503307.2016.1152408

- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory: American Psychological Association. Récupéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/97cc/e81ca813ed757e1e76c0023865c7dbdc7308.pdf>
- Kodet, J. (2015). Effectiveness of Psychotherapy for Youth in Poverty: A Benchmarking Study of a Public Behavioral Health Agency Using a Client Feedback System. *Theses and Dissertations – Educational, School and Counseling Psychology*, 41. <http://dx.doi.org/10.13023/ETD.2016.015>
- Kopta, M., Owen, J., & Budge, S. (2015). Measuring psychotherapy outcomes with the Behavioral Health Measure-20: Efficient and comprehensive. *Psychotherapy (Chic)*, 52(4), 442-448. doi :10.1037/pst0000035
- Lambert, M.; Ogles (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (1983). *The assessment of psychotherapy outcome*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychother Psychosom*, 86(2), 80-89. doi :10.1159/000455170
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. Récupéré de https://www.researchgate.net/profile/Lambert_Michael/publication/232477357_Research_Summary_of_the_Therapeutic_Relationship_and_Psychotherapy_Outcome/links/02e7e52c18feecd3e0000000.pdf
- Lambert, M. J., & Coco, G. L. (2014). Simple methods for enhancing patient outcome in routine care: Measuring, monitoring, and feedback. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(2), 93-101. doi : 10.7411/RP.2013.011
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174. doi : 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 421-446). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 72-79. doi :10.1037/a0022238
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301. doi :10.1093/clipsy/bpg025
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are

- outcomes enhanced? *Psychother Res*, 11(1), 49-68.
doi :10.1080/713663852
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic)*, 51(4), 467-481.
doi :10.1037/a0034332
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric properties. *J Psychother Pract Res*, 5(3), 260-271. Récupéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330423/pdf/260.pdf>
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25(6), 625-632.
doi :10.1080/10503307.2015.1079661
- Mikeal, C. W., Gillaspay, J. A., Scoles, M. T., & Murphy, J. J. (2016). A dismantling study of the Partners for Change Outcome Management System. *J Couns Psychol*, 63(6), 704-709. doi :10.1037/cou0000168
- Miller, S. D., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22. Récupéré à <http://wellness-factors.com/docs/Using%20Formal%20Practice.pdf>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *J Clin Psychol*, 61(2), 199-208. doi :10.1002/jclp.20111
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy (Chic)*, 52(4), 449-457.
doi :10.1037/pst0000031
- Minami, T., Davies, D. R., Tierney, S. C., Bettmann, J. E., McAward, S. M., Averill, L. A., . . . Serlin, R. C. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of counseling psychology*, 56(2), 309-320. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015398>
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27.
doi :10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 98-102.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>
- Puschner, B., Schofer, D., Knaup, C., & Becker, T. (2009). Outcome management in in-patient psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand*, 120(4), 308-319. doi :10.1111/j.1600-0447.2009.01397.x

- Puschner, B., Schöfer, D., Knaup, C., & Becker, T. (2008). Effect of outcome monitoring and management in German inpatient psychiatric care: Cluster-randomised trial. *European Psychiatry*, 23(2), s44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.01.160>
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 731-742. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036915>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 46(4), 418-431. doi :10.1037/a0017901
- Reese, R. J., Slone, N. C., & Miserocchi, K. M. (2013). Using client feedback in psychotherapy from an interpersonal process perspective. *Psychotherapy*, 50(3), 288-291. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032522>
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 616-630. doi :10.1037/a0021182
- Rosenberg, M. S. (2010). A generalized formula for converting chi-square tests to effect sizes for meta-analysis. *PloS one*, 5(4), e10059. doi :10.1371/journal.pone.0010059
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research, and practice. *J Clin Psychol*, 61(2), 145-153. doi :10.1002/jclp.20107
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J., & Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychother Res*, 25(4), 396-407. doi :10.1080/10503307.2014.900875
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J., & Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychother Res*, 25(4), 396-407. doi :10.1080/10503307.2014.900875
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021175>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. doi :10.1037/a0019247
- Simon, W., Lambert, M. J., Busath, G., Vazquez, A., Berkeljon, A., Hyer, K., . . . Berrett, M. (2013). Effects of providing patient progress feedback and clinical support tools to psychotherapists in an inpatient eating disorders treatment program: a randomized controlled study. *Psychother Res*, 23(3), 287-300. doi :10.1080/10503307.2013.787497
- Slade, K. L. (2008) *"Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support*

