

10 outils

pour évaluer l'efficacité des interventions
en psychothérapie

CelestHealth

ORS et SRS

CORE-OM

Polaris-MH

BASIS-24

PSYCHLOPS

Integra/COMPASS

SOS-10

OQ-45

TOP



MISSION DU CAHIER RECHERCHE ET PRATIQUE

Le *Cahier recherche et pratique* est publié deux fois par année par l'Ordre des psychologues du Québec. L'objectif de cette publication est de présenter des synthèses des connaissances scientifiques en psychologie et de faciliter le transfert des connaissances vers le champ de la pratique. L'objectif poursuivi par le comité éditorial du *Cahier* est d'outiller les psychologues praticiens, tous domaines et champs de pratique confondus, en mettant à leur disposition des relevés de littérature critiques et de brèves synthèses de connaissances sur des thématiques d'actualité. La revue vise aussi à informer le public et les professionnels qui travaillent en collaboration avec les psychologues sur les récents développements scientifiques et cliniques en psychologie ainsi que sur la contribution des psychologues à l'amélioration de la qualité de vie de la population.

La revue publie des articles sur invitation seulement, à la suite d'un appel de propositions. Aucune soumission indépendante n'est considérée ou acceptée. Cependant, le comité éditorial peut recevoir des suggestions de thématiques. Le choix des thématiques se fait en fonction de leur pertinence clinique et de leur pertinence scientifique, sociale et politique. Les articles qui proposent de meilleures pratiques dans un domaine ou dans un contexte particulier ou qui remettent en question certaines pratiques ou politiques existantes, en s'appuyant sur les résultats de la recherche, sont privilégiés. Dans tous les cas, la valeur d'un article est évaluée en fonction de ses assises scientifiques et de son potentiel pour améliorer les pratiques. Tous les articles sont soumis à une expertise à l'aveugle avant d'être acceptés et publiés.

Le *Cahier recherche et pratique* est publié par la Direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction et la distribution des textes sont autorisées avec mention de la source à condition que ce soit à des fins non lucratives.

Rédacteur en chef : Martin Drapeau, psychologue, professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie, Université McGill

Coordonnatrice de la publication : Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Comité éditorial :

Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Pierre Desjardins, psychologue, directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Martin Drapeau, psychologue, membre du CA de l'Ordre des psychologues du Québec et professeur à l'Université McGill

Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Remerciements aux personnes suivantes

qui ont contribué à ce numéro :

D^{re} Marilyn Fitzpatrick, Louise Overington, Gabriela Ionita, Université McGill

L'importance du suivi en continu en psychothérapie Martin Drapeau	5
Le système CelestHealth Craig J. Bryan, Stephen Mark Kopta, Bryan D. Lowes	7
Le CORE-OM (<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation</i>) et ses dérivés Chris Evans	12
Le BASIS-24 - <i>Behavior and Symptom Identification Scale</i> Thomaskutty B. Idiculla, Susan V. Eisen	16
Le système d'évaluation du suivi Integra/COMPASS Robert J. Lueger	21
L' <i>Outcome Questionnaire-45</i> Michael J. Lambert	25
L' <i>Outcome Rating Scale (ORS)</i> et la <i>Session Rating Scale (SRS)</i> Scott D. Miller, Susanne Bargmann	29
Le Polaris-MH Grant Grissom, Tina Harralson, Jesse Nankin	33
Le PSYCHLOPS (<i>Psychological Outcome Profiles</i>) Mark Ashworth, Maria Kordowicz, Peter Schofield	38
Le <i>Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10)</i> Mark A. Blais	42
Le <i>Treatment Outcome Package (TOP)</i> David R. Kraus	45

Tous les numéros des éditions anglaises et françaises du *Cahier recherche et pratique* sont disponibles sur le site de l'Ordre des psychologues : www.ordrepsy.qc.ca/cahierrecherche

Cahier recherche et pratique

_ Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie

_ La dépression : considérations autour des choix de traitements

_ Reconnaître et traiter la souffrance des enfants

Integrating Science and Practice

_ Documenting the effectiveness Psychotherapeutic Interventions

_ Depression, Considerations Surrounding Treatment Choices

_ Addressing Childhood Suffering

L'importance du suivi en continu en psychothérapie

Un numéro précédent du *Cahier recherche et pratique* (mars 2010) a été consacré à l'évaluation de la pratique clinique, plus particulièrement à la valeur de la documentation des effets d'une psychothérapie. La pertinence du suivi des progrès du patient en traitement est indéniable, en ce qu'elle permet de répondre à la question qui, ultimement, compte le plus : la thérapie que je prodigue ici et maintenant, de telle ou telle façon, aide-t-elle mon patient?

Le fait de se poser cette question pour chaque patient, et non seulement pour l'ensemble de la population, est certainement un des facteurs qui distinguent les psychologues de la plupart des décideurs. En effet, les psychologues vont souvent bien au-delà du diagnostic du patient et des recommandations thérapeutiques associées exclusivement à ce diagnostic, et prennent également en considération d'autres facteurs importants pouvant influencer sur les résultats d'une psychothérapie. Il y a de bonnes raisons qui appuient cette façon de faire. Premièrement, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ne tient pas compte, explicitement et systématiquement, des facteurs externes et personnels tels que le soutien social, l'état matrimonial ou d'autres facteurs pouvant influencer sur le pronostic du patient, ce qui soulève certaines questions quant aux recommandations psychothérapeutiques qui sont uniquement basées sur le diagnostic. Le besoin d'aller plus loin que le diagnostic et les recommandations de traitement en fonction seulement d'un diagnostic est également appuyé par la recherche. Un certain nombre d'études ont démontré que de nombreuses caractéristiques des patients expliquent les écarts dans les résultats thérapeutiques au-delà des effets attribuables au type de thérapie (p. ex., Beutler et coll., 2011; Joyce et coll., 2007).

Il n'est donc pas étonnant que les conclusions de la *Presidential Task Force on Evidence Based Practice in Psychology* (2006¹) de l'*American Psychological Association* (APA) mettent l'accent sur l'intégration des variables propres aux patients, ainsi que des variables relationnelles et celles liées au traitement. De même, l'APA et l'Ordre des psychologues du Québec définissent la pratique fondée sur des données probantes en psychologie comme

l'intégration à la fois des meilleurs travaux de recherche disponibles et de l'expertise clinique dans le contexte *des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient*. Cet énoncé a été réitéré et élargi par le Conseil des représentants de l'APA en 2012². Par ailleurs, toujours en 2012, la Société canadienne de psychologie (SCP) a mis sur pied un groupe de travail³ qui a défini la pratique fondée sur des données probantes comme étant « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données issues de la recherche pour éclairer chaque étape d'une prise de décision clinique et la prestation des services [...] et l'application de cette connaissance... » dans le contexte bien défini *des caractéristiques, des antécédents culturels et des préférences de traitement du client* ». Toutefois, le groupe de travail est allé plus loin en stipulant : « Après le début d'un traitement, les données obtenues en surveillant continuellement les réactions, les symptômes et le fonctionnement psychologique d'un client devraient être utilisées aux fins de modifier ou d'interrompre le traitement choisi. » Ainsi, la définition même de la pratique fondée sur des données probantes inclut le suivi en continu des effets du traitement et des progrès du patient. Une bonne pratique n'est ainsi pas seulement fondée sur des données probantes, mais également sur les données de pratique.

Ceci est un important pas vers l'avant, qui coïncide parfaitement avec ce que la science nous a enseigné jusqu'à présent. Une décennie de recherche nous a démontré la valeur du suivi systématique des progrès du patient et la valeur ajoutée qu'il constitue pour la pratique psychothérapeutique. Le suivi des progrès peut aider les cliniciens à noter lorsque l'état d'un patient se détériore et peut même prédire des résultats médiocres avant qu'ils ne surviennent (p. ex., Hannan et coll., 2005). Deuxièmement, le suivi des progrès peut améliorer la rétention et l'adhésion au traitement et peut même améliorer les résultats thérapeutiques (p. ex., Anker et coll., 2009; Bickman et coll., 2011; Reese et coll., 2010; Shimokawa et coll., 2010; voir également le numéro spécial de *Psychologie canadienne* sur le suivi des progrès⁴). Le suivi des

1 Voir www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf

2 Voir www.apa.org/about/governance/council/index.aspx

3 Voir www.cpa.ca/researchersfr/directiongnralelascience/defebp/

4 Voir *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* (2012), vol. 53, n° 2.

progrès peut aussi aider à diriger l'attention des cliniciens sur les aspects de leur pratique qui pourraient nécessiter une formation ou une supervision additionnelle, ou les aider à reconnaître les patients avec lesquels ils sont les plus efficaces. À la différence des mesures symptomatiques, les méthodes de suivi en continu des progrès mettent en évidence les aspects problématiques dans la vie du patient (p. ex., famille, etc.), ce qui fournit au clinicien de l'information cliniquement pertinente qui peut se traduire par des techniques spécifiques ou mener à une discussion sur des sujets particuliers durant la thérapie. De plus, les patients répondent favorablement au suivi des progrès (p. ex., Anker et coll., 2011) et, finalement, un certain nombre de méthodes de suivi des progrès fournissent des outils et des conseils pour aider le clinicien à adapter le traitement de façon continue.

Le présent numéro a pour but de fournir aux lecteurs une introduction aux plus populaires méthodes de suivi en continu. Chaque article présente une mesure et est rédigé par l'auteur de cette mesure, ou par d'autres qui ont contribué de façon importante à son développement. Tous les auteurs ont gracieusement accepté

de structurer leur article de la même manière. Par conséquent, chaque article présente de façon succincte la mesure, les populations ciblées, les traductions disponibles, les domaines évalués, le mode d'administration et l'utilité de l'outil dans la planification du traitement. On présente aussi brièvement les propriétés psychométriques de la mesure et les considérations techniques liées à l'utilisation de l'outil, et on donne un bref aperçu des milieux et des établissements qui ont choisi cette mesure pour leurs cliniciens. Chacune de ces mesures est brève, conviviale pour les patients, transthéorique, et peut être utilisée en pratique privée ainsi que dans d'autres contextes cliniques.

Nous avons reçu des commentaires très positifs sur le numéro antérieur du *Cahier recherche et pratique* portant sur l'évaluation des effets d'une psychothérapie. Les lecteurs nous ont aussi demandé où ils peuvent se procurer des mesures de suivi en continu et à quoi ces mesures ressemblent. Le présent numéro, qui présente 10 des méthodes les plus utilisées, vise à répondre à ces questions.




Martin Drapeau, Ph. D., psychologue
Rédacteur en chef,
Cahier recherche et pratique
Professeur de psychologie
du counseling et
de psychiatrie, Université McGill

RÉFÉRENCES

- 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*, 693-704.
- Anker, M., Sparks, J., Duncan, B., & Stapnes, A. (2011). Footprints of couple therapy: Client reflections at follow up using a mixed method design in routine care. *Journal of Family Psychotherapy, 22*, 22-45.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 176-183.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Bertoni, M., & Thomann, J. (2006). Systematic treatment selection and prescriptive therapy. In G. Stricker et coll. (éd.), *A casebook of psychotherapy integration*, p. 29-41, Washington, DC: American Psychological Association.
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: results of a randomized trial. *Psychiatric Services, 62*(12), 1423-1429.
- 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*, 155-163.
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Klein, R. H. (2007). Patient characteristics and variations in termination processes and outcomes. In A. S. Joyce et coll. (éd.), *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*, pp. 109-131, Washington, DC: American Psychological Association.
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy, 47*(4), 616-630.
- 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*, 298-311.

Le système CelestHealth



Craig J. Bryan, PsyD, ABPP,
Université de l'Utah et
National Center for Veterans Studies

craig.bryan@utah.edu

Stephen Mark Kopta, Ph. D., HSPP, Université d'Evansville
Bryan D. Lowes, NSCI Group, Washington Crossing, Pennsylvania

Les auteurs présentent le système CelestHealth, qui peut être utilisé pour suivre le progrès des patients durant la psychothérapie. Ce système comporte quatre instruments : le questionnaire de 43 items (*Behavioral Health Measure-43* [BHM-43]), qui évalue le fonctionnement mental global; le questionnaire de 20 items (*Behavioral Health Measure-20* [BHM-20]), une version abrégée du BHM-43; l'échelle de 5 items (*Psychotherapy Readiness Scale*), qui peut servir à prédire le risque de résultats thérapeutiques médiocres; et l'échelle de 6 items (*Therapeutic Bond Scale*), qui évalue le lien entre le psychothérapeute et le patient. Les cliniciens peuvent choisir les instruments qu'ils veulent utiliser et la fréquence à laquelle ils souhaitent les administrer. Ce système est approprié pour les adultes âgés de 18 ans et plus, d'intelligence normale ou supérieure, et peut être utilisé dans des contextes de santé mentale externe, de médecine de soins de première ligne et de centres universitaires de counselling. Cet article décrit le système, ses propriétés psychométriques et comment il peut aider la planification et la prestation thérapeutique.

Mots clés : CelestHealth System; CHS-MH; Behavioral Health Measure; BHM; Psychotherapy Readiness Scale; Therapeutic Bond Scale; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Le système CelestHealth (CHS-MH) est le fruit de plus de 30 années d'évaluation des effets des traitements en santé mentale. Autrefois, on croyait que plus les critères d'évaluation étaient nombreux, meilleure était l'évaluation. À la fin des années 1970, les questionnaires papier-crayon ont gagné en popularité dans le cadre des travaux de recherche évaluant les résultats rapportés par les patients. Au début des années 1980, le suivi clinique se faisait par questionnaires papier-crayon remplis par le patient à chaque séance. Cette approche a été incorporée dans les études évaluant la relation dose-effet d'une séance à l'autre, où la dose représentait le nombre de séances, et l'effet représentait la probabilité d'une amélioration (p. ex. Howard et coll., 1986; Kopta et coll., 1994). Dans les années 1990, le questionnaire COMPASS (Howard et coll., 1995; Sperry et coll., 1996), élaboré par Integra inc., est devenu le système d'évaluation des effets du traitement le plus exhaustif, offrant des paramètres d'évaluation de la santé mentale, du lien entre le patient et son thérapeute, de la satisfaction du patient, des besoins et attentes thérapeutiques et des problèmes présentés par le patient. Il comportait 123 questions pour le patient et 7 questions sur le fonctionnement social auxquelles le clinicien devait répondre. Moyennant des frais, les réponses du questionnaire COMPASS étaient envoyées par télécopieur aux bureaux d'Integra et un rapport était produit en retour pour le clinicien. À chaque séance, le clinicien passait en revue le nouveau rapport avec le patient. Toutefois, vers la fin des années 1990, la demande s'est accrue pour des questionnaires plus brefs et dont les résultats étaient accessibles plus rapidement.

En réponse à cette demande, le CHS-MH a été créé, basé en partie sur COMPASS et faisant appel aux nouvelles technologies informatisées qui permettent de fournir plus rapidement un rapport au clinicien. Ce système comporte quatre instruments : a. le questionnaire de 20 items *Behavioral Health Measure 20* (BHM-20), évaluant la santé mentale, qui prend 90 secondes à remplir; b. le questionnaire de 43 items *Behavioral Health Measure 43*, évaluant également la santé mentale ainsi que d'autres sous-échelles, et qui prend trois minutes à remplir; c. l'échelle de 5 items *Psychotherapy Readiness Scale*, qui prédit le risque de mal répondre à la psychothérapie et qui prend 30 secondes à remplir; et d. l'échelle de 6 items *Therapeutic Bond Scale*, qui évalue en 30 secondes le lien entre le psychothérapeute et le patient.

Ces quatre instruments sont facultatifs; le clinicien choisit les instruments qu'il veut utiliser et la fréquence à laquelle il souhaite les administrer (p. ex. à chaque séance, seulement avant ou après le traitement). Le CHS-MH est approprié pour les adultes âgés de 18 ans et plus, d'intelligence normale ou supérieure. Cet outil

a été utilisé dans des contextes de santé mentale externe, de médecine de soins de première ligne et de centres universitaires de counselling. Il est offert en anglais, en espagnol et en vietnamien.

Domaines évalués

Le BHM-20 mesure les symptômes les plus souvent observés en psychothérapie en clinique externe qui sont corrélés aux trois phases d'amélioration de la santé mentale. D'après ce modèle en trois phases, l'amélioration de la santé comportementale se fait en trois étapes progressives et séquentielles au cours des séances de thérapie, l'amélioration notée à chaque phase dépendant de l'amélioration obtenue à l'étape précédente. Premièrement, le client éprouve un plus grand sentiment de bien-être avec un regain d'optimisme et d'espoir. On assiste ensuite à une diminution des symptômes tels que les crises de panique, les pensées dépressives, les épisodes de boulimie et les troubles du sommeil. Enfin, on dénote une amélioration du fonctionnement social dans diverses facettes de la vie : au travail, comme parent et partenaire, et en ce qui touche le goût de vivre. Le modèle en trois phases a été validé dans plusieurs études (p. ex. Howard et coll., 1993; Leon et coll., 1999; Lutz et coll., 2001; Stulz et Lutz, 2007).

Les domaines évalués par le BHM-20 abordent plusieurs problèmes de santé mentale : a. le bien-être (détresse, satisfaction à l'égard de la vie, motivation); b. les symptômes psychologiques (dépression, anxiété, trouble panique, sautes d'humeur associées au trouble bipolaire, troubles alimentaires, alcoolisme et toxicomanie, tendance suicidaire, risque de violence); et c. le fonctionnement social (rendement au travail et à l'école, relations intimes, relations sociales, goût de vivre).

Pour chaque domaine, le questionnaire plus exhaustif de 43 items (BHM-43) comporte un plus grand nombre de sous-échelles portant sur des problèmes moins souvent observés en psychothérapie en clinique externe. À titre d'exemple, l'échelle des symptômes mesure l'hostilité, les troubles du sommeil, les symptômes obsessionnels-compulsifs et les symptômes psychotiques, alors que l'échelle du fonctionnement social évalue la santé physique, la gestion de soi et les dysfonctions sexuelles. Le CHS-MH est compatible avec la plupart des théories et pratiques cliniques.

Procédures d'utilisation

L'entrée et la sortie de l'information recueillie par le CHS-MH sont communiquées de façon sécuritaire par des réseaux informatiques à un système de traitement centralisé. Avant chaque séance, le patient consigne ses réponses au moyen d'un ordinateur (p. ex. mini-portable, iPad ou ordinateur de bureau) disponible dans la salle d'attente. Au moyen d'interfaces par navigateur, simples et familières, le patient répond à un maximum de 31 questions à choix multiples; en moyenne, il faut 2,5 minutes pour répondre à l'ensemble du CHS-MH. Les réponses du patient sont ensuite analysées et cotées par des serveurs sécurisés; dès que le patient a terminé de remplir le questionnaire, le clinicien a immédiatement accès à un rapport complet et formaté, qui inclut plusieurs graphiques et tableaux à code couleur. Les graphiques représentant les données dose-résultat pour les sous échelles illustrent le progrès du patient d'une séance à l'autre; le profil de santé comportementale (*Behavioral Health Profile*) affiche des résultats à code couleur fondés sur les données normatives; enfin, l'échelle de surveillance des

comportements suicidaires aide les cliniciens à déterminer le niveau de risque suicidaire actuel. À l'aide du profil de santé comportementale, le clinicien peut ensuite discuter avec le patient de son niveau de détresse (c.-à-d. élevé, modéré, faible, normal) et de son niveau de risque suicidaire (élevé, modéré, faible, absence de risque). Le clinicien peut également discuter des résultats de l'évaluation du lien psychothérapeutique (*Therapeutic Bond Scale*) et de l'évaluation de l'ouverture à l'expérience psychothérapeutique (*Psychotherapy Readiness Scale*). Grâce à cette méthode, le patient et le clinicien peuvent voir quels problèmes doivent être ciblés et suivis au fil du traitement. Cette rétroaction permet d'ajuster la thérapie afin de réduire la psychopathologie du patient et d'accroître sa motivation.

Toutes les réponses brutes du client et les résultats des sous-échelles sont enregistrés sur des serveurs hautement sécurisés du CHS-MH et peuvent être utilisés à des fins de recherche (avec l'approbation d'un comité d'examen d'un établissement approprié) et à des fins administratives. Le profil des effets du traitement (*CelestHealth Treatment Outcomes Profile*) constitue une importante nouvelle caractéristique du système. Ce profil utilise les données recueillies afin de fournir un aperçu du statut et du progrès clinique pour tous les patients de l'établissement. Il présente diverses variables, y compris le pourcentage de patients qui se sont rétablis ou dont l'état s'est amélioré, demeure inchangé ou s'est détérioré lors de la plus récente séance, ainsi que les niveaux de détresse au début du traitement et lors de la séance la plus récente. Ces variables sont fournies pour toutes les échelles et sous échelles du BHM-20, et le système est mis à jour fréquemment durant la journée afin de

donner un aperçu en temps réel de la clientèle de l'établissement. Des plages de données peuvent également être appliquées pour connaître les tendances historiques de l'établissement.

Les coûts de la licence du logiciel pour les centres qui n'exigent pas de frais pour leurs services (p. ex. les centres universitaires de counselling) sont de 110 \$ US par clinicien à temps plein (ou l'équivalent) qui utilise le système, avec un coût minimum de 550 \$ US. Pour les pratiques ou les établissements privés qui facturent leurs services, le coût de la licence est basé sur le nombre de nouveaux patients, car l'utilisation du système peut dans certains cas être facturée aux compagnies d'assurance et au régime public d'assurance maladie. Il n'y a aucun frais de mise en route; la consultation du personnel de CelestHealth est gratuite par téléphone ou par courriel.

Développement du plan de services

Le système CHS-MH simplifie l'évaluation des symptômes et du fonctionnement des clients en aidant les cliniciens à cerner plus rapidement les aspects problématiques et les domaines symptomatiques d'intérêt. Grâce à la capacité du système CHS-MH à calculer et à afficher immédiatement les résultats des patients au moyen de graphiques et de tableaux à code couleur, les cliniciens et les clients peuvent rapidement déterminer la gravité clinique actuelle et les tendances historiques au fil du traitement. Les cliniciens peuvent utiliser les résultats du CHS-MH pour poser des questions d'évaluation plus ciblées et diriger les entretiens sur des facteurs précis qui sont reliés davantage aux effets du traitement (p. ex. interventions, événements de la vie). Le système de rétroaction

à code couleur peut également faciliter les interventions; les réponses ou les résultats du client peuvent être utilisés pour infirmer ses croyances que le traitement ne fonctionne pas, ou pour renforcer l'adhésion et la motivation à l'égard du traitement (p. ex. en démontrant l'amélioration de l'état d'une séance à l'autre malgré la conviction du patient que « les choses ne vont pas mieux »). Le CHS-MH peut donc améliorer l'exactitude et l'efficacité clinique, en plus de favoriser des résultats thérapeutiques positifs.

Soutien technique

Le soutien technique comprend trois manuels numériques : a. le manuel de mise en route (*CelestHealth Getting Started Manual*), qui décrit les procédures de configuration du CHS MH pour les administrateurs, les cliniciens et les clients; b. le manuel de rapport clinique (*CelestHealth Clinical Report Manual*), qui explique les résultats du CHS-MH au clinicien; et c. le manuel du psychothérapeute (*CelestHealth Psychotherapist Manual*), qui explique au psychothérapeute comment utiliser le système avec le client. Un service gratuit de soutien en ligne et téléphonique est également offert.

Propriétés psychométriques

Le BHM-20 a fait preuve d'une bonne fiabilité et d'une bonne validité. Une évaluation psychométrique initiale a été réalisée par Kopta et Lowry (2002) au moyen de quatre échantillons (adultes en milieu communautaire, étudiants universitaires, clients des services universitaires de counselling et patients en psychothérapie externe). Les coefficients de consistance interne variaient de 0,89 à 0,90 pour le résultat de santé mentale globale. Pour les trois phases, les plages se présentaient comme suit : bien-être : 0,65 à 0,74;

symptômes psychologiques : 0,85 à 0,86; et fonctionnement social : 0,72 à 0,77.

Les analyses de validité de construit utilisant la méthode de validité discriminante ont mis en évidence des différences significatives ($p < 0,001$) entre les échantillons, et ce, pour les quatre échelles, chaque échelle faisant la distinction entre les groupes cliniques et non cliniques. Sur le plan de la sensibilité au changement, les échantillons de services universitaires de counselling et de psychothérapie en clinique externe ont démontré de meilleures issues de traitement lorsqu'étaient comparés les résultats de départ et les résultats de la troisième séance pour toutes les échelles. La validité concomitante a été démontrée grâce à de très fortes corrélations entre les échelles BHM-20 et les autres mesures bien connues du fonctionnement en santé mentale, y compris le BASIS-32 (0,83), COMPASS (0,76), OQ 45 (0,81) et le SCL-R 90 (0,85). Plus récemment, les propriétés psychométriques du BHM-20 ont été évaluées pour sept échantillons (Blount et coll., 2010) : quatre échantillons en soins primaires, deux échantillons cliniques de personnel militaire déployé et un échantillon non clinique de personnel militaire déployé. Les coefficients internes de fiabilité correspondaient aux résultats obtenus par Kopta et Lowry (2002). Les quatre échelles ont également démontré des corrélations moyennes à fortes dans les directions attendues avec des échelles plus précises évaluant l'humeur et les symptômes (p. ex. bonheur, fatigue, anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique [TSPT]). Une autre évaluation psychométrique du BHM-20 est en cours.

Commentaires des patients, clients et cliniciens

Les clients et les cliniciens ont fait part de commentaires positifs concernant la simplicité et la fonctionnalité du CHS-MH, notamment en ce qui a trait aux résultats présentés sous forme de code couleur. Le système CHS-MH est encore mieux accepté dans les contextes médicaux lorsqu'il est présenté ou décrit comme une méthode permettant une évaluation rapide et fiable des « signes vitaux » de la santé mentale des clients. Les clients ont des commentaires favorables quant à l'utilisation du CHS-MH lorsque les cliniciens passent en revue et se rapportent aux réponses des clients durant les entretiens. Les cliniciens mentionnent que la brièveté et la fiabilité/validité du système, ainsi que la mesure distincte du fonctionnement social par rapport à l'évaluation des groupes de symptômes plus généraux, représentent des caractéristiques particulièrement intéressantes du système. Les prestataires de soins en première ligne ont également formulé des commentaires positifs concernant la fonction du système CHS-MH qui permet de mesurer spécifiquement le fonctionnement au quotidien. La séparation du domaine relatif au fonctionnement n'est pas courante parmi les outils d'évaluation des résultats, et elle s'avère particulièrement utile pour la conceptualisation du cas, les impressions diagnostiques et la planification thérapeutique.

Caractéristiques uniques de l'outil

La caractéristique probablement la plus distinctive du CHS-MH est son système informatique à interface Web et à réaction immédiate qui peut être intégré dans diverses plateformes (p. ex. PC, Mac,

téléphone intelligent, tablettes tactiles, etc.). Cette capacité rend le système CHS-MH particulièrement flexible et pratique et a contribué directement à sa facilité d'intégration dans une vaste gamme de contextes cliniques. Pour les contextes cliniques généraux, tels que la psychothérapie externe, les soins primaires ou les services d'urgence, la conception du CHS-MH permettant de mesurer l'état mental global, comparativement à l'évaluation des symptômes spécifiques du diagnostic ou de la maladie, se révèle particulièrement bénéfique. Dans le cadre des soins de première ligne, par exemple, le BHM-20 peut s'avérer un meilleur indicateur du fonctionnement mental qu'une mesure symptomatique plus limitée ou restreinte de la dépression ou de l'anxiété, compte tenu du large éventail de troubles cliniques qui sont habituellement présents dans ce contexte (p. ex. dépression, anxiété, gestion du poids, prise en charge du diabète, insomnie, douleur chronique, etc.).

Le BHM-20 comprend également des mesures d'évaluation des idées et des impulsions suicidaires qui augmentent par un facteur de 6 la détection des patients suicidaires dans le cadre des soins de première ligne, comparativement aux approches d'entrevues et d'évaluations standard par les prestataires de soins (Bryan et coll., 2008). Le système de surveillance du risque de suicide du CHS-MH (*Suicide Monitoring System [SMS]*) a été développé avec des experts en matière de suicide afin d'aider les cliniciens à surveiller et à gérer le risque de suicide au fil du traitement d'une manière plus fiable (Kopta, et coll., 2010), aidant ainsi les cliniciens à satisfaire aux normes de soins relatives à l'évaluation et à la gestion du risque de suicide.

L'évaluation de la réceptivité à l'expérience psychothérapeutique (*Psychotherapy Readiness Scale*) du CHS-MH est un outil unique en son genre, fiable et valide, permettant de dépister les patients qui ne répondent pas bien à la psychothérapie. Administré au début du traitement, ce questionnaire comporte cinq items et prend environ 30 secondes à remplir. Les items se rapportent à la durée des problèmes motivant la consultation, aux antécédents psychothérapeutiques et à la motivation à l'égard du traitement. Utilisant la santé mentale globale comme paramètre d'évaluation, cette échelle permet de distinguer les patients présentant des résultats psychothérapeutiques médiocres des autres patients présentant des résultats favorables (Kopta, 2010).

Utilisation par des institutions

Le CHS-MH est utilisé dans les centres universitaires de counselling, notamment à l'Université Harvard, à l'Université Johns Hopkins, ainsi qu'aux universités du Minnesota, de l'Indiana et de la Floride. S'ajoutent également des cliniques de soins de première ligne de plusieurs bases militaires de la US Air Force et des centres médicaux universitaires, ainsi que des cliniques privées en santé mentale. Le système CHS-MH a été mis sur pied par des professionnels en santé mentale déployés en Irak pour faire le suivi des résultats cliniques. Dans le contexte des soins de première ligne, le CHS-MH a été utilisé pour suivre les résultats dans la population générale de patients (Bryan, Morrow et Appolonio, 2009; Corso et coll., 2010; Ray-Sannerud et coll., 2011) et dans des sous-populations précises (p. ex. TSPT; Cigrang et coll., 2011; Corso et coll., 2009). Le questionnaire BHM-20 du CHS-MH a également servi à

améliorer le dépistage des patients suicidaires dans les cliniques de soins primaires (Bryan et coll., 2008), et fait actuellement l'objet d'un essai pilote pour déterminer son utilité comme aide à l'évaluation

du risque suicidaire dans les services d'urgence. L'addition récente au CHS-MH d'une option permettant de faire le suivi des médicaments antipsychotiques tout en mesurant les résultats cliniques s'avère

un outil utile pour les professionnels de santé de toutes les disciplines médicales, surtout pour les psychiatres et les prescripteurs non-psychiatres (p. ex. médecins de soins primaires).

RÉFÉRENCES

- Beck, A.T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blount, T.H., Bryan, C.J., Kanzler, K.E., Morrow, C.E., Corso, K.A., Corso, M.L. (2010). *Psychometric properties of the BHM-20 in military samples*. Affiche présentée lors de la réunion annuelle de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapy, San Francisco, CA.
- Bryan, C.J., Corso, K.A., Rudd, M.D., & Cordero, L. (2008). Improving identification of suicidal patients in primary care through routine screening. *Primary Care and Community Psychiatry*, 13, 143-147.
- Bryan, C.J., Morrow, C.E., & Appolonio, K.A.K. (2009). Impact of behavioral health consultant interventions on patient symptoms and functioning in an integrated family medicine clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 281-293.
- Cigrang, J. A., Rauch, S. A. M., Avila, A. L., Bryan, C. J., Goodie, J. L., Hryshko-Mullen, A., Peterson, A. L., & the STRONG STAR Consortium. (2011). Treatment of active-duty military with PTSD in primary care: early findings. *Psychological Services*, 8, 104-113.
- Corso, K.A., Bryan, C.J., Morrow, C.E., Appolonio, K.K., Dodendorf, D.M., & Baker, M.T. (2009). Managing posttraumatic stress disorder symptoms in active duty military personnel in primary care settings. *Journal of Mental Health Counseling*, 31, 119-136.
- Corso, M., Bryan, C.J., Corso, K.A., Morrow, C.E., & Kanzler, K.E. (2010). *Mental health functioning recovery curves associated with behavioral health consultant services in integrated primary care*. Affiche présentée lors de la réunion annuelle de la Society of Behavioral Medicine, Seattle, WA.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, scoring, and procedures manual—II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). The Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-895.
- Howard, K.I., Brill, P.L., Lueger, R.J., O'Mahoney, M.T., & Grissom, G.R. (1995). *Integra outpatient tracking assessment*. Philadelphia: Compass Information Services, Inc.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., and Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.
- Kopta, S.M. (2010). *The future is here for college counseling centers: Counseling works, preventing suicide, and improving outcomes*. Atelier présenté dans le cadre de la conférence Annual University and College Counseling Center Directors (AUCCCD), Portland, Oregon.
- Kopta, S.M., & Lowry, J.L. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral Health Questionnaire-20: A brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 12, 413-426.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Kopta, S.M., Mond, M., David, L., Potruszki, N., & Doll, L. (2010). *Assessing suicidality: Validation of the Suicide Monitoring Scale of the Behavioral Health Measure-20 and implications for psychotherapeutic strategies*. Article présenté lors de la réunion annuelle de l'International Society for Psychotherapy Research, Monterey.
- Leon, S.C., Kopta, S.M., Howard, K.I., & Lutz, W. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: Are some more predictable than others? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 698-704.
- Lutz, W., Lowry, J.L., Kopta, S.M., Einstein, D., & Howard, K.I. (2001). Prediction of dose-response relations based patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 889-900.
- Ray-Sannerud, B., Bryan, C.J., Dolan, D., Morrow, C.E., Corso, K.A., Kanzler, K.E., & Corso, M.L. (April 2011). *Preliminary evidence for long-term outcomes following brief behavioral health intervention in primary care clinics*. Affiche présentée lors de la réunion annuelle de la Society of Behavioral Medicine, Washington, DC.
- Sperry, L., Brill, P.L., Howard, K.I., and Grissom, G.R. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Stultz, N. & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 817-833.

Le CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*) et ses dérivés



Chris Evans¹, MRCPsych., M. Sc.,
Institute of Group Analysis,
Nottinghamshire Personality Disorder
and Development Network,
Centre Mandala

chris@psyctc.org

Cet article présente le *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-OM), un questionnaire d'autoévaluation comportant 34 items, conçu pour mesurer les changements sur le plan de la santé mentale chez les adultes dans le contexte de la prestation des services psychothérapeutiques. Ce questionnaire inclut des items portant principalement sur les paramètres intrapersonnels et d'autres items touchant les paramètres interpersonnels. Il évalue un certain nombre de domaines, notamment le bien-être, les problèmes/symptômes, le fonctionnement et le risque. Toutes les mesures dérivées du CORE-OM peuvent être facilement cotées à la main au moyen de cases de notation à même les instruments. Les forces particulières du CORE-OM incluent sa vaste couverture des domaines avec des items « désignés » pour l'évaluation du risque; l'existence de formulaires abrégés éprouvés, l'adaptation des formulaires pour les familles, les jeunes gens et les personnes présentant des troubles d'apprentissage; l'inclusion de certains items permettant l'évaluation de l'économie de la santé; et la disponibilité du système en 22 langues. Cet article aborde les propriétés psychométriques du questionnaire, ainsi que son utilisation dans la planification et la prestation du traitement, les procédures, les coûts et la formation requise.

Mots clés : Clinical Outcomes in Routine Evaluation; CORE-OM; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Le CORE-OM (Chris Evans et coll., 2000) est un questionnaire d'autoévaluation comportant 34 items, conçu pour mesurer les changements sur le plan de la santé mentale chez les adultes, en particulier les changements apportés par la psychothérapie. Ce questionnaire a vu le jour en 1998 en tant que volet essentiel du « système CORE », lequel est complété par un instrument rempli par le praticien (CORE-A), qui comprend le formulaire d'évaluation de la thérapie (*Therapy Assessment Form* [CORE-TAF]) et le questionnaire de fin de traitement (*End of Therapy* [CORE-EdT]), et par deux questionnaires abrégés de 18 items qui se prêtent à une utilisation répétée (CORE-SF/A et SF/B; Barkham et coll., 2001). Des travaux ultérieurs ont généré une autre version abrégée visant à sonder l'opinion générale (GP-CORE; Sinclair et coll., 2005) et deux formulaires abrégés pouvant être utilisés durant les séances ou à des fins de dépistage : le CORE-10 (en cours d'élaboration) et le CORE-5 (Wright et coll., 2009). Cet outil a été traduit en 22 langues, y compris une version française en cours d'élaboration, et comprend des versions adaptées à la clientèle adolescente (YP-CORE; Twigg et coll., 2010) et aux personnes ayant des difficultés d'apprentissage (CORE-LD; Brooks et Davies, 2008; en cours), et une version permettant la description du contexte familial (SCORE-15; Stratton et coll., 2010, et SCORE-28; Cahill et coll., 2010). Une mesure de la qualité de vie et de l'économie de la santé est à l'horizon (Mavranezouli et coll., 2010), ainsi que des algorithmes et des tableaux de consultation permettant de corréliser les résultats CORE-OM aux résultats d'autres questionnaires, tels que le Beck Depression Inventory (*BDI-II*; Leach et coll., 2006).

Le CORE-OM évalue les changements notés auprès d'un éventail de clients aussi vaste que possible, qu'il s'agisse de patients ne présentant aucun problème ou de patients ayant des pensées suicidaires ou d'autodestruction très sérieuses, ou présentant toute autre forme de détresse grave. Cet outil n'a pas été conçu pour les services de psychiatrie légale ni pour les personnes présentant des troubles paranoïaques qui pourraient se méfier quant à son usage, quoique l'outil se veuille le moins provocateur possible pour ce type de patients. Cette mesure n'est également pas destinée aux adolescents; un questionnaire de 10 items à l'intention des jeunes (*Young Person's CORE* [YP-CORE]) a été dérivé par sélection et simplification du CORE-OM afin d'être administré aux jeunes âgés de 11 à 16 ans (Twigg et coll., 2010). Un questionnaire apparenté de 14 items a aussi été développé pour les adultes présentant des difficultés d'apprentissage légères ou modérées (CORE-LD), bien

¹ D'Evans est un administrateur du CORE System Trust (CST), la compagnie à but non lucratif qui détient les droits des outils CORE. À l'instar des autres administrateurs du CST, D'Evans ne reçoit aucune rémunération de la part de CORE-OM ou de CORE-IMS. Cet article exprime le point de vue de l'auteur et non celui de CST ou de CORE-IMS.

que cet outil comporte des items qui ne sont pas inclus dans le CORE-OM, car les problèmes auxquels font face les personnes présentant des difficultés d'apprentissage ne sont pas les mêmes que les personnes n'ayant pas de troubles d'apprentissage.

Domaines évalués

Cet outil a été développé de façon à permettre l'évaluation de certains paramètres intrapersonnels et interpersonnels, ainsi que l'évaluation du bien-être, des problèmes/symptômes, du fonctionnement et du risque. L'un des premiers défis était d'obtenir une mesure n'étant pas trop dominée par le diagnostic psychiatrique; c'est pourquoi peu d'items sont corrélés au DSM ou à la Classification internationale des maladies (CIM), quoique l'anxiété et la dépression soient bien représentées. Aucune autoévaluation ne peut mesurer directement le fonctionnement inconscient, mais de nombreux items répondent aux principes de Freud voulant qu'une thérapie efficace remplace la misère névrotique par le mécontentement humain normal, ainsi qu'à son principe tout aussi connu selon lequel un bon résultat thérapeutique favorise la capacité d'aimer et de travailler. Les objections soulevées par les thérapeutes cognitivo-comportementaux reposaient principalement sur le fait qu'ils préféreraient des mesures spécifiques aux problèmes énoncés. Pour toutes les modalités, il est important d'expliquer qu'aucune mesure ne devrait remplacer les vecteurs d'information clinique et que le CORE-OM ne remplace pas plus les mesures spécifiques dans la thérapie cognitivo-comportementale qu'il ne remplace le contre-transfert dans le travail analytique. De façon étonnante, les conseillers et les thérapeutes humanistes se sont révélés les adeptes les plus précoces

du CORE-OM, ce qui pourrait relever du fait que les items du questionnaire étaient formulés dans un langage simple.

Procédures d'utilisation

Toutes les mesures dérivées du CORE-OM peuvent être facilement cotées à la main au moyen de cases de notation à même les instruments. Par ailleurs, elles ont été formatées de façon à être balayées par reconnaissance optique de caractères (ROC), et la plupart des systèmes ROC modernes devraient pouvoir lire les résultats sans modifier illégalement les formulaires. Tous les questionnaires papier CORE sont gratuits (www.coreims.co.uk/copyright.pdf). Nous avons toujours accordé la permission d'utiliser à des fins de recherche le texte des énoncés dans des logiciels, mais une seule entreprise, CORE Information Management Systems (CORE-IMS, www.coreims.co.uk) détient l'autorisation d'intégrer les instruments CORE dans des logiciels à des fins autres que la recherche.

CORE-IMS offre deux solutions informatiques d'abord conçues pour les mesures CORE uniquement, mais maintenant offertes pour plus de 30 mesures additionnelles, quoique des frais de licence additionnels soient parfois exigés. En outre, ces solutions pourraient s'appliquer à toute autre mesure typique. Ces systèmes informatiques sont CORE-PC et CORE-Net, le premier étant un système PC autonome, et le deuxième un système client-serveur en réseau. CORE-Net emploie un navigateur Web pour accéder à un serveur, habituellement un serveur Internet CORE-IMS, quoique des serveurs locaux dédiés puissent être utilisés. Les frais dépendent de l'usage, le CORE-PC étant disponible avec l'achat d'une licence annuelle. La licence minimale pour 125 clients coûte 250 £ (395 \$ CA) et des

frais de 2 £ (3 \$ CA) par client additionnel sont facturés, le coût diminuant à mesure que le volume de clients augmente. CORE-Net est également disponible avec l'achat d'une licence annuelle au coût moyen de 3 £ (4,75 \$ CA) par client. Ni CST ni CORE-IMS ne dictent comment les utilisateurs exploitent leurs données. Le manuel original du système CORE publié en 1998 comportait un chapitre sur le consentement éclairé approprié pour l'utilisation de données identifiables, en accord avec la législation européenne sur la protection des données. Les recommandations quant au système CORE ont toujours été que les données ne seraient utiles, voire légales, que si le service/thérapeute avait songé clairement aux usages prévus des données afin que le consentement éclairé puisse être obtenu. Toutes les données centralisées sont scrupuleusement anonymisées afin de prévenir l'identification des services, thérapeutes et clients. CORE-IMS et tous les autres exploitants de serveurs utilisés par CORE-Net sont accrédités selon la norme ISO/IEC27001, une norme reconnue internationalement concernant la sécurité informatique.

Depuis 1999, CORE-IMS permet la présentation des données individuelles des clients d'une séance à l'autre, et deux questionnaires abrégés de 18 items (CORE-SF-A/B) sont disponibles depuis la mise en application de CORE-OM. Les questionnaires SF-A et SF-B ont 4 items en commun portant sur le bien-être, et 14 items qui diffèrent, réduisant ainsi l'effet mémoire. Depuis les 10 dernières années, des mesures de routine moins longues sont privilégiées et deux autres formulaires abrégés, soit CORE-5 et CORE-10, ont donc été élaborés. Dans le cadre des thérapies qui s'y prêtent, l'utilisation du CORE-OM ou d'autres questionnaires abrégés durant les séances

appuie la thérapie d'adaptation guidée par les résultats, telle que préconisée, entre autres, par Lambert (2010).

Développement du plan de services

En ce qui a trait à l'utilisation de cet outil durant les séances, notre philosophie « ascendante » veut que l'emploi du CORE-OM dans le cadre de l'évaluation soit déterminé localement. Certains services l'utilisent comme outil d'évaluation du service et non comme partie intégrale de la thérapie, réduisant ainsi l'utilisation de cette mesure par les clients pour communiquer avec leurs thérapeutes et la retirant de l'évaluation. D'autres s'en servent comme outil d'évaluation et jugent qu'il procure une structure à large couverture qui favorise la discussion sur les risques et les problématiques particulières.

Soutien technique

CORE-IMS fournit du soutien informatique de haute qualité, mais plus important encore, il aide les services à déterminer la meilleure façon d'utiliser les résultats CORE (ou autres résultats). Ce soutien est largement utilisé au Royaume-Uni, dans les Pays-Bas, en Norvège et au Danemark, et il est adapté aux besoins particuliers de chaque pays. Des informations exhaustives sur tout le système CORE sont disponibles sur le site www.coreims.co.uk.

Propriétés psychométriques

Les propriétés psychométriques sont parfois considérées comme des propriétés fixes, alors qu'elles représentent des paramètres statistiques, c'est-à-dire des données empiriques dérivées d'échantillons, qui sont généralisées aux populations. Les traductions ne reflètent pas exactement les mêmes propriétés psychométriques qui sont présentes dans les

échantillons anglais du Royaume-Uni (p. ex. Evans et coll., 2002). Jusqu'à présent, la fiabilité et la validité de différents échantillons utilisant la version anglaise et les traductions se sont révélées bonnes. Le coefficient global de fiabilité interne était excellent, variant de 0,92 à 0,94. Le coefficient de fiabilité interne des résultats des divers domaines varie davantage entre les divers échantillons, mais il est néanmoins acceptable. Le coefficient test-retest est bon sans être excessif, comme cela est approprié dans le cas d'une mesure du changement, les valeurs types variant de 0,64 (pour l'évaluation du risque) à 0,91 (résultat global). La distinction entre les échantillons cliniques et non cliniques est toujours solide, et la sensibilité aux variations est bonne. Les corrélations avec d'autres instruments montrent une forte validité convergente et de légères indications que les corrélations au sein des domaines sont plus fortes que celles entre les divers domaines (Evans et coll., 2002)².