- Tools*". Brigham Young University. Récupéré à <https://scholarsarchive.byu.edu/etd/1587>
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 19*(2), 122-136. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000026>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207-210. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Trudeau, L. S. (2000). *Effects of a clinical feedback system on client and therapist outcomes in a rural community mental health center*. Iowa State University. Récupéré de : <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=13366&context=rtd>
- Umphress, V. J., Lambert, M. J., Smart, D. W., Barlow, S. H., & Clouse, G. (1997). Concurrent and construct validity of the Outcome Questionnaire. *Journal of Psychoeducational Assessment, 15*(1), 40-55. Récupéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/073428299701500104>
- Van der Wees, P. J., Nijhuis-van der Sanden, M. W., van Ginneken, E., Ayanian, J. Z., Schneider, E. C., & Westert, G. P. (2014). Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy, 116*(1), 18-26. doi :10.1016/j.healthpol.2013.09.009
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep, 110*(2), 639-644. doi :10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277. doi :10.1002/wps.20238
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. London, UK : Routledge.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy, 51*(4), 514-518. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037092>
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: benchmarking usual care against CBT clinical trials. *J Consult Clin Psychol, 70*(2), 299-310. doi :10.1037//0022-006X.70.2.299

IX. Annexe

Scoring and Interpreting
the Outcome Questionnaire 45.2

Scoring

The OQ-45 provides a **total score** and **three subscores**.

1. To score the OQ-45, simply write the numeric value (found next to each client response box) selected by the client in the corresponding scoring box found to the right of each item on the right side of the questionnaire. There is one scoring box for each item which will automatically place the score for any item into its specific subscale category. *Please note that the numeric values for items 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43 are in reverse..*
2. When the score for each item has been written in the corresponding box, add up each vertical column of numbers, and write the total for each column in the space provided in the bottom right-hand corner of the sheet. This will leave 3 column totals, each representing one of the three subscales for the OQ.
3. When these three column totals are added together, a total score for the questionnaire will be obtained which should be written in the total box found at the bottom.
4. *Missing data:* If a client leaves an item blank, use the average score for the remaining subscale items rounded to the nearest whole number in place of the missing value.

Interpreting

There are three elements to consider when interpreting the OQ-45:

- The client's answers to certain *critical items*
- The *total score*
- The *subscale scores*

I. Critical items

Any *critical item* with an answer other than zero should be flagged for follow-up in the clinical interview:

- Item 8: Suicide
- Items 11, 32: Substance abuse
- Item 44: Violence

II. Total Score

Range: 0-180

Cut-off score: 63 or more – indicates symptoms of clinical significance

Reliable change: indicated when a client's score changes by 14 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

This score is calculated by summing all 45 items. The higher the score, the more disturbed the client.

A high score suggests that the client is admitting to a large number of *symptoms* of distress (mainly anxiety, depression, somatic problems and stress) as well as difficulties in *interpersonal relationships*, *social role* (such as work or school), and in their general *quality of life*.

III. Subscales

Symptom Distress (SD) Score

Range: 0-100

Clinical cut-off score: 36 or more – indicates symptoms of clinical significance

Reliable change: indicated when a client's score changes by 10 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

Research suggests that the most common disorders are anxiety disorders, affective disorders, adjustment disorders and stress related illness. The SD subscale is composed of items that have been found to reflect the symptoms of these disorders. A high score indicates the client is bothered by these symptoms, while low scores indicate either absence or a denial of the symptoms. Symptom scores correlate highly with various measures of depression (e.g., the BDI) and anxiety (e.g., the State-Trait Anxiety Inventory).

Interpersonal Relations (IR) Score

Range: 0-44

Clinical cut-off score: 15 or more – indicates symptoms of clinical significance

Reliable change: indicated when a client's score changes by 8 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

IR items assess complaints such as loneliness, conflicts with others, family and marriage problems. High scores suggest difficulties in these areas, while low scores suggest both the absence of interpersonal problems *as well as* satisfaction with the quality of intimate relationships.

Social Role (SR) Score

Range: 0-36

Clinical cut-off score: 12 or more – indicates symptoms of clinical significance

Reliable change: indicated when a client’s score changes by 7 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

SR items measure the extent to which difficulties in the social roles of worker, homemaker or student are present. Conflicts at work, overwork, distress and inefficiency in these roles are assessed. High scores indicate difficulty in social roles, while low scores indicate adequate social role adjustment.

Note: Additional attention should be given to low scores to determine whether they result from role satisfaction or from the client’s unemployment (e.g., the client arbitrarily marking the items 0 for never or not applicable).

The above document is summarized from the *OQ-45 Administration and Scoring Manual*. In addition to scoring and interpretation instructions, the manual provides details about the development and norming of the OQ-45; reliability and validity; age, gender, and ethnicity differences; a factor analytic study of the OQ-45; references; and other miscellaneous material. See *David Gilles-Thomas if you are interested in looking at the manual*.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2) Quick Guide

The OQ 45.2 is to be administered to clients 19 years and older. Administered during the first treatment session, every 3 months and last treatment session.