Commentaires des patients, clients et cliniciens

Un excellent recueil de témoignages sur l'utilisation du CORE-OM et d'autres composantes du système CORE est disponible dans Gray et Mellor-Clark

(2007), qui est accessible gratuitement à www.coreims.co.uk/site_downloads/CORE-A-Decade-of-Development.pdf. Le CORE-OM est apprécié d'après les commentaires des utilisateurs qui ont été recensés dans le recueil du *National Health Service* (NHS) portant sur les évaluations approuvées en matière de santé mentale (National Institute for Mental Health England, 2008) et d'après une revue récente des outils d'évaluation orientée par les utilisateurs (Crawford et coll., 2011).

Caractéristiques uniques de l'outil

Le CORE-OM n'est pas unique en son genre; divers outils d'évaluation générale efficaces existent, quoique les outils pouvant être reproduits sur papier, à l'instar des instruments CORE, soient peu nombreux. La documentation empirique portant sur les mesures générales et spécifiques montre qu'elles ont toutes un fort coefficient de covariance avec une faible variance spécifique au domaine du diagnostic ou du problème présenté. Dans ce champ convergent, les forces particulières, mais non uniques du CORE-OM sont les suivantes : sa vaste couverture des domaines avec des items « désignés » pour l'évaluation du risque; l'existence de formulaires abrégés éprouvés; l'adaptation

2 Les principales critiques formulées à l'égard des propriétés psychométriques du CORE-OM portent sur notre décision de faciliter la déclaration des résultats des domaines. Dans les publications et les présentations de l'équipe CORE, il a toujours été recommandé d'utiliser les résultats des domaines *uniquement* lorsqu'il y a un intérêt clinique ou de recherche particulier pour le domaine, et nous ne nous étions jamais attendus à ce que les domaines deviennent des facteurs transversaux de variance. Les analyses initiales (Evans et coll., 2002), utilisant l'analyse du paramètre principal, ont mis en évidence un important facteur premier, un deuxième facteur regroupant principalement les réponses positives au questionnaire, et un troisième facteur regroupant principalement les énoncés portant sur le risque. Une critique revient voulant que les domaines ne soient pas représentés comme des facteurs précis. Nous pensions avoir résolu cette problématique avec une analyse factorielle hiérarchique démontrant un facteur général de deuxième ordre et des facteurs de premier ordre portant sur les domaines, ainsi que des facteurs portant sur les méthodes de réponse positive et négative, et nous avons noté que la qualité de l'échelle était satisfaisante lorsque les items ne se rapportant pas au risque étaient traités comme une échelle unique et que les items portant sur le risque étaient traités comme une deuxième échelle (Lyne et coll., 2006). Toutefois, l'illusion persiste qu'une mesure de 34 items pourrait donner une structure nette de quatre facteurs dans laquelle le bien-être, la problématique, le fonctionnement et le risque seraient représentés simplement et précisément (p. ex. Bedford et coll., 2010). Nous ne connaissons aucune théorie psychologique ni psychothérapeutique, ni aucune donnée empirique de quelconque mesure qui aurait été proposée pour appuyer cette idée. Or, une percée récente pourrait s'avérer utile. Ces travaux ont extrait un groupe restreint d'items tirés de mesures afin de transformer directement les résultats en années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), cette unité étant utilisée pour l'évaluation économique de la santé via des tests de substitution en temps largement utilisés dans les échelles d'évaluation économique de la santé. Ces travaux (Mavranzeouli et coll., 2010), que la même équipe a appliqués avec autant de succès à d'autres mesures de problèmes particuliers, renversent clairement la plainte habituelle en notant que la structure factorielle complexe et la vaste couverture des domaines du CORE-OM procurent une bonne série d'items clés pour l'évaluation de l'économie de la santé. L'exploration du CORE-OM dans des échantillons cliniques a mené à la sélection de six items, dont cinq qui portent sur l'état psychologique et un sur l'état physique, pour satisfaire à l'évaluation économique de la santé. Ceci pourrait mettre fin à l'illusion que les résultats des domaines procureraient ou pourraient procurer une structure factorielle nette.

des formulaires pour les familles, les jeunes gens et les personnes présentant des troubles d'apprentissage; l'inclusion de six items permettant l'évaluation économique de la santé; et l'existence d'un protocole normalisé de traduction comportant 22 bonnes traductions.

Utilisation par des institutions

Étant donné que cet outil permet la copie autorisée, il n'y a pas de registre unique d'utilisateurs. Cependant, plus de 500 services et 5000 praticiens utilisent le logiciel CORE-IMS. Au Royaume-Uni, les services

employant le CORE-OM varient des médecins de soins de première ligne aux psychothérapeutes, en passant par une multitude de services de soins psychologiques secondaires, y compris la clinique Tavistock, des pénitenciers et des hôpitaux à haute sécurité. CORE-OM est utilisé dans les programmes de formation en psychologie clinique en Norvège et par des grands organismes de prestation de soins aux Pays-Bas et en Norvège. Par ailleurs, son utilisation à l'échelle internationale s'accroît constamment. YP-CORE est l'un des outils d'évaluation recommandés

par le Child and Adolescent Mental Health Services Outcomes Research Consortium (CORC; www.corc.uk.net), et les mesures SCORE sont préconisées par l'AFT (www.aft.org.uk).

La comparaison des services était l'un des principaux éléments moteurs (voir Barkham et coll., 2001, et Evans et coll., 2003, pour consulter leurs travaux à ce sujet). Ce travail s'est étendu à des champs spécifiques, notamment, les centres universitaires de counselling (Connell, Barkham et Mellor-Clark, 2007, 2008). D'autres exemples peuvent être trouvés dans la liste des publications se rapportant à CORE.

RÉFÉRENCES

Une liste exhaustive, comportant actuellement 123 publications, dont de nombreux résumés et certains textes intégraux, se trouve sur le site www.coreims.co.uk/Downloads_References.html et est mise à jour régulièrement.

Barkham, Michael, Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., et coll. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184-196.

Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I. J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*, 51-62. doi:10.1002/cpp.649

Brooks, M., & Davies, S. (2008). Pathways to participatory research in developing a tool to measure feelings. *British Journal of Learning Disabilities, 36*, 128-133. doi:10.1111/j.1468-3156.2007.00476.x

Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: the SCORE-28. *Journal of Family Therapy, 32*, 210-231. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x

Connell, Janice, Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance and Counselling, 35*(1), 41-57. doi:10.1080/03069880601106781

Connell, Janice, Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2008). The effectiveness of UK student counselling services: an analysis using the CORE System. *British Journal of Guidance & Counselling, 36*, 1-18. doi:10.1080/03069880701715655

Crawford, M. J., Robotham, D., Thana, L., Patterson, S., Weaver, T., Barber, R., Wykes, T., et coll. (2011). Selecting outcome measures in mental health: the views of service users. *Journal of Mental Health, 20*, 336-346. doi:10.3109/09638237.2011.577114

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*(6), 374-388.

Evans, Chris, Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*(JAN.), 51-60.

Evans, Chris, Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255.

Gray, Penny, & Mellor-Clark, John. (2007). *CORE: a decade of development*. Rugby, England: CORE IMS. Tiré du site www.coreims.co.uk/site_downloads/CORE-A-Decade-of-Development.pdf

Lambert, M. (2010). *Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice* (1st ed.). Washington D.C.: American Psychological Association.

Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W. B., Noble, R., & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British journal of clinical psychology, 45*, 153-166.

Lyne, K. D., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British journal of clinical psychology, 45*, 185-203.

Mavranzouli, I., Brazier, J. E., Young, T. A., & Barkham, M. (2010). Using Rasch analysis to form plausible health states amenable to valuation: the development of CORE-6D from a measure of common mental health problems (CORE-OM). *Quality of Life Research, 20*, 321-333. doi:10.1007/s11136-010-9768-4

National Institute for Mental Health England. (2008). *Mental Health Outcomes Compendium* (p. 84). London: National Institute for Mental Health England. Tiré du site www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_093677.pdf

Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British journal of guidance and counselling, 33*, 153-173.

Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy, 32*(3), 232-258.

Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B. M., Mulhern, B., Connell, J., & Cooper, M. (2010). The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice, 9*, 160 - 168.

Wright, F., Bewick, B. M., Barkham, M., House, A. O., & Hill, A. J. (2009). Co-occurrence of self-reported disordered eating and self-harm in UK university students. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 397-410. doi:10.1348/014466509X410343

Le BASIS-24

Behavior and Symptom Identification Scale



Thomaskutty B. Idiculla, Ph. D.,
McLean Hospital,
Harvard Medical School

tidiculla@mclean.harvard.edu

Susan V. Eisen, Ph. D., Centre pour la recherche sur la qualité des services de santé, les résultats thérapeutiques et l'économie de la santé (*Health Quality, Outcomes & Economic Research [CHQOER]*, Bedford, MA, VA Hospital), Boston University School of Public Health

L'échelle d'identification des comportements et des symptômes de 24 énoncés (*Behavior and Symptom Identification Scale 24 [BASIS-24]*) est un autoquestionnaire de 24 énoncés rempli par le patient. Il vise à évaluer les effets du traitement grâce à la mesure des symptômes et des difficultés fonctionnelles vécues par les personnes qui demandent des services de santé mentale. Ce questionnaire est destiné aux adultes de 18 ans et plus et convient aux clients qui présentent un large éventail de symptômes et de problèmes dans tous les contextes de soins, y compris les soins en milieu hospitalier, les soins en résidence, les soins partiels et les soins extrahospitaliers. Le BASIS-24, qui a été traduit en cinq langues, peut être utilisé dans une vaste gamme de modèles thérapeutiques. Les résultats sont calculés pour l'ensemble de l'échelle, ainsi que pour six sous-échelles évaluant la dépression et le fonctionnement, les relations interpersonnelles, la psychose, la toxicomanie, la labilité émotionnelle et l'autodestruction. Les études ayant utilisé ce questionnaire ont démontré qu'il est associé à une augmentation de la satisfaction des patients à l'égard des soins une fois que les résultats des domaines ont été discutés dans le cadre de la planification de leur traitement. Dans cet article, les auteurs décrivent la mesure, les procédures reliées à son utilisation, ses propriétés psychométriques et les contextes cliniques dans lesquels elle peut être utilisée.

Mots clés : Behavior and Symptom Identification Scale; BASIS-24; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

L'échelle d'identification des comportements et des symptômes de 24 énoncés (*Behavior and Symptom Identification Scale 24 [BASIS-24]*), dont les droits d'auteur sont détenus par l'Hôpital McLean, est un questionnaire autorapporté de 24 énoncés rempli par le patient qui vise à évaluer les effets du traitement grâce à la mesure des symptômes et des difficultés fonctionnelles vécus par les personnes qui demandent des services de santé mentale. L'outil original, soit l'échelle d'identification des comportements et des symptômes de 32 items (BASIS-32), avait été mis au point au début des années 1980 pour fournir un outil d'évaluation bref, mais exhaustif, de l'état de santé mentale et qui permettrait d'évaluer les effets du traitement du point de vue du client. Le BASIS-32 mesure la difficulté signalée par le client en ce qui a trait aux dimensions du symptôme principal et du fonctionnement qui ont motivé le recours aux services de santé mentale (Eisen, Dill et Grob, 1994).

L'objectif de la création du BASIS-24 était d'augmenter l'applicabilité auprès de diverses populations, ainsi que le coefficient de fiabilité et de validité par rapport au BASIS-32. La révision de l'instrument incluait : a. une revue de la littérature; b. une rétroaction de 75 chercheurs, administrateurs, prestataires de soins et clients; c. une analyse de lisibilité; d. une revue des principes et des méthodes de l'enquête; e. une réunion de l'équipe de recherche pour passer en revue les progrès et apporter des suggestions quant à la révision; f. l'ébauche d'un instrument révisé; g. l'évaluation cognitive de l'instrument révisé; h. l'analyse des données de l'évaluation cognitive; i. des révisions approfondies de l'instrument; j. une deuxième ronde d'évaluation cognitive; k. une analyse de la deuxième ronde d'évaluation cognitive; et l. des révisions et une élaboration approfondies de l'instrument pour essai sur le terrain. L'instrument révisé a ensuite été testé auprès de plus de 6000 sujets qui étaient traités en milieu hospitalier ou extrahospitalier pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie (Eisen et coll., 2004a).

Le BASIS-24 est destiné aux adultes de 18 ans et plus et convient aux clients qui présentent un large éventail de symptômes et de problèmes dans tous les contextes de soins, y compris les soins en milieu hospitalier, les soins en résidence, les soins partiels et les soins extrahospitaliers. Par ailleurs, cet outil peut être utilisé dans une vaste gamme de modèles thérapeutiques. Il a été développé pour évaluer les progrès au fil du temps indépendamment du type de traitement en santé mentale. Une version pilote du BASIS-24 à l'intention des adolescents est également disponible. Les deux instruments peuvent être administrés à plusieurs reprises

durant le traitement et le suivi (Eisen et coll., 2004b). La version du BASIS-24 destinée aux adultes est disponible en anglais, en espagnol, en français et en russe.

Domaines évalués

Le questionnaire BASIS-24 reconnaît le large éventail de symptômes et de troubles qui se présentent à travers les divers diagnostics. Il est conçu pour évaluer les résultats d'une vaste gamme de traitements et de services englobant de nombreuses orientations théoriques. Les résultats sont calculés pour l'ensemble du BASIS-24, ainsi que pour six sous-échelles : la dépression et le fonctionnement, les relations interpersonnelles, la psychose, la toxicomanie, la labilité émotionnelle et l'autodestruction.

La première de ces dimensions, soit *la dépression et le fonctionnement*, tente d'évaluer le fonctionnement quotidien et la capacité à remplir divers rôles, ainsi que les symptômes de dépression et d'anxiété. La dimension des *relations interpersonnelles* évalue la perception du client quant à la qualité de ses expériences interpersonnelles avec sa famille et autrui. La dimension de *psychose* évalue quatre symptômes de troubles psychotiques, tels que les hallucinations et les idées délirantes. La sous-échelle de *toxicomanie* recherche des informations sur l'envie de consommer de l'alcool ou des drogues, ainsi que les problèmes possibles résultant de l'abus d'alcool ou de drogues. La dimension de *labilité émotionnelle*, qui mesure ce que le Collège royal de psychiatrie¹ décrit comme une « réponse émotionnelle excessive à un stimulus mineur », inclut trois items portant sur les sautes d'humeur, la fuite des idées et le

caractère explosif. Enfin, la sous-échelle d'*autodestruction* mesure les pensées d'autodestruction et les pensées suicidaires.

Procédures d'utilisation

Le BASIS 24 est généralement rempli par le patient, et ce, en 5 à 15 minutes. Les 24 énoncés sont rédigés pour un niveau de lecture de cinquième ou de sixième année, ce qui maximise le nombre de personnes pouvant remplir le questionnaire par elles-mêmes. Celui-ci peut également être administré par ordinateur, par téléphone ou via une entrevue structurée. Dans ce dernier cas, le BASIS-24 est administré par un clinicien, un chercheur, un membre de l'équipe de soutien ou un bénévole qui lit les énoncés au répondant et obtient des résultats avec l'aide de cartes de réponse laminées de 8 po × 11 po sur lesquelles l'échelle d'évaluation est imprimée en gros caractères. Les entrevues téléphoniques et les questionnaires auto-rapportés envoyés par la poste peuvent être utilisés au congé ou à la fin du traitement et à des moments précis du suivi (Eisen et coll., 2004a; McLean Hospital, 2006).

Chacun des 24 énoncés comporte cinq options de réponse ordonnées indiquant le niveau de difficulté éprouvée (de « aucune difficulté » à « difficulté extrême ») ou la fréquence à laquelle s'est présenté un symptôme ou un problème (de « jamais » à « en tout temps »). Les patients répondent à chaque question en décrivant les comportements et les symptômes qu'ils ont présentés au cours de la dernière semaine. Par exemple : « Au cours de la dernière semaine, combien de fois vous êtes-vous senti triste ou déprimé? » Le BASIS-24 est administré en

début de traitement, puis est répété aux intervalles souhaités afin d'évaluer le changement durant ou après le traitement. Les 24 questions sont évaluées sur une échelle de 5 points (de 0 à 4), et chaque sous-échelle et résultat moyen global varie également de 0 à 4, où 0 décrit le plus faible degré de gravité des symptômes, et 4, le degré le plus élevé. Le résultat global BASIS-24 est une somme pondérée qui est calculée en multipliant le résultat de chaque question par son facteur de pondération et en additionnant les résultats pondérés de chaque question. Le résultat de chaque sous-échelle est une somme pondérée obtenue en multipliant le résultat de chaque question par son facteur de pondération et en additionnant les résultats pondérés de toutes les questions de la sous-échelle (McLean Hospital, 2006).

Pour utiliser le BASIS-24, les utilisateurs sous un même toit doivent acheter une licence annuelle pour leur centre au coût de 395 \$ US. Les organismes exploitant plusieurs centres peuvent acheter des licences additionnelles au coût de 95 \$ US pour chaque centre. Un mode d'emploi de BASIS, un formulaire à photocopier, la méthode de calcul des résultats et un algorithme de cotation pour l'instrument sont inclus dans le coût de la licence. Chaque licence permet un nombre illimité d'administrations du BASIS-24. Conjointement avec ce dernier, les clients peuvent également faire l'achat de WebScore, une application facultative en ligne pour le calcul des résultats et la production de rapports. Le coût de WebScore est fondé sur le nombre estimé de questionnaires consignés dans l'application en ligne chaque année (McLean Hospital, 2011).

¹ Le Royal College of Psychiatrists, organisation professionnelle de psychiatres du Royaume-Uni. [www.rcpsych.ac.uk]

Développement du plan de services

La pratique fondée sur des données probantes inclut l'analyse des réponses individuelles du patient pour l'intervention et la planification thérapeutiques en temps réel en plus d'incorporer les modèles antérieurs d'analyse comparative des données regroupées. Les autoévaluations sont particulièrement importantes comme outils d'appoint à la planification thérapeutique, car elles informent systématiquement les prestataires des difficultés que le patient n'exprimerait peut-être pas autrement en utilisant d'autres mesures cliniques (Newnham et Page, 2010). L'emploi d'outils d'autoévaluation permet également au patient de prendre une part plus active dans la planification du traitement. Les études ayant utilisé le BASIS-32 ont mis en évidence une augmentation de la satisfaction des patients à l'égard des soins une fois que les résultats des domaines ont été discutés dans le cadre de la planification de leur traitement. Les patients ont spécifiquement rapporté un plus grand sentiment de contribution à la prise de décision thérapeutique et un plus grand respect de la part des cliniciens (Eisen, Dickey et Sederer, 2000). L'emploi d'autoévaluations dans la planification thérapeutique peut être utile pour un traitement plus ciblé ainsi que pour un meilleur rapport patient-clinicien.

Bien que le BASIS-24 ne soit pas conçu pour remplacer une évaluation clinique exhaustive, les questionnaires de cet outil documentent le point de vue des clients sur les symptômes et les problèmes qui les amènent à consulter. Cet outil est également facile à intégrer dans le processus d'évaluation clinique lorsqu'il fait déjà partie d'un programme d'amélioration de la qualité ou d'évaluation des résultats,

permettant de remplir ces deux rôles dans une même administration (Eisen et coll., 2004a). Utiliser le même outil standardisé à la fois pour la planification individuelle et pour l'évaluation des résultats regroupés procure en outre des mesures constantes entre les objectifs et les résultats thérapeutiques. Les construits au niveau de l'évaluation individuelle sont donc corrélés avec ceux utilisés pour mesurer les résultats généraux et l'évaluation globale, offrant ainsi une plus grande constance.

Le BASIS-24 peut servir à cerner les problèmes primaires et secondaires du point de vue du client (Eisen et coll., 2004a). Lorsque les sous-échelles BASIS-24 se recourent avec le diagnostic, il y a habituellement une constance entre les résultats des sous-échelles et le diagnostic clinique, car les clients ayant reçu un diagnostic de dépression ou d'anxiété ont tendance à signaler plus de difficultés dans les dimensions de dépression et d'anxiété que les clients qui ont reçu un autre diagnostic (Eisen, Dill et Grob, 1994). Cependant, les clients ont souvent tendance à rapporter également des degrés élevés de difficulté dans les domaines qui ne correspondent pas à leur diagnostic. Les problèmes touchant les relations interpersonnelles, la gestion de la vie quotidienne et la dépression sont souvent identifiés comme étant plus difficiles que les symptômes psychotiques pour les clients diagnostiqués de schizophrénie (Eisen et coll., 2004a). Dans ces cas, bien que le clinicien puisse considérer la psychose comme étant la principale cible thérapeutique, le client peut identifier d'autres aspects prioritaires pour le traitement. Le BASIS-24 peut donc mettre en évidence des degrés élevés de détresse n'étant pas directement corrélés au diagnostic principal, ainsi que des aspects du diagnostic qui ont un

impact négatif sur le fonctionnement quotidien. Par ailleurs, Eisen et Grob (1982) ont trouvé que les patients en psychiatrie externe participant à un programme de réadaptation présentaient une amélioration considérable des aspects qu'ils avaient identifiés eux-mêmes comme objectifs thérapeutiques, à la différence des aspects qu'ils n'avaient pas identifiés, comme cela est indiqué par les rapports des cliniciens et des patients. La perception du patient se révèle un facteur prédictif des résultats et devrait donc être prise en considération dès la phase de planification afin de maximiser l'efficacité thérapeutique. À mesure que la pratique fondée sur des données probantes s'intègre davantage dans toutes les facettes des soins, il est important d'exploiter à son plein potentiel chaque mesure à notre disposition.

Soutien technique

Pour utiliser le BASIS-24, il faut d'abord se préenregistrer sur le site www.ebasis.org, où l'utilisateur peut créer un compte et accepter les modalités du contrat de services. Une fois que le paiement et les formulaires administratifs, y compris le contrat de licence d'utilisateur, ont été reçus, le compte est approuvé par un membre de l'équipe eBASIS et les clients peuvent commencer à utiliser le BASIS-24. De plus, les utilisateurs de gros volume peuvent profiter des formulaires de BASIS-24 conçus pour faire l'objet d'une lecture optique. Les clients peuvent remplir le questionnaire sur ces formulaires et le personnel eBASIS fournira des services de lecture optique au coût actuel de 1 \$ US par formulaire. Ainsi, les données n'ont pas à être saisies manuellement. Les clients qui souhaitent utiliser BASIS-24 disposent de quatre niveaux de services : a. la licence BASIS-24; b. la licence et l'accès au WebScore;

c. la licence, le WebScore et le système de production de rapports sur l'évaluation du rendement; et d. la consultation.

WebScore est un outil Internet pour le calcul des résultats du questionnaire BASIS-24 et la production de rapports à partir de ces résultats. Cette application de saisie de données et de production de rapports est facile à utiliser et permet aux usagers de calculer automatiquement les résultats du BASIS-24 depuis un ordinateur personnel, de télécharger et d'imprimer les résultats du questionnaire, et de conserver les données pour une analyse et une production de rapports ultérieures. Les clients peuvent essayer une version de démonstration gratuite du WebScore pendant 30 jours en s'inscrivant à l'adresse <https://secure.ebasis.org/basisdemo/login.php>.

WebScore offre des capacités de production de rapports autant pour des utilisateurs individuels que pour des ensembles d'utilisateurs; ces rapports peuvent être produits pour des moments précis, par niveau de soins, par sexe ou par âge. Les rapports peuvent également être produits en fonction de la date d'admission ou de congé des patients. Les résultats peuvent être téléchargés dans un fichier CSV/Excel qui peut être facilement importé dans un logiciel SPSS, SAS ou d'autres logiciels d'analyse statistique et scientifique. Pour les utilisateurs qui choisissent d'utiliser WebScore pour effectuer la cotation en ligne, les systèmes eBASIS assurent les plus hautes normes de confidentialité et de sécurité, y compris la conformité avec toutes les lignes directrices et les exigences du *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA). Les données sont conservées dans un serveur sécurisé et les cas individuels ne sont identifiés dans aucun rapport ni aucun résultat global. Toutes les informations des

patients sous forme imprimée sont conservées de façon confidentielle dans des endroits verrouillés et les sondages sur papier sont déchiquetés après trois ans, une fois que toutes les données ont été vérifiées, nettoyées et sauvegardées (McLean Hospital, 2011).

Le système d'évaluation du rendement offre des rapports personnalisés, y compris la variation des résultats par trimestre, des tableaux de contrôle illustrant les résultats mensuels et des graphiques comparant les données du client avec les données nationales. Des services-conseils sont disponibles pour la conception d'un système d'évaluation des résultats, de cueillette des données, de gestion des données et de production de rapports, le tout pouvant être personnalisé pour répondre aux besoins particuliers du client.

Propriétés psychométriques

L'analyse factorielle confirmatoire menée sur les 24 items de BASIS-24 a confirmé les six facteurs décrits ci-dessus en tant que domaines de BASIS-24. L'indice corrigé de la qualité de l'ajustement (0,81), la racine carrée de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (0,08), le résidu quadratique moyen standardisé (0,06), l'indice d'ajustement comparatif (0,95) et l'indice d'ajustement non normalisé (0,95) indiquent tous un ajustement adéquat, voire excellent (Eisen et coll., 2004b). Les coefficients de fiabilité et de consistance interne (alpha de Cronbach) pour les six domaines variaient de 0,75 à 0,89 pour les patients hospitalisés et de 0,77 à 0,91 pour les patients en clinique externe (Eisen et coll., 2004b). Lorsqu'ils étaient répartis par groupe ethnique – Blancs, Afro-Américains et Hispaniques – les coefficients alpha de Cronbach excédaient 0,70 pour tous les domaines et tous les groupes ethniques,

autant pour les patients hospitalisés qu'en clinique externe, avec une exception : pour les patients hospitalisés d'origine hispanique, le coefficient alpha était de 0,66 pour la dimension de labilité émotionnelle (Eisen et coll., 2006). Lorsqu'ils étaient répartis par sexe, les coefficients de consistance interne variaient de 0,73 à 0,89 chez les hommes, et de 0,77 à 0,89 chez les femmes (Idiculla, 2008). Les coefficients test-retest variaient de 0,81 à 0,96 pour les patients hospitalisés, et de 0,89 à 0,96 pour les patients en externe (Eisen et coll., 2006).

Pour les patients hospitalisés et en clinique externe, les corrélations des résultats de domaines et des résultats globaux du BASIS-24 avec le résultat attribué à la composante mentale du formulaire abrégé (SF-12) (Ware et coll., 1996) variaient de 0,15 à 0,77, et les corrélations avec les résultats globaux de la santé mentale variaient de 0,12 à 0,75. Les corrélations des résultats du BASIS-24 avec le résultat attribué à la composante physique du SF-12 variaient de 0,01 à 0,15 pour les patients hospitalisés et de 0,06 à 0,28 pour les patients externes (Eisen et coll., 2004b). Dans une étude ultérieure ayant comparé les groupes ethniques, les corrélations du résultat global du BASIS-24 avec les autres autoévaluations de l'état de santé mentale (état de santé mentale, santé mentale globale et satisfaction à l'égard de la vie) variaient de 0,59 à 0,82, autant pour les patients hospitalisés que pour les patients en externe dans chaque groupe. De plus, les corrélations entre le résultat global et le résultat attribué à la composante physique étaient toujours inférieures, variant de 0,07 à 0,45 (Eisen et coll., 2006), ce qui indique que, comme prévu, le BASIS-24 est fortement corrélé avec d'autres mesures de santé mentale, mais pas avec les mesures de la santé physique.

Utilisation par des institutions

Le BASIS-24 est actuellement utilisé dans cinq pays et plus de 200 hôpitaux, centres de santé mentale, cliniques communautaires de consultation externe, écoles et organismes de gestion des soins de santé. Le BASIS-24 a été précédemment utilisé par la Commission mixte² et son usage dans l'évaluation des résultats cliniques est approuvé par le Massachusetts Behavioral Health Partnership.

Pour en savoir plus sur le BASIS-24, consultez le site www.ebasis.org ou communiquez par la poste avec McLean BASIS Plus/eBASIS, MS-112, McLean Hospital, 115 Mill Street, Belmont, MA 02478-9106 États-Unis;

par téléphone au 617 855-2424;

ou par courriel à basisAdmin@mclean.harvard.edu.

RÉFÉRENCES

- Eisen, S. V., Dickey, B., & Sederer, L. I. (2000). A self-report symptom and problem rating scale to increase inpatients' involvement in treatment. *Psychiatric Services*, 349-353.
- Eisen, S.V., Dill D.L., & Grob M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(3), 242-247.
- Eisen, S.V., Gerena, M., Ranganathan, G., Esch, D., & Idiculla, T. (2006). Reliability and Validity of the BASIS-24 Mental Health Survey for Whites, African-Americans, and Latinos. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 304-323.
- Eisen, S. V., & Grob, M. C. (1982). Clients' rehabilitation goals and outcome. *Psychological Reports*, 50, 763-767.
- Eisen, S.V., Normand, S.L.T., Belanger, A.J., Gevorkian, S., & Irvin, E.A. (2004a). BASIS-32® and the Revised Behavior and Symptom Identification Scale BASIS-R. In M. Maruish (Ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment, Third Edition* (79-113). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eisen, S.V., Normand, S.L.T., Belanger, A.J., Spiro, A., & Esch, D. (2004b). The Revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-R): Reliability and Validity. *Medical Care*, 42, 1230-1241.
- Eisen, S.V., Youngman, D., Grob, M.C., & Dill, D.L. (1992). Alcohol, drugs and psychiatric disorders: A current view of hospitalized adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 250-265.
- Idiculla, T. (2008). Gender invariance of Behavior and Symptoms Identification Scale factor structure, *International Journal of Diversity* (in progress).
- McLean Hospital. (2006). BASIS-24 Instruction Guide. Belmont, MA: Author.
- McLean Hospital. (2011). McLean Hospital BASISplus/eBASIS. Tiré du site ebasis.org/
- Newnham, E. A., & Page, A. C. (2010). Bridging the gap between best evidence and best practice in mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 127-142.
- Ware JE, Kosinski M, Keller S. A 12-item short-form health survey (SF-12): construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;24:220-233.

² Ce qu'on appelle en anglais la *Joint Commission* est une organisation américaine sans but lucratif responsable de l'agrément de plus de 19 000 programmes et organisations de santé aux États-Unis.

Le système d'évaluation du suivi Integra/COMPASS



Robert J. Lueger, Ph. D.,
Université Creighton

Cet article présente le système d'évaluation du suivi Integra/COMPASS (*Integra/COMPASS Tracking Assessment System*), qui peut être utilisé pour assurer la surveillance en continu de la réponse du patient au traitement en santé mentale. Le système, qui est offert en quatre langues, comporte 68 items, dont 4 items qui sont consacrés à l'évaluation du bien-être subjectif, 40 items portant sur l'évaluation des symptômes d'anxiété et de dépression, du trouble obsessionnel-compulsif, des symptômes physiques, des problèmes d'ajustement et du trouble de stress post-traumatique, et 24 items qui évaluent les problèmes touchant la vie quotidienne, la vie sociale, le travail, l'intimité et l'épanouissement personnel. Deux questionnaires abrégés de la mesure de 68 items ont également été élaborés. Le système peut être utilisé pour définir l'évolution probable de la réponse au traitement, ce qui devient la norme pour définir si le traitement fonctionne comme prévu, permettant ainsi aux cliniciens d'effectuer les ajustements appropriés en fonction de la réponse ou de l'absence de réponse à l'intervention. Cet article décrit le système d'évaluation du suivi Integra/COMPASS et présente ses propriétés psychométriques, ainsi que les procédures reliées à son usage dans divers contextes professionnels.

Mots clés : Integra/COMPASS Tracking Assessment System; COMPASS; Integra; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Le système COMPASS a vu le jour en 1991 comme méthode d'évaluation des résultats dans le but d'évaluer si les interventions psychothérapeutiques produisent des changements mesurables. La première version du questionnaire COMPASS a été mise au point à partir de données et de mesures tirées de l'étude *Northwestern Study of Long-term Psychotherapy*, parrainée par les U.S. National Institutes of Health et menée notamment par Kenneth Howard, Ph. D., de l'Université Northwestern, et par David Orlinsky, Ph. D., de l'Université de Chicago. En 1992, le D^r Howard a fait équipe avec le D^r Peter Brill, fondateur d'Integra inc., un réseau de soins de santé comportementaux intégrés qui œuvre principalement sur la côte est des États-Unis, pour publier une mesure légèrement révisée et appelée *Integra Outpatient Tracking System (IOTA)*. Des données psychométriques de base ont été publiées dans un manuel (Howard et coll., 1992) et la cueillette de données a été entreprise en 1992 par le système de prestation de services Integra inc. En 1996, quelque 16 000 participants avaient fourni une mesure à au moins une occasion. L'IOTA a été rebaptisé Système d'évaluation du suivi COMPASS (*COMPASS Tracking Assessment System*) lorsque l'entité sociale, COMPASS Information Services, a été constituée en 1993.

En 1997, le questionnaire de 84 items COMPASS pour les soins primaires (*COMPASS for Primary Care [COMPASS-PC]*) a été élaboré en collaboration avec Bristol-Myers Squibb pour l'évaluation de la réponse des patients aux traitements médicamenteux et comportementaux offerts dans le contexte des soins de première ligne. En moins d'un an, toutefois, Bristol-Myers Squibb a restructuré sa division de santé comportementale, et l'appui pour l'implantation dans l'ensemble du réseau a été suspendu. En 1999, les vestiges du système de prestation de services COMPASS ont été vendus à un nouveau groupe de gestion utilisant l'ancien nom d'Integra inc. et les droits au système d'évaluation des résultats ont été inclus dans l'achat. Le système de suivi des patients en consultation externe a continué d'être utilisé dans le réseau Integra inc. sous le nom COMPASS(R), et ce, pendant au moins cinq années supplémentaires. En 2000, il a été converti en système Web. Un survol des ouvrages spécialisés publiés après 2003 révèle peu ou pas de publications sur le COMPASS-PC ou le COMPASS(R), alors que l'usage du système Integra/COMPASS, qui comporte 68 items, continue d'être très répandu. Cet outil est offert en anglais, en espagnol, en allemand et en italien.

Domaines évalués

Le système de suivi des patients en consultation externe Integra/COMPASS a été mis au point en s'appuyant sur une théorie spécifique, soit celle du modèle reposant sur les phases thérapeutiques, selon lequel l'amélioration obtenue durant la psychothérapie se fait en trois étapes distinctes et séquentielles. Selon le modèle reposant sur les phases thérapeutiques du rétablissement en psychothérapie (Howard et coll., 1993), les patients connaissent d'abord la *remoralisation* et deviennent plus optimistes, puis ils affichent une *rémission* de leurs symptômes et enfin ils présentent une *réhabilitation* de leurs comportements problématiques à mesure que des compétences adaptatives sont acquises. Le modèle reposant sur les phases thérapeutiques a été élaboré pour déterminer quels changements se produisent et quand ceux-ci surviennent au cours du traitement psychothérapeutique. Le soutien empirique pour le modèle reposant sur les phases thérapeutiques est généralement solide (Callahan et coll., 2006; Hilsenroth et coll., 2001; Lueger, 1995; Lueger, 2010; Stulz et Lutz, 2007). Environ 63 % des patients/clients suivant une psychothérapie affichent un profil de changement caractéristique du modèle des phases durant une psychothérapie (Stulz et Lutz, 2007). Chez les patients qui répondent positivement à la psychothérapie, à peu près 42 % montrent un profil de remoralisation précédant la rémission des symptômes et une rémission des symptômes précédant la réhabilitation du fonctionnement (Lueger, 2010), tel que prédit par le modèle des phases. Par ailleurs, seulement 12 à 16 % des patients qui présentent un changement fiable le font d'une façon différente de ce que prédit le modèle. Les courbes cumulatives d'amélioration de l'état des patients indiquent

qu'environ 50 % de tous les patients amorçant une psychothérapie présentent une remoralisation avant la 6^e séance, 50 % affichent une amélioration de leurs symptômes avant la 12^e séance et 50 % montrent une amélioration du fonctionnement vers les séances 24 à 27 (Lueger, 2002).

Le système d'évaluation Integra/COMPASS comporte 68 items, dont 4 items qui sont consacrés à l'évaluation du bien-être subjectif (remoralisation), 40 items portant sur l'évaluation des symptômes d'anxiété et de dépression, du trouble obsessionnel-compulsif, des symptômes physiques, des problèmes d'ajustement et du trouble de stress post-traumatique. La portion portant sur le fonctionnement social comporte 24 items qui évaluent les problèmes touchant la vie quotidienne, la vie sociale, le travail, l'intimité et l'épanouissement personnel. L'indice de santé mentale (*Mental Health Index*) a servi de variable principale pour la plupart des évaluations de résultats reliées au COMPASS. Les données normatives initiales du système Integra/COMPASS ont été obtenues auprès de quelque 7000 patients durant leur première séance de psychothérapie. Deux échantillons de non-patients totalisant environ 700 adultes ont été utilisés pour obtenir des normes comparatives. Les réponses des patients recueillies lors de leur première séance ont été normalisées et converties en scores T avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Des résultats plus élevés dénotaient une meilleure santé comportementale/psychologique.

Des questionnaires abrégés de la mesure de 68 items ont été élaborés. Un formulaire abrégé de 12 items du système d'évaluation Integra/COMPASS a été mis au point et validé pour permettre un suivi plus économe des effets du

traitement, quoique ce questionnaire abrégé ait rarement été utilisé en pratique clinique. Comme la plupart des questionnaires abrégés, le formulaire abrégé de 12 items semble ne mesurer qu'une seule composante. Une version de 35 items du système d'évaluation complet Integra/COMPASS de 68 items a été développée en mettant l'accent sur les items qui se sont révélés sensibles au changement en psychothérapie (Lueger, 2010).

Développement d'un plan de services

Un élément distinctif du système Integra/COMPASS repose sur son usage de caractéristiques cliniques (niveau de détresse, gravité, chronicité, antécédents thérapeutiques, attentes en matière d'amélioration) pour définir l'évolution probable de la réponse au traitement. Cette évolution attendue, ou réponse thérapeutique attendue, devient la norme pour définir si le traitement fonctionne bien, moins bien, ou mieux que prévu. Cette approche qui s'appuie sur des normes quant aux résultats tient compte du vaste éventail de différences, de styles de réponse et de niveaux de changement qui caractérisent les personnes suivant une psychothérapie. Pour certains patients, le but peut être de prévenir une détérioration, alors que pour d'autres il peut être de gérer plus efficacement les problèmes chroniques (sans pour autant être asymptomatiques). Pour d'autres encore, le but peut consister à retourner à un état normal. En utilisant les profils connus d'évolution thérapeutique chez des patients similaires, on obtient un point de référence empirique normalisé pour un patient en traitement.

Les études empiriques disposant d'un vaste ensemble de données d'anciens patients ont mis en évidence des variables cliniques pour prédire les réponses individuelles au traitement (Lutz

et coll., 1999; Lueger et coll., 2001; Stulz et Lutz, 2007) au moyen du modèle de régression aléatoire ou de la modélisation linéaire hiérarchique, ainsi que des techniques de regroupement du voisin le plus proche (*Nearest Neighbor Grouping*). En connaissant les résultats initiaux des composantes du modèle reposant sur les phases thérapeutiques et le statut des caractéristiques cliniques, il est possible de représenter le profil de changement comme une pente d'évolution (modélisée d'après des hypothèses linéaires ou log-linéaires). Les patients peuvent être classés ou regroupés dans la catégorie de patients ayant présenté des caractéristiques cliniques similaires avant le traitement. Les patients d'un même groupe afficheront des profils ou des pentes d'évolution similaires. Jusqu'à présent, la plupart des travaux ont utilisé l'indice de santé mentale (*Mental Health Index* [MHI]) comme paramètre d'évaluation modélisé dans le profil d'évolution attendue. Des intervalles de confiance peuvent être établis autour de l'évolution attendue de la réponse au traitement en identifiant le pourcentage de sujets (25 rangs centiles inférieurs et supérieurs) pour une séance particulière de traitement. Un total en dehors des intervalles de confiance indique des résultats meilleurs ou pires que les résultats attendus.

Au cours du stade initial de développement, le potentiel du Integra/COMPASS comme source de rétroaction durant le traitement (« système intelligent ») a été reconnu. La rétroaction sur le progrès des patients permet aux cliniciens d'effectuer les ajustements appropriés en fonction de la réponse ou de l'absence de réponse des patients. La rétroaction peut également accroître la confiance du thérapeute que le traitement est sur la bonne voie. Étant donné qu'environ 14 %

des traitements complétés s'avèrent un échec, le plus grand avantage de la rétroaction semble être qu'elle prévient ces échecs thérapeutiques. Des travaux de recherche (Lueger et coll., 2001) ont porté sur les facteurs prédictifs de l'échec thérapeutique et ont identifié plusieurs indicateurs potentiels au moyen de la mesure globale du fonctionnement, soit le MHI. Lorsque le fonctionnement global signalé par le patient est très positif et que le fonctionnement coté par le clinicien est faible, il y a une forte probabilité d'échec thérapeutique ultérieur. Des deux tiers aux trois quarts des patients qui ont deux mesures de suivi successives dans la catégorie « réponse inférieure à celle attendue » présentent un échec thérapeutique ultérieur. L'absence de changement dans les composantes du modèle reposant sur les phases prédit également un échec thérapeutique. La moitié des patients qui n'affichent pas de remoralisation à la 4^e séance et 80 % des patients qui n'ont pas connu d'amélioration symptomatique à la 12^e séance ne s'amélioreront pas avant la fin du traitement.

La rétroaction communiquée au thérapeute suit le modèle reposant sur les phases de l'évolution de la réponse. En l'absence de signes d'amélioration sur le plan de la remoralisation, le thérapeute est encouragé à faire renaître l'espoir chez le patient, à consolider la relation, à normaliser l'expérience du patient et à accroître la confiance du patient dans le traitement. En l'absence d'amélioration des symptômes, on incite le thérapeute à se concentrer sur des objectifs thérapeutiques atteignables, spécifiques et à court terme reliés à des éléments symptomatiques, ou possiblement à ajouter des traitements d'appoint (p. ex. traitement médicamenteux) ou encore à augmenter la fréquence des séances de traitement.

Procédures d'utilisation et soutien technique

Le système d'évaluation Integra/COMPASS tenait initialement du domaine privé et était sujet à des coûts par administration du questionnaire. Depuis la dissolution de l'organisme de soutien, Integra inc., cet outil a été utilisé dans des cliniques privées de santé mentale comme mesure des résultats thérapeutiques. Le soutien technique que fournissait Integra inc. il y a 10 ans n'est plus disponible et les cliniques ont généralement développé leur propre soutien technique en ligne. L'ampleur de l'usage de la mesure originale de 68 items est inconnue, mais plusieurs cliniques de santé comportementale du Minnesota, notamment le Center for Life Counseling et le Midwest Center for Personal and Family Development, utilisent cette mesure. L'outil original, les échelles de cotation et les normes originales, ainsi que l'échelle abrégée de 35 items, sont disponibles par l'entremise de cet auteur.

Propriétés psychométriques

Pour le système d'évaluation Integra/COMPASS, le coefficient de consistance interne est de 0,79 pour la sous-échelle du bien-être subjectif de quatre items, de 0,95 pour la sous-échelle des symptômes, de 0,93 pour la sous-échelle du fonctionnement social et de 0,87 pour l'échelle globale (indice de santé mentale), les résultats étant normalisés pour chacun des trois domaines. Pour le questionnaire abrégé de 35 items, les analyses factorielles révèlent que cet outil retient les composantes du modèle reposant sur les phases thérapeutiques, avec un fort coefficient de validité ($\alpha = 0,94$).

Utilisation par des institutions

Les 10 premières années de l'utilisation du système d'évaluation du suivi COMPASS ont été sujettes à une résistance inévitable à l'incorporation de mesures des résultats dans un processus thérapeutique naturaliste. Les demandes de preuves de résultats thérapeutiques exigées comme condition de remboursement et qui sont imposées par les systèmes de soins intégrés ont changé la nature de cette résistance. Néanmoins, on privilégie la méthode la plus rapide pour obtenir ces preuves. Ainsi, les questionnaires abrégés se sont démarqués des instruments plus longs, et ce, pour la plupart des mesures des résultats. En outre, des progrès considérables apportés aux appareils électroniques personnels au cours des 10 dernières années ont fourni de nombreuses plateformes (téléphones cellulaires, téléphones intelligents, iPad et ordinateurs) pour remplir ces questionnaires abrégés. Ces nouveaux outils ont permis d'éliminer la gestion du papier et d'effectuer immédiatement la cotation des questionnaires complétés. Ces plateformes permettent également de remplir les questionnaires ailleurs qu'au site de prestation des services. Pour les séances intermittentes, des questionnaires abrégés peuvent être remplis lorsque le patient ne se rend pas à la clinique pour un traitement. Toutefois, des questions quant à la confidentialité ont été soulevées dans ces contextes.

La science et la technologie du suivi et de l'évaluation des patients en consultation externe ont beaucoup évolué au cours des 20 dernières années. Le système d'évaluation du suivi Integra/COMPASS a été un pionnier dans les efforts d'identifier une mesure appropriée des résultats et de développer des règles d'usage en ce qui a trait aux objectifs

thérapeutiques. La réponse thérapeutique attendue ajustée cliniquement est une caractéristique relativement unique du système COMPASS. L'usage accepté de la rétroaction pour le suivi des progrès a modifié la prestation des interventions psychothérapeutiques et a augmenté l'adoption de normes de référence en matière de résultats.

RÉFÉRENCES

- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 2, 184-196.
- Callahan, J.L., Swift, J.K., & Hynan, M.T. (2006). Test of the phase model of psychotherapy in a training clinic. *Psychological Services, 3*, 129-136.
- Grissom, G.R., Lyon, J.S., & Lutz, W. (2002). Standing on the shoulders of a giant: Development of an outcome management system based on the dose model and phase model of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 12* (4), 397-412.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., & Blagys, M.D. (2001). Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 11* (1), 29-47.
- Howard, K.I., Brill, P., Lueger, R.J., & O'Mahoney, M. (1992, 1993, 1995). *The Integra Outpatient Tracking Assessment*. Radnor, PA: Integra, Inc.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M., & Martinovich, A. (1992, June). *A phase model of psychotherapy outcomes*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Kopta, S., & Lowrey, J. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral Health Questionnaire-20: A brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 12*, 413-426.
- Lueger, R.J. (1995). A phase model of psychotherapy outcome. *Psychotherapeut, 40*, 267-278.
- Lueger, R.J. (2002, June). *The phase model of psychotherapy outcomes: Memorial to Ken Howard*. Paper presented at the international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, CA.
- Lueger, R.J. (2010, June). *Testing predictions of the Phase Model: a comparison of therapist and patient report*. Paper presented at the international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Asilomar, CA.
- Lueger, R.J., Howard, K.I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E.A., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients with expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150-158.
- Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K.I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 571-577.
- Stulz, N., & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology, 63* (9), 817-833.