Purpose

- The OQ is sensitive to short-term changes, making it a good instrument for evaluating client progress at any point during treatment.
- Provides the clinician with a “snapshot” of the client’s current functioning across a wide variety of disorders.

- Assesses personal and socially relevant characteristics that contribute to one's quality of life.
- The OQ contains risk assessment items for potential suicide, substance abuse and workplace violence.

Administration

The OQ is self-administered and requires no instructions beyond those printed on the answer sheet. Clients should be encouraged to **answer every question** as accurately as possible. The administrator should indicate to the client how true each statement is for him/her **during the past week**. It should be mentioned that participants taking this test can be affected by the attitudes of those who are in charge of the administration. It is important for the test administrator to encourage the participant to fill out the scale in an honest and conscientious manner. Negative attitudes by clinicians or others who administer this test can severely impair its validity, as can personal reasons respondents may have for wanting to give a less-than-candid picture of themselves.

Time

Under usual circumstances, participants will complete the scale in about five minutes. Some especially careful individuals may require as much as 15 minutes, while others can complete the test in three to four minutes.

Scoring

- Please review answer sheet to ensure client has answered all items.
- Using the hand-scoring answer sheet, transfer the score for each item to the appropriate box in the far right-hand column.
- Add each column of numbers and write the total in the space provided at the bottom of the right-hand column. The three subtotals represent the three OQ subscale scores.
- Add all three subscale scores for the Total Score
- **Missing Data:** Review the client's OQ responses to ensure the client has answered each item. If a client leaves an item blank, total all answered items in the subscale, divide by the number answered, round to the nearest whole number, and insert this number for missing items.
- **Critical Items:** Clinician should review and follow-up with any critical items that were endorsed (e.g., Item 8: Suicide ; Items 11, 26 & 32: Substance Abuse; Item 44: Violence)

Subscale (Domain) Clinical Cutpoint Score

Symptom Distress (SD)	36
Interpersonal Relations (IR)	15

Social Role(SR)	12
Total Score	63

Total Score

- Is calculated by adding the three subscales
- Scores ≥ 63 are significant and reflect increased distress related to experiencing a high number of symptoms, interpersonal difficulties, and decreased satisfaction and quality of life.

Interpretation of Initial Scores

To use the OQ clinically, the clinician should consider three elements: the participants' answers to certain critical items, the total score (TOT) and the subscale scores.

Item Evaluation

The clinician should first consider client ratings on certain critical items.

Item 8 is a screening item for potential suicide that should be investigated further if the participant gives any rating higher than 0 (never). Items 11, 26 and 32 refer to substance abuse items, and should be investigated further if ratings other than 0 (never) are given. Item

44 screens for violence at work; any rating other than 0 (never) should be investigated for the possibility of current and/or future work conflicts that lead to violent acts against fellow employees.

Outcome Rating Scale (ORS)

Name _____ Age (Yrs.): ____ Gender: _____
 Session # ____ Date: _____
 Who is filling out this form? Please check one: Self _____ Other _____
 If other, what is your relationship to this person? _____

Looking back over the last week, including today, help us understand how you have been feeling by rating how well you have been doing in the following areas of your life, where marks to the left represent low levels and marks to the right indicate high levels. *If you are filling out this form for another person, please fill out according to how you think he or she is doing.*

Individually (Personal well-being)

I-----I

Interpersonally (Family, close relationships)

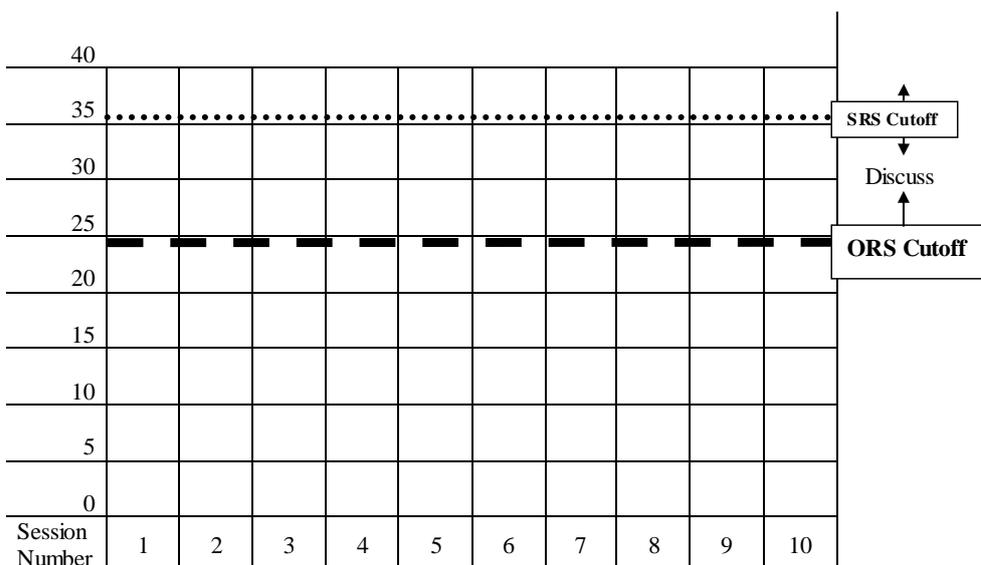
I-----I

Socially (Work, school, friendships)