L'Outcome Questionnaire-45



Michael J. Lambert, Ph. D.,
Brigham Young University

michael_lambert@byu.edu

Le questionnaire d'évaluation des résultats (*Outcome Questionnaire-45* [OQ-45]) est une échelle d'autoévaluation de 45 items qui sert à estimer le niveau de détresse éprouvé par le client au début et au fil du traitement. Il fournit un indice du fonctionnement mental chez les adultes âgés de 18 ans et plus lequel peut être comparé à diverses populations de patients dans divers milieux : hôpitaux, santé mentale communautaire, consultation externe, programme d'aide aux employés, centre universitaire de counselling et populations normales. Les résultats peuvent également être comparés aux réponses thérapeutiques escomptées, servant ainsi de point de référence du succès thérapeutique d'une séance à l'autre. Par ailleurs, l'OQ-45, qui est offert en plus de 30 langues, fournit des résultats seuils du changement fiable et du rétablissement comme marqueurs de l'évaluation du succès thérapeutique et de la possibilité de mettre un terme au traitement. Dans cet article, l'auteur présente l'échelle, son mode d'administration, les domaines qu'elle évalue et ses propriétés psychométriques, et il décrit comment cet outil peut servir à améliorer la prestation du traitement en pratique clinique.

Mots clés : Outcome Questionnaire; OQ-45; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Le questionnaire d'évaluation des résultats (*Outcome Questionnaire-45* [OQ-45]) est une échelle d'autoévaluation de 45 items qui sert à estimer le niveau de détresse éprouvé par le client au début et au fil du traitement. Il fournit un indice du fonctionnement mental chez les adultes âgés de 18 ans et plus. Il a été conçu à l'origine pour être utilisé dans le cadre des soins intégrés comme moyen de mesurer et d'améliorer les résultats thérapeutiques. Les clients qui remplissent le questionnaire sont comparés à diverses populations de patients dans divers milieux : hôpitaux, santé mentale communautaire, consultation externe, programme d'aide aux employés, centre universitaire de counselling et populations normales. Les résultats sont comparés aux réponses thérapeutiques escomptées fondées sur le progrès de 12 000 sujets traités partout aux États-Unis. Ces données servent de point de référence du succès thérapeutique d'une séance à l'autre afin d'identifier les non-répondants et les clients qui sont à risque d'obtenir des effets de traitement négatifs. Elles fournissent également des résultats seuils du changement fiable (*reliable change*) et du rétablissement comme marqueurs de l'évaluation du succès thérapeutique et de la possibilité de mettre un terme au traitement. Cet outil a été traduit dans plus de 30 langues outre l'anglais, notamment en français. Il faut un niveau de lecture de 6^e année pour remplir ce questionnaire. Les droits d'auteur sont détenus par OQ Measures, LLC; 2171, Lake Street, Salt Lake City, UT 84106; www.oqmeasures.com; courriel : office@oqmeasures.com.

Domaines évalués

Étant donné que près de la moitié des adultes qui amorcent un traitement éprouvent des symptômes d'anxiété et de dépression, la moitié des items de l'OQ-45 mesurent les principaux aspects de ces troubles, ce qu'on pourrait appeler la détresse symptomatique ou l'inconfort subjectif. Puisqu'une qualité de vie satisfaisante et le bien-être dépendent d'un fonctionnement interpersonnel positif, un quart des items évalue la détresse dans les relations interpersonnelles avec les proches. Le dernier quart des items évalue le fonctionnement dans les rôles sociaux, comme le travail, l'école, le foyer et les loisirs. Le fonctionnement efficace dans les rôles sociaux a des conséquences importantes autant pour la société que pour les individus. Neuf items sont formulés de façon positive afin d'aborder le bien-être en plus de la psychopathologie. Ces items font partie des trois autres domaines, à l'instar du dépistage de la toxicomanie et des pensées suicidaires. Lorsque les résultats atteignent un seuil critique, le rapport remis au clinicien indique la présence de toxicomanie, de pensées suicidaires et de colère. L'OQ-45 peut être utilisé indépendamment du type et du mode de

psychothérapie, et du traitement médicamenteux. Cet instrument est athéorique et sert de signes vitaux de la santé mentale ou de test de laboratoire que les cliniciens peuvent utiliser pour gérer la maladie en quantifiant le fonctionnement mental actuel du patient. Il existe également une version abrégée de l'OQ-45, soit l'OQ-30, qui n'inclut pas de sous-échelles.

Procédures d'utilisation

Idéalement, l'OQ-45 est administré en ligne au moyen d'appareils portatifs ou d'un ordinateur (il peut aussi être administré et coté sur papier). Il faut environ 5 à 10 minutes pour répondre aux 45 items, ce qui se fait habituellement avant la séance. Le patient doit se rappeler la semaine précédente et coter chaque item sur une échelle de cinq points, où 0 signifie « presque toujours » et 5 signifie « jamais ». Ceci permet au clinicien d'avoir un aperçu du fonctionnement du patient, ce qui prendrait beaucoup plus de temps s'il devait mener une entrevue clinique. Un logiciel (OQ-Analyst) additionne les résultats et les présente sous forme de graphiques par rapport aux administrations antérieures du questionnaire ainsi que par rapport au fonctionnement normatif et à la réponse thérapeutique escomptée fondée sur d'autres patients qui affichaient le même niveau initial de détresse. Tout ceci est accompli, puis présenté sur l'ordinateur du thérapeute, environ une seconde après que le client ait répondu au 45^e item.

En l'espace de 18 secondes environ, le thérapeute peut accéder au rapport du client depuis son ordinateur, ou des rapports peuvent être imprimés et remis au clinicien et au client sur papier. Des données cumulatives après des administrations multiples de la mesure peuvent

être conservées sur un serveur indépendant (ou un ordinateur personnel) ou chez OQ Measures. L'OQ-45 fait partie d'un système d'évaluation des résultats plus vaste – l'OQ-Analyst – qui inclut des mesures du fonctionnement de l'enfant, le *Brief Psychiatric Rating Scale*, et l'*Assessment for Signal Clients*, un outil de soutien clinique utilisé pour aider à résoudre les problèmes liés à un potentiel échec thérapeutique. Les utilisateurs préfèrent généralement conserver les données à l'interne, mais les données conservées à l'extérieur de la clinique sont chiffrées et des méthodes conformes à l'HIPPA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, une loi américaine sur la protection des renseignements personnels dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie) sont utilisées pour protéger la confidentialité des données. Comme il est mentionné précédemment, des méthodes automatisées pour l'administration, la cotation et la création de rapports cliniques réduisent au minimum la charge de travail des cliniciens et du personnel de soutien. Si le thérapeute, plutôt qu'une tierce partie comme le réceptionniste, est chargé de remettre l'appareil portatif, il faut compter 30 à 60 secondes de plus.

Le logiciel OQ-Analyst est disponible au coût de 200 \$ US par clinicien par année. Ce coût est basé sur une moyenne de 200 clients par année par clinicien, à raison de 1 \$ par client par année. Le coût inclut l'utilisation illimitée pour chaque client ainsi que la cotation, les alertes et le profil du progrès. Un système hébergé à interface Web est disponible selon un modèle de coût au prorata pour les organismes qui desservent plus de 1000 patients par année et emploient plus de 50 cliniciens. Les frais initiaux de démarrage pour le système hébergé sont en moyenne 3 \$ par patient par année, ce qui

inclut le logiciel et l'équipement, et les coûts annuels sont de moins de 1 \$ par patient par année. Les deux modèles de coûts permettent une utilisation illimitée par patient, ce qui encourage les cliniciens à suivre le progrès des patients à plusieurs reprises sans frais additionnels (il n'y a aucuns frais par administration du questionnaire).

Développement d'un plan de services

Bien que l'OQ-45 soit conçu pour suivre les progrès relatifs au fonctionnement mental au fil du temps, les résultats des sous-échelles peuvent être utilisés pour déterminer quels aspects du fonctionnement sont les plus problématiques pour le patient; ces aspects peuvent être incorporés dans le plan thérapeutique et suivis au fil du traitement. Les graphiques illustrant le progrès des patients peuvent être copiés et collés dans les dossiers cliniques. De plus, les rapports OQ estiment le nombre de séances nécessaires pour que le patient retrouve un état normal de fonctionnement ou qu'il obtienne au moins un changement fiable (*reliable change*). Un avantage important du OQ-45 repose sur ses algorithmes valides qui prédisent l'échec thérapeutique et alertent les cliniciens si le patient se dirige vers un échec thérapeutique probable. Puisque les cliniciens surestiment leur capacité à reconnaître et à prédire l'échec thérapeutique, alors qu'en fait ils n'y arrivent pas, un test psychologique qui peut le faire à leur place est un outil d'appoint précieux pour la prise de décision et les soins de routine. De 85 à 100 % des échecs thérapeutiques peuvent être identifiés par l'OQ-45 avant la fin du traitement et souvent en l'espace de 3 à 5 séances après le début du traitement. Lorsque les cliniciens sont alertés d'un échec thérapeutique potentiel, ils ont

tendance à inciter leurs patients à poursuivre le traitement. Les taux de détérioration sont réduits dans une proportion de 1/3 à 2/3, alors que les taux d'amélioration de l'état sont doublés chez ces patients difficiles à traiter. Le suivi de la réponse thérapeutique et la rétroaction donnée aux cliniciens réduisent le nombre de séances pour les clients qui demeurent sur la bonne voie et augmentent les effets des traitements. L'OQ-Analyst peut être configuré pour fournir des renseignements cliniques aux équipes interdisciplinaires qui travaillent également avec les patients. L'administrateur clinique consigne tous les prestataires de soins dans un système de soins, puis le prestataire primaire et les prestataires secondaires peuvent être sélectionnés depuis la liste. Ainsi, tous les membres d'une équipe autorisés par les administrateurs à accéder au système par un mot de passe, y compris les gestionnaires et les superviseurs, peuvent avoir accès aux rapports d'évolution et aux notifications d'alertes pour des patients particuliers traités par les membres de l'équipe. Ce partage d'information permet à toute l'équipe d'être informée si le patient ne répond pas ou répond négativement au traitement et de coordonner leurs efforts pour redresser le tir. L'OQ-Analyst produit également des rapports pour l'ensemble des patients ou pour des sous-groupes de patients (p. ex. les toxicomanes, les hommes vs les femmes, le programme A vs le programme B) pour comparer les données entre des services similaires ou pour des cliniciens particuliers.

Soutien technique

Le soutien technique est offert à un coût de 150 \$ par année. Les manuels techniques pour l'emploi des instruments et les guides d'utilisation sur l'implantation de l'OQ-Analyst sont inclus sans frais

additionnels et sont régulièrement mis à jour à mesure que de nouvelles données appuient la modification des outils. Le NREPP (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices*, un registre américain) a évalué le degré auquel l'OQ-Analyst est prêt à la dissémination à 3,9 sur une échelle de 4 points. Les usagers choisissent d'héberger l'OQ-Analyst eux-mêmes ou de le faire héberger chez OQ Measures. Il faut parfois du soutien pour utiliser l'OQ-Analyst ou répondre à des questions cliniques. Ce soutien est obtenu sur le site www.oqmeasures.com ou à office@oqmeasures.com, en appelant la ligne sans frais 1 888 647-2673, ou encore par l'entremise de personnes qui sont en contact avec les usagers : Tameisha Hastings (marketing et ventes), Tameisha.Hastings@OQMeasures.com; Sue A. Jenkins (cadre supérieure), Sue.Jenkins@OQMeasures.com; Amy (directrice de l'informatique), Amy@OQMeasures.com. Les questions cliniques et de recherche doivent être adressées à : Michael J. Lambert, Ph. D., Mike.Lambert@OQMeasures.com ou Gary M. Burlingame, Ph. D., Gary.Burlingame@OQMeasures.com.

Des ateliers de formation peuvent être fournis sur demande et varient de deux heures à une journée entière. La formation peut être effectuée sur place ou par téléconférence avec connexion Internet. Les concepteurs de l'OQ-Analyst et de Lanark Systems collaborent étroitement avec OQ Measures et peuvent apporter des modifications au logiciel à la demande des utilisateurs de gros volume. Ceci est très utile pour s'assurer que le système est bien adapté aux besoins émergents des agences ou si ces dernières veulent que OQ Measures héberge leur système.

Propriétés psychométriques

Depuis la création de l'OQ-45 au début des années 1990, des dizaines d'études ont été publiées sur ses propriétés psychométriques. Cet outil a des coefficients élevés de consistance interne (0,90), de fidélité test-retest (0,84 sur 3 semaines), et de validité concourante avec des échelles telles que le Symptom Checklist-90 et le Beck Depression Inventory, avec des coefficients se situant autour de 0,85. Les analyses factorielles appuient la présence d'un facteur de détresse global avec trois facteurs subordonnés corrélés aux sous-échelles. La plupart des items, des sous-échelles et du résultat total sont sensibles aux effets des interventions tout en demeurant stables chez les sujets non traités. Cette caractéristique psychométrique de l'OQ-45 est la plus importante, car cet outil est utilisé pour évaluer le changement chez les patients en traitement. Les items de l'OQ-45 ont aussi été évalués chez les patients et les sujets qui présentent une détresse psychologique, mais qui ne suivent pas de psychothérapie ou de traitement médicamenteux psychoactif.

Commentaires des patients, clients et cliniciens

La force de l'OQ-45 réside dans les données exhaustives qui ont été publiées sur le degré auquel la rétroaction fournie aux cliniciens et aux patients par l'entremise du système d'alerte de l'OQ-45 maximise les résultats et réduit les échecs thérapeutiques. Sept études contrôlées avec répartition au hasard et deux autres études complétées ont démontré que la rétroaction et les outils de résolution des problèmes fournis aux thérapeutes fonctionnent dans divers contextes de soins courants, notamment les centres universitaires de counselling, les cliniques de consultation externe pour les problèmes

de toxicomanie et les milieux hospitaliers pour les troubles de l'alimentation. Le NREPP a classé l'OQ-45 comme une pratique fondée sur des données probantes en raison des nombreuses preuves cliniques dérivées des études expérimentales dans les contextes de soins courants.

La recherche qualitative indique que les clients ne voient pas d'inconvénient à remplir l'OQ-45 chaque semaine. Ceci se révèle particulièrement vrai si le personnel a une opinion favorable de la mesure, si l'on explique aux patients la raison d'être de l'outil (p. ex. c'est comme surveiller la tension artérielle afin de la maîtriser, ou cela permet de savoir comment le patient se porte), et si les cliniciens fournissent une rétroaction, indiquant qu'ils savent que le patient a rempli le questionnaire. Les patients apprécient énormément les rapports cliniques qui leur sont remis (si les cliniciens choisissent de leur en faire part). Initialement, les prestataires de services ne répondent pas de façon aussi positive que les clients, surtout si l'outil leur est imposé par des gestionnaires. Après un certain temps, même les cliniciens les plus récalcitrants en viennent à apprécier les graphiques illustrant le cheminement du patient et trouvent des façons d'utiliser l'information fournie dans le plan thérapeutique et l'évaluation des risques. Du point de vue des cliniciens, il n'y a aucun moyen efficace de recueillir de l'information sur le fonctionnement du patient pour l'ensemble des aspects qui constituent l'état de santé mentale. Par conséquent, ils finissent par percevoir cet outil comme une vérification rapide des aspects du fonctionnement qui ne sont pas nécessairement l'objectif d'une séance particulière.

Utilisation par des institutions

Des centaines de cliniques, d'établissements et d'individus partout en Amérique du Nord et dans le monde entier détiennent une licence d'utilisation de l'OQ-45 et des instruments connexes pour l'évaluation des enfants contenus dans l'OQ-Analyst. Cet outil est largement utili-

sé et constitue l'instrument d'évaluation des résultats le plus important dans les cliniques qui forment les stagiaires en psychologie clinique aux États-Unis et en Australie. L'utilisation de cet outil dans les cliniques de formation permet l'évaluation du progrès des patients et du rendement des stagiaires au fil du temps.

RÉFÉRENCES

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. M., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying patients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61(2), 155-163.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, & feedback in clinical practice*. Washington, DC: APA Press.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Harmon, S. C. (2010). The OQ-45 system: Development and practical applications in health care settings. In M. Barkham, G. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.) *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (p. 141-154). New York: Wiley-Blackwell.
- Lambert, M. J., Kahler, M., Harmon, C., Burlingame, G. M., & Shimokawa, K. (2011). *Administration & scoring manual for the Outcome Questionnaire-45.2*. Salt Lake City: OQMeasures.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, S. L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157-1172.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic & mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Item sensitivity to changes in counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 38-49.

L'Outcome Rating Scale (ORS) et la Session Rating Scale (SRS)



Scott D. Miller, Ph. D.,
International Center for Clinical Excellence,
Chicago

scottdmiller@talkingcure.com

Susanne Bargmann, International Center
for Clinical Excellence, Chicago

Les échelles d'évaluation des résultats et des séances (*Outcome and Session Rating Scales* [ORS, SRS]) sont de brèves mesures permettant de suivre le fonctionnement du client et la qualité de l'alliance thérapeutique au cours de la psychothérapie. Des versions de ces échelles sont adaptées aux adultes, aux enfants, aux adolescents et aux groupes, et sont offertes en 18 langues. L'échelle d'évaluation des résultats (ORS) est conçue pour évaluer le fonctionnement individuel, interpersonnel et social du client, alors que l'échelle d'évaluation des séances (SRS) évalue la qualité de la relation thérapeutique, le degré d'entente entre le client et le clinicien concernant les objectifs et l'entente entre le client et le clinicien concernant les méthodes et l'approche thérapeutiques. Ces outils ne requièrent pas que les praticiens adhèrent à une approche ou à un modèle particulier et l'administration et la cotation des mesures sont des processus simples et directs. Dans cet article, les auteurs présentent les deux mesures, discutent des domaines qu'elles évaluent et décrivent comment elles peuvent être utilisées dans la pratique clinique courante pour aider à la mise au point d'un plan de services. Par ailleurs, les auteurs abordent les propriétés psychométriques de ces échelles et décrivent les ressources mises à la disposition des cliniciens.

Mots clés : Outcome Rating Scale; ORS; Session Rating Scale; SRS; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Les échelles d'évaluation des résultats et des séances (*Outcome Rating Scale* et *Session Rating Scale* [ORS et SRS]) sont de brèves mesures permettant d'évaluer le fonctionnement du client et la qualité de l'alliance thérapeutique. Chaque instrument peut être rempli par le client en moins d'une minute et il faut le même temps au clinicien pour le coter et l'interpréter. Ces deux échelles ont été élaborées dans des contextes cliniques où des mesures plus longues axées sur la recherche étaient utilisées et considérées comme peu conviviales pour être utilisées de façon systématique. Des versions de l'ORS et du SRS adaptées aux adultes, aux enfants, aux adolescents et aux groupes sont offertes en 18 langues, y compris le français. Les cliniciens peuvent télécharger gratuitement les échelles après s'être inscrits sur le site www.scottdmiller.com/?q=node/6. Un corpus croissant et important de recherches montre que ces échelles sont valides et fiables pour évaluer le progrès et l'alliance thérapeutique auprès d'une vaste gamme de clients et de problèmes énoncés.

Domaines évalués

L'ORS est conçu pour évaluer le fonctionnement individuel, interpersonnel et social du client. Pour sa part, le SRS mesure trois aspects de l'alliance : 1. la qualité de la relation thérapeutique; 2. le degré d'entente entre le client et le clinicien concernant les objectifs; et 3. l'entente entre le client et le clinicien concernant les méthodes et l'approche thérapeutiques.

Les outils ne supposent et ne requièrent pas que les praticiens adhèrent à une approche ou à un modèle théorique particulier. En effet, les cliniciens, peu importe leur expérience clinique ou leur discipline de formation, peuvent solliciter la rétroaction des clients sur la relation de travail et les effets du traitement, et ils peuvent utiliser les renseignements qui en résultent pour orienter et adapter la prestation des services. Le suivi systématique du progrès et de la qualité de la relation thérapeutique est conforme avec la définition de l'American Psychological Association concernant la pratique fondée sur des données probantes, laquelle met de l'avant « l'intégration des meilleurs travaux de recherche disponibles [...] et le suivi des progrès du patient (et des changements dans la situation du patient – p. ex. perte d'emploi, maladie grave) pouvant justifier l'ajustement du traitement... (p. ex. problèmes dans la relation thérapeutique ou la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques) » (APA, 2006, p. 273, 276-277).

Procédures d'utilisation

L'administration et la cotation des mesures sont des processus simples et directs. L'ORS est administré au début de la séance. L'échelle demande au client ayant recours aux services thérapeutiques de se souvenir de la dernière semaine (ou de la période depuis la dernière visite) et de mettre un dièse (ou un « x ») sur quatre lignes, chacune représentant un aspect différent de son fonctionnement (p. ex. fonctionnement individuel, interpersonnel, social, et bien-être général). Quant à lui, le SRS est rempli à la fin de chaque séance. Ici encore, le client met un dièse sur quatre lignes, chacune correspondant à une qualité différente et importante de l'alliance thérapeutique (p. ex. relation, objectifs et tâches, approche et méthode, et qualité globale). Sur ces deux échelles, les lignes mesurent 10 cm. La cotation se fait en calculant la distance en centimètres (au millimètre près) entre le pôle gauche et la marque indiquée par le client pour chaque item, puis en faisant la somme des quatre chiffres.

En plus de la cotation à la main, plusieurs applications informatiques sont disponibles. Elles simplifient et accélèrent le processus d'administration, de cotation et de groupement des données générées par l'ORS et le SRS. À titre d'exemple, mentionnons l'application Web www.fit-outcomes.com. En bref, ce système organise les données portant sur les résultats du traitement et sur l'alliance thérapeutique, puis compare les résultats à la réponse thérapeutique attendue du client. L'avantage est que le client et le thérapeute reçoivent en temps réel ces résultats qui indiquent si le traitement est sur la bonne voie ou non. De plus, le système collige les données sur les résultats du

traitement et sur l'alliance thérapeutique, et ce, pour l'ensemble des périodes de soins. Ainsi, les cliniciens et les établissements obtiennent une mesure globale de l'efficacité en plus de pouvoir comparer les résultats obtenus par les cliniciens et les programmes individuels. En ce qui a trait à la confidentialité et à la sécurité, toutes les données saisies dans fit-outcomes.com sont d'abord anonymisées et ensuite cryptées conformément aux normes internationales actuelles.

Développement du plan de services

La sollicitation d'une rétroaction cliniquement significative requiert plus que l'administration de deux échelles, que ce soient l'ORS et le SRS ou d'autres échelles. Les cliniciens doivent s'efforcer de créer une atmosphère dans laquelle les clients se sentent libres d'évaluer leur expérience à l'égard du processus et de la prestation des services : 1. sans crainte de représailles et 2. avec l'espoir qu'il y ait un impact sur la nature et la qualité des services fournis. Au-delà d'une attitude d'ouverture et de réceptivité, la création d'une « culture de rétroaction » implique de prendre le temps nécessaire pour présenter les outils d'évaluation d'une façon judicieuse et exhaustive. Justifier le recours à ces outils est crucial, tout comme l'est la description de la façon dont la rétroaction servira à orienter la prestation des services (p. ex. elle permet au thérapeute de reconnaître et de rétablir les ruptures d'alliance, de prévenir les abandons du traitement, de corriger les écarts par rapport à l'expérience thérapeutique optimale, etc.). Quant à l'interprétation de l'ORS, de faibles résultats correspondent à un piètre sentiment de bien-être (ou à un haut niveau de détresse). Notons que le résultat moyen de départ à l'ORS dans un contexte de consultation externe en santé mentale se situe

entre 18 et 19. Au fil du temps, peu importe le résultat initial, le résultat devrait augmenter en réponse aux services fournis. L'absence de mouvement, une détérioration ou des résultats apparemment aléatoires sont une source d'inquiétude et devraient être abordés avec le client lors de la prestation des services. De 25 % à 33 % des sujets qui remplissent ce questionnaire ont un résultat total de plus de 25 au départ – 25 est le chiffre seuil qui divise la population clinique de la population non clinique (Miller et Duncan, 2000, 2004). La principale raison pour laquelle un client obtient un tel résultat est qu'il a été contraint à suivre le traitement. Une autre raison est que la personne souhaite obtenir de l'aide pour un problème particulier – soit un problème qui n'influe pas sur la qualité de vie ou le fonctionnement global, mais qui est néanmoins troublant. Des causes moins fréquentes d'un résultat ORS élevé au départ incluent : 1. les personnes présentant un niveau de fonctionnement élevé qui veulent suivre une thérapie pour leur développement personnel, l'actualisation de soi et l'optimisation de leur rendement, et 2. les gens qui éprouvent des difficultés à lire et à écrire ou qui n'ont pas compris la signification ou le but de cet outil. Le cas échéant, une version orale validée de l'ORS est disponible. Les travaux de recherche et l'expérience démontrent que les clients ayant des résultats supérieurs à 25 au départ présentent un risque accru de détérioration. Par conséquent, il faut prendre soin de clarifier leurs attentes à l'égard du traitement. Pour maintenir l'engagement, la meilleure approche est une approche prudente. En particulier, il convient d'employer les méthodes les moins invasives et intensives permettant de résoudre le problème particulier.

Pour ce qui est d'interpréter le SRS, les études ont démontré jusqu'à présent que la majorité des clients obtiennent des résultats relativement élevés. Ainsi, le résultat seuil est de 36. Il est important de se rappeler qu'un résultat élevé ne confirme pas nécessairement la présence d'une alliance thérapeutique solide. La meilleure réaction à l'égard d'un résultat élevé est de remercier le client et de rester ouvert à la possibilité d'une rétroaction ultérieure. Les résultats de 36 ou moins sont considérés comme étant une « source de préoccupation » et devraient être abordés avant la fin de la séance. Des diminutions d'un seul point dans les résultats du SRS d'une séance à l'autre se sont également révélées associées à des résultats de traitement plus médiocres au terme de la thérapie – même lorsque le résultat total est constamment supérieur à 36 – et devraient donc être abordées durant la séance (Miller, Hubble et Duncan, 2007). Il est intéressant de noter que de plus en plus de données démontrent que la réponse à la rétroaction négative du client, même si la rétroaction se rapporte à un aspect de la thérapie qui peut sembler relativement banal, peut contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique et à jeter de solides assises pour le travail ultérieur. Des données montrent également que les thérapeutes les plus efficaces suscitent des commentaires négatifs de la part de leurs clients. Quelle que soit la circonstance, l'ouverture et la transparence représentent un élément central pour réussir à solliciter une rétroaction significative à partir du SRS.

Soutien technique

Une communauté internationale en ligne est disponible pour appuyer l'usage de ces échelles dans le but d'informer, d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins de santé

comportementale. Le statut de membre à l'International Center for Clinical Excellence (ICCE) est gratuit et ouvert aux cliniciens de toutes les disciplines et approches thérapeutiques; aucune vente ni promotion de produits ou d'approches thérapeutiques particulières n'y est permise. Le site offre des centaines de groupes de discussion, d'articles et de vidéos de type « comment s'y prendre » offerts dans de nombreuses langues. Les membres ont également accès à une section « Obtenez des réponses » pour obtenir de l'aide spécifique rapidement de la part des membres de la communauté. Des formateurs certifiés et des collaborateurs sont disponibles pour consultation et formation. On peut s'y inscrire au www.centerforclinicaexcellence.com.

Une série de six manuels abordent les renseignements les plus importants pour aider les praticiens et les établissements à mettre en route l'ORS et le SRS (International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team, 2011a, b, c, d, e, f [www.scottmiller.com/?q=node/5]). Ces manuels sont rédigés dans un langage clair, pratique et facile à comprendre, et fournissent des directives à suivre étape par étape sur les sujets suivants :

1. le fondement empirique;
2. les éléments de base de l'administration, de la cotation et de l'interprétation;
3. l'utilisation des mesures dans le processus de supervision;
4. le regroupement et l'interprétation des données générées par l'ORS et le SRS;
5. l'application de l'ORS et du SRS dans des populations particulières;
6. l'intégration des mesures dans les établissements et les systèmes de soins de santé mentale.

Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs applications informatiques et applications Web sont disponibles pour administrer, coter, interpréter et regrouper les données générées par l'ORS et le SRS. Les plus récentes informations sur ces applications se trouvent en ligne sur le site www.scottmiller.com/?q=node/6.

Propriétés psychométriques

L'ORS s'est révélé sensible aux changements vécus par les personnes ayant recours aux services de santé comportementale. De nombreuses études ont démontré les validités concomitante, discriminante, de critères et prédictive de l'ORS, ainsi que sa fiabilité test-retest et sa consistance interne (p. ex. Anker, Duncan et Sparks, 2009; Bringham et coll., 2006; Campbell et Hemsley, 2009; Duncan et coll., 2003; Duncan et coll., 2006; Miller et coll., 2003; Reese, Norsworthy et Rowlands, 2009). Il a été démontré que le SRS évalue les qualités de l'alliance thérapeutique telles qu'elles ont été initialement définies par Bordin (1976). De nombreuses études ont démontré la validité concomitante, la fiabilité test-retest et la consistance interne du SRS (p. ex. Duncan et coll. 2003; Miller et coll. 2003). Plusieurs essais cliniques sur échantillon aléatoire ont mis en évidence l'impact important de ces deux mesures sur les effets du traitement et l'adhésion au traitement (p. ex. Anker et coll., 2009; Miller et coll., 2006; Reese et coll., 2009).

Utilisation par des institutions

À l'échelle mondiale, plus de 30 000 praticiens inscrits et des centaines d'établissements agréés et de milieux thérapeutiques utilisent ces échelles. Depuis 2009, le nombre de membres de l'ICCE s'est accru exponentiellement. C'est auprès de la communauté ICCE que la plupart des utilisateurs reçoivent leur formation et de l'aide au sujet de l'emploi de ces mesures. Chaque année, l'ICCE dispense deux séances de formation intensives : 1. le cours « Intensif avancé », et 2. le cours « Former les formateurs ». Pour devenir un formateur certifié de l'ICCE, les participants doivent assister aux deux séances de formation, soumettre un exemplaire de vidéo de formation et réussir l'examen sur les « compétences de base ». Actuellement, des formateurs certifiés de l'ICCE offrent des consultations aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe de l'Est et de l'Ouest.

RÉFÉRENCES

- Anker, M., Duncan, B., Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: an RCT in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Bringhurst, D. L., Watson, C. S., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the outcome rating scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 23-29.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist, 13*, 1-9.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Reynolds, L. R., Brown, J., Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working alliance" inventory. *Journal of Brief Therapy, 3*(1), 3-11.
- Duncan, B. L., Sparks, J. S., Miller, S. D., Bohanske, R., Claud, D. (2006). Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children, adolescents, and caretakers. *Journal of Brief Therapy, 5*, 71-87.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011a). Manual 1: What works in therapy: A primer. Chicago, IL: ICCE Press.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011b). Manual 2: Feedback Informed Clinical Work: The Basics. Chicago, IL: ICCE Press.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011c). Manual 3: Feedback Informed Supervision. Chicago, IL: ICCE Press.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011d). Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. Chicago, IL: ICCE Press.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011e). Manual 5: Feedback Informed Clinical work; Advanced Applications. Chicago, IL: ICCE Press.
- International Center for Clinical Excellence FIT Manuals Development Team. (2011f). Manual 6: Implementing Feedback-Informed Work in Agencies and Systems of Care. Chicago, IL: ICCE Press.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000, 2004). The Outcome and Session Rating Scales: Administration and Scoring Manual. Chicago, IL: ISTC.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (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., Sorrell, R., Brown, G.S., & Chalk, M.B. (2006). Using outcome to inform therapy practice. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 5-22.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (2007). Supershinks: Learning from the Field's Most Effective Practitioners. *Psychotherapy Networker, 31*(6), 26-35, 56.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A., & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 418-431.

Le Polaris-MH



Grant Grissom, Ph. D.,
Polaris Health Directions

grant@polarishealth.com

Tina Harralson, Ph. D., Polaris Health Directions
Jesse Nankin, M.A., Polaris Health Directions

Polaris-MH est un système à interface Web conçu pour planifier, gérer et améliorer le traitement des troubles mentaux en milieu externe. Ce système, qui est offert en plusieurs langues, peut être utilisé chez les adultes de 18 ans et plus sous traitement externe pour des troubles mentaux, y compris les sujets présentant des troubles concomitants de toxicomanie. Les domaines évalués par Polaris-MH, qui sont transthéoriques, correspondent aux trois phases de progrès thérapeutique établies dans la théorie de phase thérapeutique : bien-être subjectif (remoralisation), symptômes (remédiation) et invalidité fonctionnelle (réhabilitation). Polaris-MH comporte cinq composantes majeures : 1. autoévaluation à interface Web (évaluations initiales et actualisées); 2. rapports en temps réel; 3. module de gestion des données permettant au personnel clinique d'ouvrir une session de façon sécuritaire et d'accéder aux données et aux rapports; 4. module de rapports cumulatifs qui fournit un accès en ligne à des rapports cumulatifs personnalisables; et 5. documentation et matériel de formation. Dans cet article, les auteurs décrivent le système d'évaluation, les procédures reliées à son utilisation, ses propriétés psychométriques et les contextes cliniques dans lesquels il peut être utilisé.

Mots clés : Polaris-MH; Polaris; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Polaris-MH est un système à interface Web conçu pour planifier, gérer et améliorer le traitement des troubles mentaux en milieu externe. Il est le fruit de plus de 10 années de recherche et développement par des chercheurs de renommée internationale qui ont travaillé en collaboration avec des cliniciens, des patients, des professionnels en technologie de l'information, des professionnels de la gestion de l'utilisation des ressources, des administrateurs des services aux usagers et des gestionnaires de soins intégrés^{3,12}. Polaris-MH a été mis au point grâce au financement accordé par les National Institutes of Health. Il combine une base scientifique solide et de la technologie de pointe pour aider les prestataires de soins et les organismes de soins de santé à améliorer la qualité et l'économicité de leurs services, et pour permettre aux payeurs et organismes d'agrément de documenter les effets du traitement. Il est conçu pour être administré à maintes reprises durant le traitement et fournit une évaluation exhaustive des problèmes cliniques, ainsi que des forces et des progrès des patients. Il peut satisfaire aux besoins de divers intervenants: patients, cliniciens, gestionnaires et administrateurs de cliniques, gestionnaires de cas, gestionnaires de l'utilisation des ressources et payeurs. Pour les cliniciens et les gestionnaires de cas, il fournit une réponse factuelle à la question : « Le traitement fonctionne-t-il pour ce patient? » Pour les administrateurs, les professionnels de l'amélioration de la qualité et les payeurs, ce système procure un ajustement multifactoriel des résultats des programmes en fonction de la gravité de l'état pour l'identification des meilleures pratiques, et une évaluation comparative directe de l'efficacité des programmes, en tenant compte de la gravité initiale de l'état et des autres caractéristiques des patients.

Ce système peut être utilisé chez les adultes de 18 ans et plus en traitement externe pour des troubles mentaux, y compris les adultes présentant des troubles concomitants de toxicomanie. En plus d'être offert en anglais, cet outil est disponible en plusieurs langues, dont le français. Les énoncés de cet instrument sont rédigés à un niveau de lecture de 6^e année.

Domaines évalués

Polaris-MH est fondé sur la recherche sur les processus et les effets des traitements, dont les modèles reposant sur les phases thérapeutiques, la relation dose-réponse et la réponse thérapeutique attendue (RTA; *Expected Treatment Response*). Le modèle dose-réponse⁴ de l'impact psychothérapeutique met en évidence un lien positif entre la dose thérapeutique et le taux d'amélioration clinique, ainsi qu'un processus d'amélioration précoce relativement rapide, avec de plus en plus de séances nécessaires pour obtenir une

amélioration additionnelle plus tard au cours du traitement (processus de rendements décroissants). Le *modèle sur les phases thérapeutiques*⁵ étend le modèle fondé sur la relation dose-réponse, en proposant trois étapes progressives et séquentielles du processus de rétablissement psychothérapeutique : 1. la remoralisation – l'amélioration du bien-être; 2. la remédiation – l'atteinte du soulagement symptomatique; et 3. la réhabilitation – la réduction des comportements problématiques et inadaptés qui perturbent le fonctionnement social.

Le modèle reposant sur les phases thérapeutiques indique que la courbe dégressive d'amélioration peut être attribuable à la difficulté croissante des objectifs thérapeutiques à mesure qu'ils évoluent (p. ex. de la remédiation symptomatique à l'amélioration du fonctionnement) au cours du traitement. Le *modèle de réponse thérapeutique* attendue (RTA)^{6,7,8} utilise les caractéristiques cliniques préthérapeutiques (p. ex. gravité, chronicité, traitement antérieur, attentes à l'égard du traitement) pour prédire la réponse attendue du patient au cours du traitement. Au moyen de l'analyse de la courbe de croissance individualisée pour un large échantillon de patients en clinique externe, on peut prédire l'évolution du traitement d'un patient dès que les informations initiales ont été recueillies. L'efficacité thérapeutique continue peut être évaluée en comparant le progrès réel du patient au progrès attendu.

Les domaines évalués par Polaris-MH, qui sont transthéoriques, correspondent aux trois phases de progrès thérapeutique : bien-être subjectif (remoralisation), symptômes (remédiation) et invalidité fonctionnelle (réhabilitation).

Ces domaines sont acceptés d'emblée par les cliniciens comme étant au centre de la prise de décision clinique et de l'évaluation des effets du traitement, indépendamment du modèle utilisé. Ces domaines fournissent un cadre pour assurer un dialogue constructif entre les cliniciens et le personnel assigné à la gestion de l'utilisation des ressources. Le bien-être subjectif fait l'objet d'une échelle unique. L'échelle évaluant les symptômes comporte sept sous-échelles; chaque sous-échelle correspond à un trouble couramment traité en clinique externe (dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique [TSPT], trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif [TOC], phobie, somatisation). L'échelle évaluant l'invalidité fonctionnelle est un indice composite tiré de trois sous-échelles (aspect social, professionnel, personnel). Une mesure de l'état clinique global, soit l'état de santé comportementale (*Behavioral Health Status* [BHS]), est un résultat composite tiré des trois mesures fondamentales. Des fenêtres de navigation et des échelles additionnelles augmentent l'utilité clinique et pronostique. Les échelles sont transthéoriques et évaluent la gravité des problèmes de toxicomanie et la résilience. Les fenêtres de navigation incluent les troubles médicaux, l'emploi de médicaments psychoactifs, la psychose et le trouble bipolaire. Les forces du patient (résilience, sens de la vie ou objectifs de vie), la motivation à l'égard du traitement, la satisfaction à l'égard du traitement et le lien thérapeutique sont également évalués. L'adaptation de l'outil pour les Forces canadiennes incluait l'ajout de la liste de vérification du TSPT adressée aux civils (*PTSD Checklist, Civilian Version* [PCL-C]), mise au point par le Department of Veterans Affairs des États-Unis¹⁰.

Procédures d'utilisation

Polaris-MH comporte cinq composantes majeures : 1. des autoévaluations à interface Web (évaluations initiales et actualisées); 2. des rapports en temps réel; 3. un module de gestion des données permettant au personnel clinique d'ouvrir une session de façon sécuritaire et d'accéder aux données et aux rapports; 4. un module de rapports cumulatifs qui fournit un accès en ligne à des rapports cumulatifs personnalisables; et 5. de la documentation et du matériel de formation.

Polaris-MH est généralement fourni par l'entremise du Web depuis les installations de données sécurisées de Polaris, quoique certains clients choisissent d'installer le système sur leurs propres réseaux et de gérer tout le système eux-mêmes.

Le système est conçu pour être utilisé tout au long du traitement. Il évalue les facteurs reconnus comme pouvant prédire l'engagement du patient dans le traitement et les résultats cliniques. Les données synthétisées sur les rapports initiaux, actualisés et cumulatifs peuvent guider la prise de décision, du niveau individuel jusqu'au niveau organisationnel. Une mise en route typique, qui peut être adaptée aux exigences particulières du client, requiert au moins un ordinateur accessible par les patients dans l'établissement du prestataire de soins pour administrer les évaluations, et une imprimante située dans un endroit sûr pour imprimer les rapports d'évaluation. Une connexion Internet à haut débit est requise, mais aucun équipement additionnel (serveurs, etc.) n'est nécessaire. Les ordinateurs accessibles par les patients peuvent être configurés comme des « kiosques » où seule l'application Polaris-MH est

accessible, ou ils peuvent être des appareils multifonctionnels sur lesquels l'application Polaris-MH sera une option parmi d'autres.

La mise au point de Polaris-MH comportait des entrevues exhaustives avec des cliniciens et du personnel de soutien. Par conséquent, cet outil inclut de nombreuses fonctions facilitant son intégration dans les procédures de routine de la clinique. Le patient remplit une évaluation initiale, habituellement avant la première séance. L'accès à distance permet aux patients de remplir les évaluations à partir de n'importe quel ordinateur ayant accès à Internet, y compris à domicile. Le système Polaris-MH n'exige aucune expérience informatique antérieure; les patients utilisent uniquement les touches des nombres et la touche « Entrée », et ils n'ont pas besoin de souris. Les patients peuvent mettre l'évaluation en pause à n'importe quel moment. S'ils accèdent au système dans les 48 heures suivantes, l'évaluation se poursuivra là où ils ont interrompu la session. Ceci permet aux patients de terminer l'évaluation après leur séance avec le clinicien. Il faut en moyenne 14 minutes pour remplir l'évaluation (voir ci-dessous pour la version abrégée). Le taux d'achèvement sans aide dans les contextes externes de santé mentale s'élève à plus de 95 %. On demande généralement aux patients de remplir les évaluations avant de rencontrer leur clinicien. Ainsi, le temps requis pour remplir l'évaluation ne réduit pas le temps qu'accorde le clinicien au patient, et les résultats de l'évaluation sont disponibles au début de la séance.

Dès que l'évaluation est terminée, tous les résultats sont automatiquement calculés et le rapport clinique

est généré et disponible pour la revue avec le patient. Le système peut être configuré pour que le rapport clinique s'imprime automatiquement, ou il peut être facilement accessible en ligne. Le rapport présente toutes les mesures et tous les items cliniques décrits ci-dessus sous un format de « rapport de laboratoire » simple à utiliser. Tous les résultats sont rapportés en percentiles, en se fondant sur les normes pour les patients recevant un traitement pour des troubles mentaux en milieu externe. Les patients ne répondent pas tous de façon authentique à toutes les questions de l'évaluation, notamment en raison de problèmes d'alphabétisation, de troubles cognitifs, de simulation délibérée et d'autres facteurs. Polaris-MH mène automatiquement une série de vérifications et avise les cliniciens par l'entremise d'une note sur le rapport s'il y a des signes de fausses réponses. Le coût minimal des licences pour l'utilisation de Polaris-MH est de 750 \$ US par année. Polaris-MH est gratuit pour les chercheurs. Veuillez contacter le service des ventes Polaris pour de plus amples renseignements : sales@polarishealth.com.

Une version abrégée de Polaris-MH (Polaris-EVS – « *Emotional Vital Signs* ») est disponible en version informatique et en version papier-télécopie. L'EVS a été mis au point pour tenir compte des programmes où il n'est pas possible pour tous les patients de remplir une évaluation par ordinateur. Comme solution de rechange, Polaris a élaboré un formulaire d'une page envoyé par télécopieur. L'EVS conserve autant que possible le contenu clinique et la fonctionnalité du système Polaris-MH tout en étant plus bref; il faut six minutes pour remplir l'EVS. Des renseignements additionnels sur l'EVS peuvent être obtenus sur le site Web de Polaris (www.polarishealth.com).

Développement du plan de services

Le vaste champ d'application du rapport clinique aide à la planification thérapeutique et à l'identification conjointe des objectifs thérapeutiques par le patient et le clinicien. La présentation des problèmes et des forces du patient permet au clinicien de tirer profit des atouts du patient et de reconnaître des problématiques particulières lors de la prise de décision concernant le traitement à administrer. La clinique peut choisir quand donner les évaluations de mise à jour, et le type de mise à jour à administrer. Une mise à jour complète fournit des résultats pour toutes les échelles évaluées au départ et prend environ huit minutes à remplir. Une mise à jour abrégée fournit des résultats pour toutes les principales échelles et prend environ quatre minutes à remplir. Le système fait le suivi de chaque patient et procure un certain nombre d'outils pour déterminer quand les patients doivent remplir les évaluations actualisées, et quel type d'évaluation ils devraient remplir. Les mises à jour sont souvent administrées à des intervalles de trois ou quatre semaines : cette période est suffisamment longue pour qu'une amélioration mesurable soit notée. Le système fournit une évaluation finale quelques semaines après la fin du traitement (nécessaire pour l'évaluation des effets du traitement). Le rapport de mise à jour indique la satisfaction du patient à l'égard du traitement, le lien thérapeutique et l'observance du traitement médicamenteux (le cas échéant); une courbe des résultats à l'échelle BHS et à l'échelle de dépression montre les changements observés depuis l'admission; un tableau des résultats pour les échelles et les sous-échelles des domaines de symptômes et du fonctionnement indiquent les

dimensions améliorées et les dimensions présentant encore des difficultés.