I-----I

Overall (General sense of well-being)

I-----I



Session Rating Scale (SRS V.3.1)

Name _____	Age (Yrs.): _____
ID# _____	Gender: _____
Session # _____	Date: _____

Please rate today's session by placing a mark on the line nearest to the description that best fits your experience.

ATTENTION: YOU CAN NOW EITHER INSERT "THE COUNSELOR'S," "CASE MANAGER'S," OR OTHER TITLE WHERE "THE THERAPIST'S" USED TO BE (3RD SCALE), OR YOUR NAME, E.G., BARRY'S. THEN DELETE THIS MESSAGE.

Relationship

I did not feel heard, understood, and respected.

I-----I

I felt heard, understood, and respected.

Goals and Topics

We did *not* work on or talk about what I wanted to work on and talk about.

I-----I

We worked on and talked about what I wanted to work on and talk about.

Approach or Method

_____ approach is *not* a good fit for me.

I-----I

_____ approach is a good fit for me.

Overall

There was something missing in the session today.

I-----I

Overall, today's session was right for me.

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Child Outcome Rating Scale (CORS)

Name _____ Age (Yrs.): _____
 Gender: _____
 Session # _____ Date: _____
 Who is filling out this form? Please check one: Child _____ Caretaker _____
 If caretaker, what is your relationship to this child? _____

How are you doing? How are things going in your life? Please make a mark on the scale to let us know. The closer to the smiley face, the better things are. The closer to the frowny face, things are not so good. *If you are a caretaker filling out this form, please fill out according to how you think the child is doing.*

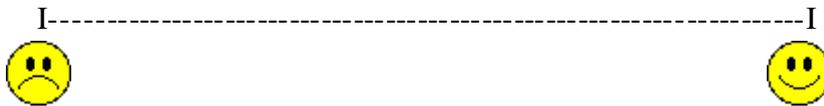
Me

(How am I doing?)



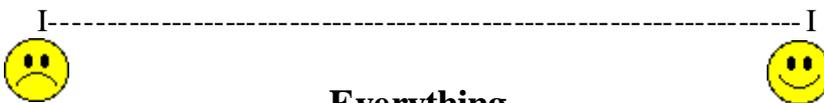
Family

(How are things in my family?)



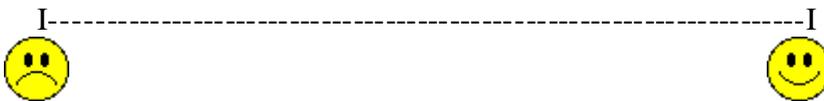
School

(How am I doing at school?)



Everything

(How is everything going?)



The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

Échelle D'évaluation des Résultats (ORS)

Nom _____	Âge (Années) : _____
ID# _____	Sexe: M / F _____
Séance # _____	Date: _____

Considérez la semaine qui vient de s'écouler (ou la période écoulée depuis votre dernière visite), aujourd'hui compris. Aidez nous à comprendre comment vous vous êtes senti(e) en évaluant votre bien-être dans les 4 aspects suivants de votre vie. Le trait à gauche représente le plus bas niveau de bien-être et le trait à droite représente le plus haut niveau de bien-être.

À L'ATTENTION DU CLINICIEN : AFIN D'ASSURER L'EXACTITUDE DE LA COTATION, IMPRIMEZ CETTE PAGE ET VÉRIFIEZ QUE LES LIGNES DE POINTILLÉS SE RAPPORTANT AUX 4 ASPECTS ONT BIEN 10 CM DE LONG. SI CE N'EST PAS LE CAS, MODIFIEZ LE FORMULAIRE JUSQU'À CE QUE LES LIGNES S'IMPRIMENT À LA LONGUEUR CORRECTE. ENSUITE, EFFACEZ CE MESSAGE.

Individuellement

(Votre bien-être personnel)

I-----I

Interpersonnel

(Famille et relations proches)

I-----I

Socialement

(Travail, école et amitiés)

I-----I

En général

(Votre bien-être en général)

I-----I

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2000, Scott D. Miller et Barry L. Duncan

Traduction: François Simard et John Deltour (johndeltour@yahoo.fr)