Le rapport de mise à jour inclut également une courbe RTA (voir ci-dessus). De plus, le résultat BHS actuel et une *Limite d'échec* sont inclus dans le rapport. La courbe indique le taux et le degré d'amélioration qui seraient normalement atteints par les patients présentant des caractéristiques et un résultat de gravité initiale similaires. En comparant le progrès du patient avec la RTA, le clinicien (ou le superviseur clinique, le gestionnaire de cas ou le patient) peut facilement déterminer si le traitement « fonctionne » aussi bien que prévu. Un résultat qui se situe en deçà de la limite d'échec indique, avec un degré de certitude de 75 %, que l'effet du traitement ne sera pas favorable⁸.

Soutien technique

La documentation complète pour le système, ainsi que les évaluations et les rapports sont fournis. Un *Manuel d'utilisation* et un *Guide de référence clinique* sont également inclus. Polaris peut offrir des séances de formation en personne ou en ligne et appuie les approches de formation des formateurs. Polaris fournit du soutien technique aux usagers durant les heures normales d'affaires.

Propriétés psychométriques

Polaris-MH est une mesure normée pour les adultes recevant un traitement pour des troubles mentaux en milieu externe. Les propriétés psychométriques ont été documentées auprès d'une vaste gamme de clientèles recevant des soins comportementaux ou médicaux. Ces propriétés incluent les coefficients de fiabilité et de consistance interne; la validité apparente, de construit et critériée, et la validité

prédictive; ainsi que la sensibilité au changement^{2,3}. Le coefficient de consistance interne (coefficient alpha) pour toutes les échelles est acceptable (> 0,70) pour le suivi des patients individuels. Les coefficients de fiabilité pour les principales échelles étaient tous bons, voire excellents (0,80-1,0) : bien-être subjectif – 0,86; symptômes – 0,93; invalidité fonctionnelle – 0,81; et BHS – 0,83. Le coefficient de consistance interne pour la majorité des sous-échelles était bon, voire excellent, variant de 0,75 à 0,91. La consistance interne pour la sous-échelle des forces (résilience) est de 0,80.

Tous les items Polaris-MH ont une bonne validité de face et sont directement pertinents en ce qui concerne l'évaluation de l'état d'un patient et du suivi de son traitement. Le personnel rapporte une forte acceptation par les patients; ces derniers perçoivent ces évaluations exhaustives comme étant indicatives de l'engagement du clinicien à fournir les meilleurs soins possible. Après plus de 60 000 autoévaluations, aucun questionnement sur la pertinence des énoncés n'a été soulevé. La validité de construit est forte pour toutes les échelles. Les items pour les échelles évaluant les symptômes ont été élaborés en adaptant les symptômes tirés du DSM-IV¹ pour les autoévaluations. Les items des sous-échelles évaluant l'invalidité fonctionnelle ont été élaborés d'après les lignes directrices concernant l'invalidité formulées par le régime de sécurité sociale des États-Unis. La validité concomitante (avec l'échelle d'ajustement social, l'indice de gravité globale, l'OQ-45 et l'échelle de bien-être général) des principales échelles est également solide. La sensibilité au changement, pour toutes les principales

échelles, a également été évaluée auprès de 792 adultes recevant un traitement en clinique externe pour des troubles mentaux, après une moyenne de 37 jours (É.T. = 28 jours) de traitement. Les résultats correspondaient au modèle des phases thérapeutiques, avec une taille d'effet de 0,32 pour le fonctionnement, de 0,51 pour l'ensemble des symptômes, de 0,61 pour l'état de santé comportementale, et de 0,75 pour le bien-être subjectif.

Utilisation par des institutions

Polaris-MH est bien adapté aux exigences de gestion de cas interdisciplinaire. Sa construction transthéorique est exempte des limites inhérentes aux mesures fondées sur une « école » particulière de traitement. Il suit les changements relatifs aux sentiments de bien-être, aux symptômes et au fonctionnement – sujets de préoccupation majeure pour tous les prestataires de soins de santé mentale. Une fenêtre de navigation récapitulative permet aux superviseurs, aux gestionnaires de cas et aux cliniciens de passer rapidement en revue les dossiers du clinicien afin de cerner les cas devant faire l'objet d'un examen approfondi (p. ex. les patients présentant un risque de suicide, des problèmes de toxicomanie ou un progrès médiocre). À l'intention des psychiatres, Polaris-MH comporte des items portant sur l'observance du traitement médicamenteux. Les mesures des forces et du soutien social reflètent l'approche holistique souvent utilisée par les travailleurs sociaux. Une revue des progrès du patient par rapport à la RTA est pratique pour tous les intervenants concernés, en permettant aux cliniciens, aux superviseurs cliniques et aux gestionnaires de cas d'identifier et de mener une revue

approfondie des cas qui sont à risque de résultats médiocres ou qui sont candidats à une conclusion satisfaisante du traitement. Polaris-MH est utilisé dans divers contextes thérapeutiques en santé mentale, y compris les cliniques psychiatriques Kaiser Permanente du sud de la Californie, l'établissement de traitement en santé comportementale des Forces canadiennes situé à Stadacona (N.-É.), le réseau de traitement Gosnold au Massachusetts (spécialisé dans le traitement des patients ayant un double diagnostic), le programme de formation clinique de l'Université du Wisconsin (Madison) et les praticiens autonomes.

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC.
2. Grissom, G. and Lyons, J. (2006). Pragmatic Case Studies and Evidence-Based Treatment: Research and Clinical Applications of a Computerized Outcomes Management System. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* Vol 2 (3), 1-28.
3. Grissom, G., Lyons, J. & Lutz, W. (2002): Standing on the shoulders of a giant: development of an outcome management system based on the dose model and phase model of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research*, 12, 397-412.
4. Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
5. Howard, K., Lueger, R., Maling, M. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
6. Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., & Martinovich, Z. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
7. Lueger, R., Martinovich, Z., Anderson, E., Howard, K., Lutz, W. & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 150-158.
8. Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 571-577.
9. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Grissom, G., Pettinati, H., and Argeriou, M. (1992). Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol.9.
10. Ruggiero, K.J., Del Ben, K., Scotti, J.R. & Rabalais, A.E. (2003). Psychometric Properties of the PTSD Checklist—Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 16, Number 5, 495-502.
11. Sangsland, Scott B. (2001) Outcomes Management: A Case Study of Implementation-Strategy and Experience. *Behavioral Outcomes and Guidelines Sourcebook*, New York: Faulkner & Gray, 312-320.
12. Sperry, L., Brill, P., Howard, K. I., & Grissom, G. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Bruner/ Mazel.

Le PSYCHLOPS (*Psychological Outcome Profiles*)



Mark Ashworth, Ph. D., DM, FRCGP, MRCP,
Department of Primary Care and Public Health
Sciences, King's College London

mark.ashworth@kcl.ac.uk

Maria Kordowicz, Department of Primary Care and Public Health
Sciences, King's College London

Peter Schofield, Department of Primary Care and Public Health
Sciences, King's College London

Le PSYCHLOPS, ou *Psychological Outcome Profiles*, est une évaluation en matière de santé mentale qui peut être administrée avant ou après le traitement pour déterminer les effets du traitement, et à maintes reprises afin de suivre le progrès des patients au fil du traitement. PSYCHLOPS a pour objectif de rediriger l'évaluation thérapeutique des domaines déterminés par les professionnels vers une mesure des résultats axée sur le patient. Cet accent mis sur le point de vue du patient vise à saisir les items ayant la plus grande signification personnelle plutôt qu'à imposer un cadre de référence externe pour interpréter la détresse psychologique. Cette mesure, qui est offerte en six langues, est conçue pour être utilisée dans un contexte de psychothérapie de soins primaires. Avec l'élaboration d'une version destinée aux enfants, PSYCHLOPS convient à toutes les personnes âgées de 5 ans et plus. L'échelle est autoadministrée et évalue trois domaines, y compris la problématique, le fonctionnement et le bien-être. Dans cet article, les auteurs décrivent l'échelle, son mode d'administration et de cotation et les domaines qui sont évalués. Son utilisation en pratique clinique est également abordée.

Mots clés : PSYCHLOPS; Psychological Outcome Profiles; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

PSYCHLOPS (*Psychological Outcome Profiles*) a été conçu pour servir d'outil d'évaluation des effets du traitement en santé mentale. L'instrument original visait à être rempli avant et après le traitement pour déterminer les effets du traitement, mais il est maintenant conçu pour être rempli à maintes reprises afin de suivre le progrès des patients au fil du traitement. PSYCHLOPS a pour objectif de diriger l'évaluation thérapeutique vers une mesure des résultats axée sur le patient, plutôt que de la concentrer sur des domaines déterminés par les professionnels. Cet accent mis sur le point de vue du patient vise à saisir les items ayant la plus grande signification personnelle plutôt qu'à imposer un cadre de référence externe pour interpréter la détresse psychologique.

L'élaboration de PSYCHLOPS s'est amorcée en 1999 en réponse à la demande de thérapeutes offrant des soins en première ligne pour un instrument d'évaluation des résultats qui porterait sur les aspects du rétablissement qui semblaient être absents des instruments traditionnels. Ils faisaient état de patients qui, durant le traitement, semblaient avoir résolu un grand nombre des problèmes pour lesquels ils avaient eu recours à la psychothérapie. Or, l'évaluation des effets du traitement n'avait pas mis en évidence ce rétablissement. Par conséquent, un instrument idiographique a été élaboré, lequel comportait des questions à développement demandant aux patients de décrire leurs problèmes, dans leurs propres mots. Les instruments idiographiques sont bien décrits dans la littérature (p. ex. Donnelly et Carswell, 2002), mais ils sont généralement utilisés dans les soins secondaires, et les patients doivent être aidés par un thérapeute ou une personne formée pour les exigences particulières de cet instrument. À l'opposé, PSYCHLOPS a été mis au point dans le but d'être la première mesure idiographique autoadministrée, facile à utiliser. Le produit final était un questionnaire d'une page.

Deux principes ont guidé l'élaboration de PSYCHLOPS. La participation des utilisateurs était une caractéristique clé de sa mise au point et a été fournie par la Depression Alliance, un regroupement de patients du Royaume-Uni. Puisque cet instrument était centré sur les patients, il devait être convivial. La formulation a été examinée à fond par la campagne en faveur d'une langue claire en Angleterre (*Plain English Campaign*) et, après diverses révisions, l'instrument a reçu la mention « *Crystal* » en reconnaissance de la clarté du langage. Une conception attrayante était également un aspect de l'approche conviviale pour le patient et une présentation simple a été conçue avec des bandes de couleur pour mettre en évidence chaque question, et avec différentes couleurs pour distinguer chaque version.

PSYCHLOPS a fait l'objet d'un projet pilote, puis a été lancé en 2004 comme instrument d'évaluation des résultats de santé mentale avant et après le traitement. À la suite d'études de validation, cet instrument est passé par plusieurs étapes d'amélioration de la formulation et de la cotation, et une nouvelle version à administrer durant le traitement a été introduite en 2010 (version 5). Cette version était destinée, après une période de changement inhérente au processus itératif de validation, à être la version définitive de PSYCHLOPS, laquelle ne devait en principe pas être modifiée avant au moins cinq ans. Cette stabilité sur une plus longue période visait à favoriser la collaboration internationale et les études à plus long terme.

La mesure est conçue pour être utilisée dans un contexte de psychothérapie de soins de première ligne. Les études de validation ont exclu les patients présentant des problèmes d'alphabetisation, quoique l'assistance d'un thérapeute dans cette situation puisse être une solution. En 2011, une version du PSYCHLOPS adaptée pour les enfants a été lancée : le PSYCHLOPS Kids. Il s'agit d'une version abrégée du PSYCHLOPS qui utilise des émoticônes plutôt que des cases à cocher pour solliciter les résultats. Le PSYCHLOPS Kids convient à toutes les personnes âgées de 5 ans et plus.

PSYCHLOPS n'est pas indiqué comme instrument diagnostique et peut donc être utilisé auprès des patients présentant une vaste gamme de troubles mentaux, sans être réservé aux patients répondant aux critères d'un diagnostic unique. Ce large éventail de symptômes de détresse est typique du genre de problèmes de santé mentale rencontrés en contexte de soins de première ligne. PSYCHLOPS a été élaboré en anglais, mais

il est également disponible en plusieurs langues, dont le français, l'espagnol, le hollandais, le polonais et l'arabe.

Domaines évalués

Trois domaines sont inclus dans PSYCHLOPS : le problème (2 questions); le fonctionnement (1 question); et le bien-être (1 question). Les domaines *problème*, *fonctionnement* et *bien-être* sont dérivés d'un modèle transthéorique qui décrit une séquence empirique de causalité; les troubles psychologiques déclenchent des déficits dans la capacité fonctionnelle, lesquels engendrent à leur tour une diminution du bien-être. En plus de son applicabilité à une vaste gamme de troubles mentaux, cette mesure convient à diverses approches psychothérapeutiques et peut donc être utilisée avant, pendant et après tout type d'intervention psychologique.

Procédures d'utilisation

Les domaines *problème* et *fonctionnement* de PSYCHLOPS comportent des réponses à développement, qui sont ensuite cotées par le thérapeute au moyen d'une échelle ordinale de 6 points (de 0 à 5). Si le patient ne rapporte qu'un problème, plutôt que deux, le résultat est alors calculé au prorata (doublé) de manière à ce que le résultat maximal possible pour le domaine problème demeure 10. Le domaine *bien-être* est une mesure nomothétique (sans question à développement), qui est également calculée au moyen d'une échelle de 0 à 5. Par conséquent, l'amplitude des résultats, obtenus avec la somme de chaque domaine, varie de 0 à 20.

Dans la version de PSYCHLOPS remplie avant le traitement, les patients doivent décrire leur principal problème (dans une case de texte libre) et

le coter. Dans les versions subséquentes, remplies pendant et après le traitement, le thérapeute transcrit la description du problème original donnée par le patient, et ce dernier doit la coter de nouveau (le résultat original n'étant pas divulgué). Le même processus est utilisé pour les autres questions à développement : deuxième *problème* et *fonctionnement*. Le résultat portant sur le *bien-être* est simplement calculé au moyen d'une échelle de 0 à 5, chaque fois que le questionnaire est rempli.

PSYCHLOPS est autoadministré à condition que le thérapeute transcrive les sections à développement de la version remplie avant le traitement dans toutes les sections subséquentes remplies pendant et après le traitement. PSYCHLOPS est une évaluation des résultats, conçue pour mesurer les changements, et le résultat reflète cet objectif. Le changement réel s'établit en soustrayant le résultat total obtenu durant ou après le traitement du résultat obtenu avant le traitement. L'interprétation de ce changement nécessite de calculer la taille de l'effet pour un échantillon, en divisant le résultat de changement par l'écart-type du résultat obtenu avant le traitement. En utilisant cette méthode, le changement est « normalisé »; plus la variabilité du résultat préthérapeutique est grande, plus l'écart-type du résultat préthérapeutique est important, et moins la taille de l'effet est grande. Des valeurs de l'ampleur de l'effet supérieures à 0,8 sont généralement considérées comme étant élevées dans la recherche sur les services de santé (Kazis et coll., 1989). À l'instar de tous les instruments idiographiques, il n'y a aucune population représentative, puisque le résultat initial est une mesure des items qui varient d'une personne à l'autre et n'est pas strictement comparable entre les individus.

Toutes les données sont conservées chez le thérapeute et l'instrument est rempli au moyen de questionnaires papier et non de questionnaires en ligne, puisqu'il n'existe aucune version en ligne. La cueillette des données n'est pas centralisée. La simplicité du calcul des résultats signifie qu'un résultat peut être calculé dès que le questionnaire a été rempli. Les progrès, s'il y en a, sont cotés sur une échelle de 0 à 20. Idéalement, ce résultat devrait être disponible au début de chaque séance de psychothérapie.

Il y a des frais pour l'utilisation de PSYCHLOPS. Des exemplaires peuvent être visualisés sur le site Web. PSYCHLOPS est disponible sur CD-ROM au coût de 40 £ (65 \$ CA) pour les thérapeutes autonomes, de 100 £ (160 \$ CA) pour les organisations à petite échelle et de 250 £ (400 \$ CA) pour les organisations de services de santé de plus grande envergure (employant plus de 100 personnes). Il n'y a aucun frais annuel et aucune limite d'utilisation.

Développement du plan de services

Les thérapeutes ont décrit l'utilité de l'information sous forme de texte libre obtenue avant le traitement pour les domaines *problème* et *fonctionnement* de PSYCHLOPS (Ashworth et coll., 2005a). Cette information peut être triangulée avec les renseignements d'aiguillage au thérapeute provenant d'autres professionnels de la santé, comme les omnipraticiens, et fournit une orientation au traitement dès le départ, servant ainsi d'outil pour mettre sur pied le travail thérapeutique. Les versions remplies pendant le traitement procurent de l'information sur les nouveaux problèmes qui surgissent durant le traitement. Bien qu'aucun résultat de recherche sur l'importance de cette information ne soit

encore disponible, il semble évident que les nouveaux problèmes décrits par les patients sur PSYCHLOPS devraient être abordés par les thérapeutes durant le processus psychothérapeutique. Il n'existe aucune donnée représentative de population pour PSYCHLOPS, à l'instar de tous les instruments idiographiques (Lacasse et coll., 1999; Donnelly et Carswell, 2002).

Soutien technique

Des renseignements généraux concernant PSYCHLOPS sont disponibles sur le site Web www.psychlops.org.uk. Le site Web propose divers liens : documentation, études de validation, système de cotation, derniers développements et courriel pour obtenir de plus amples renseignements. À l'achat de PSYCHLOPS, une trousse d'information est expédiée, procurant des renseignements détaillés sur l'utilisation de l'instrument.

Propriétés psychométriques

La consistance interne a été testée en calculant le coefficient alpha de Cronbach pour les trois domaines de PSYCHLOPS. À ce jour, trois études ont rapporté des données de consistance interne fondées sur les résultats alpha : 0,79 pour la version préthérapeutique et 0,87 pour la version post-thérapeutique (Ashworth et coll., 2005b); 0,75 (préthérapeutique) et 0,83 (post-thérapeutique) (Ashworth et coll., 2008); et 0,81 (préthérapeutique), 0,85 (durant la thérapie) et 0,88 (post-thérapeutique) (Czachowski et coll., 2011). Une étude a fait état de la fidélité test-retest, d'après un sondage mené auprès d'étudiants universitaires. Le coefficient de corrélation intraclasse test-retest était de 0,70 (Evans coll., 2010). La sensibilité au changement a été rapportée comme ampleur de l'effet dans trois études : 1,53 (IC à 95 %, 1,30 à 1,76) (Ashworth et coll., 2005b); 1,61

(IC à 95 %, 1,41 à 1,80) (Ashworth et coll., 2008); 3,1 (IC à 95 %, 2,7 à 3,4) (Czachowski et coll., 2011). Les deux premières études ont été réalisées dans le cadre de psychothérapies offertes en soins de première ligne au Royaume-Uni. La dernière étude a été menée en Pologne et la brièveté de la psychothérapie (trois séances de thérapie cognitivo-comportementale [TCC] réalisées par des omnipraticiens ayant un intérêt particulier dans la TCC) pourrait avoir contribué à l'importante ampleur de l'effet.

La validité convergente de la mesure a été rapportée dans deux études : la comparaison avec le CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*) a révélé un ρ de Spearman de 0,61 pour les données regroupées des versions remplies avant et après le traitement (Ashworth et coll., 2005b); la comparaison avec la HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*) a mis en évidence un ρ de 0,47 pour la version préthérapeutique et de 0,63 pour la version post-thérapeutique (Ashworth et coll., 2008).

Commentaires des patients, clients et cliniciens

D'après les résultats d'une étude qualitative de l'opinion des thérapeutes (Ashworth et coll., 2005a), PSYCHLOPS était perçu comme un complément à l'information dérivée des instruments quantitatifs traditionnels, son information qualitative étant d'intérêt particulier pour les thérapeutes et contribuant à l'interaction entre le thérapeute et le patient. Les thérapeutes ont rapporté que cet outil est convivial et qu'il devrait accroître l'acceptation et l'adoption des évaluations des effets du traitement.

Utilisation par des institutions

PSYCHLOPS est un instrument générique, conçu dans le contexte des soins de première ligne, mais il n'est aligné avec aucune discipline de soins de première ligne ni orientation psychothérapeutique. Ses résultats sont pertinents pour tous les professionnels de soins de première ligne qui soignent des patients atteints de problèmes de santé mentale. Le Department of Health (DH) du Royaume-Uni a produit une liste d'évaluations des effets du traitement approuvées par le DH, qui a été publiée dans un « Compendium des effets du traitement » en 2009. PSYCHLOPS est inclus dans la liste des mesures approuvées : www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_093316

PSYCHLOPS est également inclus dans la base de données internationale des instruments d'évaluation de la qualité de vie : www.proqolid.org

PSYCHLOPS combine de l'information à la fois quantitative et qualitative. Des études en cours fourniront une analyse qualitative des données rapportées par les patients et des analyses quantitatives plus détaillées dans divers contextes internationaux.

Si vous désirez en savoir plus sur PSYCHLOPS ou pour vous procurer le CD-ROM, consultez le site Web www.psychlops.org.uk ou contactez Marilyn Peters, chef de la recherche chez PSYCHLOPS à marilyn.peters@kcl.ac.uk

RÉFÉRENCES

- Ashworth M, Robinson S, Godfrey E, Parmentier H, Shepherd M, Christey J, Wright K, Matthews V. The experiences of therapists using a new client-centred psychometric instrument, 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles). *Counselling and Psychotherapy Res* 2005;5:37-41.
- Ashworth M, Robinson S, Godfrey E, Shepherd M, Evans C, Seed P, Parmentier H, Tylee A. Measuring mental health outcomes in primary care: the psychometric properties of a new patient-generated outcome measure, PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles). *Primary Care Mental Health* 2005;3:261-270.
- Ashworth M, Evans C, Clement S. Measuring psychological outcomes after cognitive behaviour therapy in primary care: a comparison between a new patient-generated measure, 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles) and 'HADS' (Hospital Anxiety Depression Scale). *Journal of Mental Health* 2008;1-9 iFirst article.
- Czachowski S, Seed P, Schofield P, Ashworth M. Measuring psychological change during cognitive behaviour therapy in primary care: a Polish study using 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles). *PLoS ONE* 2011; 6(12): e27378 doi:10.1371/journal.pone.0027378
- Donnelly, C. & Carswell, A. (2002) Individualized outcome measures: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 84-94.
- Evans C, Ashworth M, Peters M. Are problems prevalent and stable in non-clinical populations? Problems and test-retest stability of a patient-generated measure, 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles), in a non-clinical student sample. *British Journal of Guidance and Counselling* 2010;38:431-439.
- Kazis, L., Anderson, J. & Meenan, R. (1989) Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care*, 27, S178-189.
- Lacasse, Y., Wong, E, & Guyatt, G. (1999) Individualising questionnaires. In: Joyce CRB, O'Boyle CA, McGee H, eds. *Individual quality of life. Approaches to conceptualisation and assessment*. Harwood Academic Publishers: Amsterdam, 87-103.

Le Schwartz Outcome Scale-10



Mark A. Blais, Psy. D.,
Department of Psychiatry,
Massachusetts General Hospital
et Harvard Medical School

Mblais@partners.org

Le *Schwartz Outcome Scale – 10 (SOS-10)* a été développé pour combler le besoin d’une évaluation des effets du traitement pour tous les types de patients, de traitements et de niveaux de soins. Plus spécifiquement, il a été mis au point pour surveiller les résultats, autant individuels que regroupés, et ce, pour une vaste gamme de services en santé mentale aux adultes. Le SOS-10 convient aux personnes âgées de 17 ans et plus et est disponible en plusieurs langues. Il évalue un certain nombre de domaines clés, comme la satisfaction à l’égard de la vie, l’efficacité interpersonnelle, l’autoappréciation positive, l’optimisme et l’absence de symptômes psychiatriques. Les résultats SOS-10 peuvent être utilisés pour déterminer rapidement le niveau de détresse émotionnelle ou de dysfonction psychologique d’un patient, ce qui est pertinent pour clarifier l’intensité des services requis et la planification thérapeutique. Cet article décrit le développement de cette échelle, son mode d’administration et de cotation, ses propriétés psychométriques et les domaines qu’elle évalue. On aborde également son utilisation en pratique clinique.

Mots clés : Schwartz Outcome Scale-10; SOS-10; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

À la fin des années 1990, les dirigeants du Département de psychiatrie de l’Hôpital Général du Massachusetts ont mis en évidence le besoin « d’une évaluation des effets du traitement pour tous les types de patients, de traitements et de niveaux de soins ». L’échelle d’évaluation des effets du traitement Schwartz (*Schwartz Outcome Scale [SOS-10]*) (Blais et coll., 1999) a donc été élaborée pour combler ce besoin. Le SOS-10 est une mesure d’application large, à faible fardeau et unique en son genre qui a été mise au point pour surveiller les résultats, autant individuels que regroupés, et ce, pour une vaste gamme de services en santé mentale aux adultes. Le caractère distinctif du SOS-10 découle de son mode de développement. Plutôt que de reposer sur la théorie, les symptômes ou les instruments existants, l’élaboration du SOS-10 a été guidée par les observations d’un groupe divers composé de cliniciens expérimentés et de patients. Des entrevues ont été menées auprès de psychologues, de psychiatres et d’un neurochirurgien, ainsi que de groupes témoins de patients, afin de découvrir les changements qui surviennent (à l’exception des symptômes) avec un traitement réussi. Les entrevues et les groupes de discussion ont été transcrits et passés en revue pour cerner les thèmes communs. Ces derniers ont été utilisés pour générer un ensemble initial d’items. L’évaluation empirique et le raffinement ont permis de reconnaître 20 items performants; la technique d’analyse de Rasch a été employée pour réduire l’échelle à sa version définitive comportant 10 items (voir Blais et coll., 1999, pour une description détaillée du processus d’élaboration).

Le SOS-10 convient aux personnes âgées de 17 ans et plus. Cet outil a été formellement traduit en français, en tchèque et en espagnol. Des versions chinoise et italienne sont également disponibles. Par ailleurs, des versions à l’intention des adolescents sont en cours d’élaboration.

Domaines évalués

Le SOS-10 est une mesure de la santé psychologique et du bien-être. La santé psychologique est perçue comme un principal construit englobant la satisfaction à l’égard de la vie, l’efficacité interpersonnelle, l’autoappréciation positive, l’optimisme et l’absence de symptômes psychiatriques.

Procédures d’utilisation

On demande aux patients d’évaluer comment ils se sont sentis au cours de la dernière semaine au moyen d’une échelle de 10 items, cotés de 0 (jamais) à 6 (tout le temps ou presque tout le temps). Le SOS-10 est calculé en additionnant les résultats de chaque item.

On obtient ainsi un résultat total variant de 0 à 60, les résultats supérieurs indiquant un bien-être psychologique plus élevé et les résultats inférieurs indiquant une détresse émotionnelle et une santé psychologique médiocre. Bien que le SOS-10 n'ait aucune échelle de validité, les résultats se trouvant aux extrêmes (0 ou 60) sont rares (survenant moins de 2 % du temps) et sont donc considérés comme invalides. L'échelle peut être additionnée même si deux items sont manquants, en utilisant une imputation du résultat moyen afin de générer un résultat total. Le SOS-10 peut être rempli en version papier ou électronique (l'équivalence des résultats a été démontrée pour la version en ligne). Il est recommandé que les patients remplissent le questionnaire avant la séance. Ainsi, le clinicien peut déterminer avant la séance si le SOS-10 a été rempli et est valide, et si le résultat total a des implications cliniques.

Le SOS-10 a été largement adapté comme outil d'évaluation du traitement et maints programmes ont fourni des données à la base de données interprétative du SOS-10. Actuellement, la base de données comporte des résultats initiaux du SOS-10 pour 8056 patients en consultation externe et 5541 patients hospitalisés. Comme mesure de la santé psychologique et du bien-être, le SOS-10 est également intéressant pour les chercheurs non cliniques. Par conséquent, notre base de données contient également des résultats SOS-10 pour 2000 non-patients.

Bien que le SOS-10 soit un instrument de propriété exclusive, cette échelle est offerte gratuitement aux praticiens, aux chercheurs et aux organismes de soins de santé à but non lucratif.

Développement du plan de services

Owen et Imel (2010) ont décrit le raisonnement pour incorporer le SOS-10 dans les soins cliniques continus ainsi qu'une procédure conviviale pour le faire. La disponibilité des données de référence des non-patients est précieuse, car elle permet de calculer un indice de changement fiable et une amélioration cliniquement significative. La capacité d'appliquer des analyses plus sophistiquées de l'efficacité thérapeutique améliore grandement l'information obtenue dans le cadre des programmes d'évaluation des résultats pour les traitements habituellement offerts et accroît la comparabilité des résultats d'une étude à l'autre (Blais et coll., 2011). Les résultats SOS-10 peuvent aussi être utilisés pour déterminer rapidement le niveau de détresse émotionnelle ou de dysfonction psychologique d'un patient. En se fondant sur les données de plus de 8000 patients en consultation externe, on peut mettre en évidence les catégories suivantes de détresse psychologique, lesquelles peuvent être des marqueurs important quant au niveau de détresse : *minime* (59-40), *légère* (39-33), *modérée* (32-23) et *grave* (22-1). Déterminer clairement le niveau de détresse au début du traitement peut aider à clarifier l'intensité des services requis : psychothérapie individuelle hebdomadaire, séances hebdomadaires multiples ou formes multiples de traitements. Ainsi, l'usage régulier du SOS-10 peut faciliter la planification thérapeutique. De plus, à mesure que les cliniciens se familiarisent avec l'outil, l'usage des plages de gravité de l'état peut procurer des points de référence facilement reconnaissables pour la communication interdisciplinaire. Enfin, puisque les items SOS-10 ne sont pas directement reliés aux symptômes psychiatriques, il est possible

de passer en revue avec les patients les réponses aux items individuels, et ce, d'une manière non intimidante, ce qui favorise la discussion des forces et des faiblesses personnelles.

Propriétés psychométriques

Le SOS-10 possède de remarquables propriétés psychométriques. Son coefficient de cohérence interne, dans diverses études publiées, variait de 0,84 à 0,96. Sa fiabilité test-retest est également forte, les études ayant rapporté des corrélations retest de 0,86 et 0,87. De plus, aucun effet significatif lié à l'âge ou au sexe n'a été signalé. De nombreuses études ayant évalué la version originale anglaise et les traductions ont trouvé que le SOS-10 était unifactoriel. L'invariance factorielle a également été démontrée pour l'ensemble des échantillons (patients et non-patients) et des points de mesure (avant et après le traitement). Par ailleurs, les travaux de recherche à ce jour appuient la validité de construit du SOS-10 comme mesure générale du fonctionnement psychologique (Blais et coll., 1999; Haggerty et coll., 2009; Young et coll., 2004). Le SOS-10 est fortement corrélé, et dans la direction prévue, avec les mesures de gravité des symptômes psychiatriques (0,67), de l'alexithymie (0,58), du désespoir (0,66), de l'affect négatif (0,72), de l'estime de soi (0,81), de la satisfaction à l'égard de la vie (0,78), de l'affect positif (0,67) et du fonctionnement physique (0,36). Le SOS-10 est aussi étroitement lié aux mesures de la personnalité normale (cinq traits centraux). Le SOS-10 est fortement corrélé au *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et coll., 1996), tant avec le résultat total OQ-45 (0,84) qu'avec ses sous-échelles. Ces résultats démontrent l'étendue du SOS-10 et offrent des preuves solides de sa validité de construit.

Le SOS-10 s'est également révélé sensible aux changements pour diverses modalités thérapeutiques et il serait particulièrement sensible pour détecter les changements thérapeutiques précoces (Hilsenroth et coll., 2001). Le SOS-10 a été utilisé comme mesure des résultats dans diverses études : psychothérapie psychodynamique, thérapie comportementale dialectique, traitement en établissement pour le trouble obsessionnel-compulsif réfractaire, traitement psychiatrique habituel en milieu hospitalier et traitement habituel de désintoxication en milieu hospitalier. Une étude menée par Blais et coll. (2010) a démontré l'utilité du SOS-10 comme mesure courante des résultats pour évaluer le traitement habituel dans une pratique psychiatrique externe de grande envergure à clientèle diverse.

Utilisation par des institutions

Le SOS-10 est actuellement utilisé comme mesure courante des résultats pour tous les services psychiatriques aux adultes fournis par l'organisme Partners Healthcare. Partners Healthcare inclut la majorité des hôpitaux et des cliniques de santé communautaires associés à la Faculté de médecine de Harvard. De nombreux autres hôpitaux psychiatriques, centres de santé mentale communautaires et centres universitaires de counselling à travers les États-Unis, ainsi que de nombreux établissements thérapeutiques au Royaume-Uni, ont reçu l'autorisation d'utiliser le SOS-10. L'utilisation du SOS-10 a également été concédée sous licence à des organismes de gestion des soins de santé.

RÉFÉRENCES

- Blais, M. A., Lenderking, W. R. Baer, L., deLorell, A., Peets, K., Leahy, L., & Burns, C. (1999). Development and initial validation of a brief mental health outcome measure. *Journal of Personality Assessment*, 73, 359-373.
- Blais, M. A., Sinclair, S., Baity, M., Worth, J., Weiss, A., Ball, L., et al. (2011). Measuring outcomes in adult outpatient psychiatry *Clinical Psychology & Psychotherapy* published online 17 Mar 2011 (DOI: 10.1002/cpp.749).
- Haggerty, G., Blake, M., Naraine, M., Siefert, C. & Blais, M. (2010). Construct validity of the Schwartz Outcome scale-10: Comparisons to interpersonal distress, adult attachment, alexithymia, the five factor model, romantic relationship length and ratings of childhood memories. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1) 44-50.
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., & Blagys, M. (2001). Evaluating the Phase Model of Change During Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 29-47.
- Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., & Reinsinger, C. (1996). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Stevenson, MD. American Professional Credentialing Services.
- Owens, J., & Imel, Z. (2010). Rating scales in psychotherapy practice. In L. Baer & M Blais (éd.), *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. New York, NY: Humana Press, pages 257-270.
- Young, J. L., Waehler, C. A., Laux, J. M., McDaniel, P. S., & Hilsenroth, M. J. (2003). Four studies extending the utility of the Schwartz Outcome Scale (SOS-10). *Journal of Personality Assessment*, 80, 130-138.

Le Treatment Outcome Package (TOP)



David R. Kraus, Ph. D.,
Outcome Referrals, Inc.

dkraus@outcomereferrals.com

Cet article présente le *Treatment Outcome Package* (TOP), qui sert d'outil d'évaluation clinique pratique et de mesure des résultats pour tous les niveaux de soins de santé comportementaux, y compris la psychothérapie. Le TOP, qui est disponible en neuf langues, est athéorique et évalue 12 domaines cliniques et fonctionnels. En fonction de l'âge du patient, ces domaines peuvent inclure : la qualité de vie; la toxicomanie; la dépression; la panique et l'anxiété; la psychose; la manie; le comportement suicidaire; la violence; le travail et l'école; la dysfonction sociale; le fonctionnement sexuel; les troubles du sommeil; les troubles alimentaires; les troubles du comportement; l'agression sexuelle; l'anxiété de séparation; les troubles déficitaires de l'attention; l'affirmation de soi; le contrôle de la vessie; et les forces psychologiques.

Le TOP fournit aux cliniciens des rapports cliniques en temps réel par l'entremise d'alertes qui sont émises lorsque le traitement n'est pas sur la bonne voie et risque probablement d'aboutir à une détérioration de l'état du patient. Le résultat est comparé aux résultats normatifs (non cliniques) afin que le niveau de pathologie soit facilement suivi. Cet article décrit le TOP et présente ses qualités psychométriques, ainsi que les procédures reliées à son usage dans divers contextes cliniques.

Mots clés : Treatment Outcome Package; TOP; résultats thérapeutiques; suivi des progrès; psychothérapie

Le *Treatment Outcome Package* (TOP) a été élaboré pour répondre aux objectifs de la Core Battery Conference (Horowitz, Lambert et Strupp, 1997) et servir d'outil d'évaluation clinique pratique et de mesure des résultats pour tous les niveaux de soins de santé comportementaux (Kraus, Seligman et Jordan, 2005). Les versions initiales de cet outil comportaient 250 items dérivés des critères symptomatiques du DSM-IV et raffinés par des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires pour les populations d'adultes, d'adolescents et d'enfants (p. ex. Kraus, Boswell et coll., 2010). Le TOP est disponible en plusieurs langues : anglais, espagnol, allemand, hollandais, portugais, chinois, vietnamien, haïtien et créole capverdien. De plus, une version française est en cours d'élaboration.

Domaines évalués

Le TOP est athéorique et évalue 12 domaines cliniques et fonctionnels qui incluent notamment (en fonction de la version choisie adaptée à l'âge) :

La qualité de vie; la toxicomanie; la dépression; la panique et l'anxiété; la psychose; la manie; le comportement suicidaire; la violence; le travail et l'école; la dysfonction sociale; le fonctionnement sexuel; les troubles du sommeil; les troubles alimentaires; le trouble du comportement; l'agression sexuelle; l'anxiété de séparation; les troubles déficitaires de l'attention (TDAH); l'affirmation de soi; le contrôle de la vessie; et les forces psychologiques.

Procédures d'utilisation

Le TOP est un service offert gratuitement par WellnessCheck.net et comprend un système gratuit de cotation et de rapports en temps réel. Des manuels et des vidéos offerts en ligne fournissent du soutien pour l'administration et la cotation des questionnaires. Il est également possible d'envoyer des liens individualisés aux patients pour qu'ils puissent remplir les questionnaires (idéalement une fois par mois) au travail ou à la maison, ce qui évite aux cliniciens d'avoir à faire remplir les questionnaires à leur cabinet. Des rappels quotidiens sont envoyés par courriel jusqu'à ce que le patient remplisse le questionnaire dont il a été convenu ou qu'il décide de se désister. La confidentialité est protégée par l'emploi d'identificateurs que seul le prestataire de soins peut relier aux patients; aucun identificateur direct lié à un individu (nom, adresse, etc.) n'est recueilli ou conservé. Les renseignements potentiellement identifiables sont chiffrés et conservés dans des systèmes indépendants afin que l'anonymat du patient soit protégé (Kraus et Horan, 1998).

Développement d'un plan de services

Les rapports cliniques en temps réel sont conçus par des cliniciens pour maximiser la pertinence clinique (Kraus, Wolfe et Castonguay, 2006) par l'entremise d'alertes qui sont émises lorsque le traitement n'est pas sur la bonne voie et risque probablement d'aboutir à une détérioration de l'état du patient ou à une hospitalisation psychiatrique coûteuse. Le résultat est comparé aux résultats normatifs de la population générale (non clinique) afin que le niveau de pathologie soit facilement suivi à l'aide de graphiques pour les 20 derniers questionnaires TOP qui ont été remplis. La revue des rapports cliniques détaillés tout au long du traitement améliore l'alliance thérapeutique, aide les patients à révéler d'importantes informations cliniques et aide à réviser le plan thérapeutique et à fixer des objectifs et des priorités.

Des rapports cumulatifs mensuels sont fournis à chaque clinicien, service (p. ex. programme d'hospitalisation partielle) et agence. Ces rapports soulignent les points forts et les points faibles et sont étalonnés, ajustés en fonction du risque et comparés à ceux de professionnels similaires dans le monde entier (ou localement) en utilisant une base de données croissante de plus d'un million de patients (Kraus et Castonguay, 2010). Les domaines TOP ont été liés aux pratiques et principes fondés sur des données probantes et les structures des rapports facilitent l'amélioration rapide des résultats thérapeutiques qui autrement seraient sous-optimaux (Kraus, Wolfe et Castonguay, 2006; Adelman, 2005, 2006, 2007, 2008). Ces systèmes sont utilisés pour

identifier les forces inhérentes de toute population donnée de prestataires avec 96 % des prestataires affichant une compétence fiable pour traiter au moins un groupe de symptômes majeurs (Kraus et coll., 2011).

Soutien technique

Le soutien à la clientèle est assuré par des numéros de téléphone sans frais, ainsi que des ressources, des manuels et des vidéos offerts en ligne. Puisque WellnessCheck.net assure la cotation, l'élaboration des rapports, la conservation et l'étalonnage de toutes les données, il n'y a pas de manuel ou de procédure de cotation.

Propriétés psychométriques

De nombreuses études (Kraus, Seligman et Jordan, 2005; Kraus et Castonguay, 2010; Kraus, Boswell et coll., 2010) ayant employé des analyses factorielles confirmatoires avec des données recueillies auprès de 19 801 participants dans 383 établissements (5 échantillons fragmentés) ont démontré la validité de construit du TOP, avec un indice de la qualité de l'ajustement (*Goodness of Fit*) de 0,95, un indice d'ajustement comparatif (*Comparative Fit*) de 0,95, un indice d'ajustement non normalisé (*Non-Normed Fit*) de 0,94, et une racine carrée de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation de 0,035. Les études ont également révélé que le TOP a une bonne consistance interne variant de 0,53 à 0,93, et un fort coefficient de fidélité test-retest variant de 0,76 à 0,94. La validité discriminante du TOP est excellente, avec 92 % des consommateurs affichant des résultats pathologiques et des résultats TOP qui démontrent une capacité de différencier

les sujets qui sont en traitement de ceux qui ne le sont pas. La validité convergente a été démontrée avec un certain nombre de mesures bien établies, y compris l'inventaire de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory* [BDI]), l'inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* [MMPI]), l'inventaire symptomatique abrégé (*Brief Symptom Inventory* [BSI]), le BASIS-32, le SF-36, le *Child Behavioral Checklist* [CBCL], et l'UNCOPE. À titre d'exemple, l'échelle de dépression TOP était hautement corrélée ($r = 0,91$) avec le BDI. Les données normatives du TOP ont été établies en utilisant de vastes échantillons de plus de 1 million de participants pour la population clinique et de 2000 participants pour la population générale.

Commentaires des patients, clients et cliniciens

Chaque questionnaire TOP rempli est traité et calculé dans un même centre, puis un rapport de rétroaction de deux ou trois pages est produit en retour. Cette rétroaction indique si le traitement est sur la bonne voie et procure une liste de vérification des tâches fondées sur des données probantes qui devraient être complétées ou envisagées pour accroître la probabilité de réussite du traitement. De plus, les cliniciens sont alertés si le patient est à risque élevé d'être hospitalisé dans les six mois suivants, soit pour un trouble psychiatrique ou un trouble de toxicomanie (McAleavey et coll., sous presse). La deuxième page du rapport TOP peut être copiée et remise au patient comme forme de rétroaction (Youn, Kraus et Castonguay, sous presse).

Utilisation par des institutions

TOP a été utilisé pour documenter et améliorer la qualité des soins par plus de 40 000 cliniciens et par des milliers d'organisations, incluant des employeurs disposant de leur propre programme d'assurance, des régimes d'assurance maladie, des hôpitaux, des centres communautaires de santé mentale et des réseaux de prestataires de soins. Chaque domaine TOP est relié à des bibliothèques de pratiques et de principes fondés sur des données probantes, qui incluent des fiches d'évaluation, un étalonnage ajusté en fonction du risque et des rapports d'amélioration, tous conçus pour fournir des feuilles de route pour mettre en œuvre des stratégies innovatrices d'amélioration de la qualité des soins qui ont permis aux clients de TOP de se mériter les plus hautes distinctions en matière d'amélioration de la qualité (Adelman, 2005, 2006, 2007, 2008).

RÉFÉRENCES

- Adelman, R. et al. (2005). Reducing adolescent clients' anger in a residential substance abuse treatment facility. *Journal on Quality and Patient Safety*, 31, (6), 325-327.
- Adelman, R. (2006). *The Angry Adolescent & Constructivist REBT*. In Cummins, P. (éd.), *Working with Anger: a Practical Constructivist Approach*, London: John Wiley & Sons.
- Adelman, R. (2007). *Reducing Anger in Adolescents: An REBT Approach*, Center City, Minnesota: Hazelden Press.
- Adelman, R. (2008). Methods of Reconstruction with Adolescent Substance Abusers: Combining REBT and Constructivism. In Raskin, J.D. & Bridges, S. (éd.), *Studies in Meaning 3: Constructivist Psychotherapy in the Real World*, New York: Pace University Press.
- Horowitz, L.M., Lambert, M.J., & Strupp, H.H. (éd.). (1997). *Measuring patient change in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Kraus, D., Boswell, J., Wright, A. Castonguay, L., & Pincus, A., (2010). Factor Structure of the Treatment Outcome Package for Children. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 627-640.
- Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2010). TOP: Development & use In naturalistic settings. In M. Barkham, G. Hardy, & J. Mellor-Clark (éd.), *A CORE approach to delivering practice-based evidence in counseling and the psychological therapies*. London: Wiley Press.
- Kraus, D.R., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Nordberg, S.S., & Hayes, J.A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267-276.
- Kraus, D.R., Castonguay, L.G., Hayes, J.A. & Barber, J.P. (2010) The Empirically Supported Therapist: All Clinicians Have Strengths and Weaknesses. *Psychologie Quebec*, 1, 12-15.
- Kraus, D. R., & Horan, F. P. (1998). *Protecting Client Confidentiality and Improving Provider Relations Through a New Form of Managed Care: Collaborative Care Management*. The 1998 Behavioral Outcomes and Guidelines; Faulkner and Gray: New York.
- Kraus, D.R., Seligman, D., & Jordan, J.R., (2005). Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The treatment outcome package. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 285-314.
- Kraus, D., & Wolfe, A. & Castonguay, L.G., (2006). The outcome assistant: A kinder philosophy to the management of outcome. *Psychotherapy Bulletin*, 41, 23-31.
- McAleavey, A.A., Nordberg, S.S., Kraus, D.R., Castonguay, L.G., (sous presse) Errors in treatment outcome monitoring: Implications of multidimensional and general measurements for real-world psychotherapy. *Canadian Psychology*.
- Youn, S.J., Kraus, D.R., Castonguay, L.G. (sous presse) The Treatment Outcome Package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy*.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-923164-48-9
ISSN 1923-0311

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal Qc H3P 3H5
www.ordrepsy.qc.ca

