

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

**Rapport du Groupe de travail de la Société canadienne de
psychologie sur le suivi des progrès et des résultats de la
psychothérapie**

Septembre 2018

Contents

Auteurs.....	3
Résumé.....	4
Introduction.....	6
Contextes de la pratique de la psychothérapie.....	7
Définitions.....	8
Éthique et obligations des psychologues.....	9
Suivi des résultats.....	10
Mesures des résultats.....	11
La qualité de vie comme résultat thérapeutique commun chez les populations de patients.....	12
Les résultats dans le contexte des tiers payeurs au sein des établissements de santé.....	13
Suivi des résultats dans les établissements correctionnels.....	14
Suivi des résultats dans les écoles.....	14
Suivi des progrès.....	15
Mesures de suivi des progrès.....	16
Faciliter le suivi des résultats et des progrès réalisés.....	17
Disparités entre la pratique et la recherche.....	17
Mise en place et maintien.....	19
Recommandations.....	20
Mise en œuvre du suivi des progrès et des résultats dans les contextes cliniques.....	20
Adoption et maintien du suivi des progrès et des résultats.....	20
Formation.....	21
Éthique.....	21
Références.....	23

Auteurs

Giorgio A. Tasca, Ph.D., Université d'Ottawa (Président du Groupe de travail)

Lynne Angus, Ph.D., C. Psych., Université York

Rupal Bonli, Ph.D., Saskatchewan Health Authority

Martin Drapeau, M.Ps., Ph.D., Université McGill

Marilyn Fitzpatrick, Ph.D., Université McGill

John Hunsley, Ph.D., Université d'Ottawa

Collaboratrice à la rédaction du rapport

Megan Knoll, MSc, MA, Université McGill

Remerciements:

Merci à Keira Stockdale et Steven Shaw d'avoir examiné et commenté certaines parties du rapport.

Résumé

L'évaluation systématique des résultats du traitement et des progrès réalisés par les patients est cruciale pour déterminer les effets des traitements et fournir des informations de qualité aux thérapeutes (p. ex., pour adapter le traitement à l'état et aux progrès du patient). Cependant, malgré l'obligation éthique de le faire, la majorité des psychothérapeutes en Amérique du Nord n'évaluent pas actuellement les progrès réalisés par les patients ou les résultats thérapeutiques (p. ex., 12 % des psychologues canadiens utilisent des mesures de suivi des progrès). De plus, comme les professionnels de la santé, les psychothérapeutes surestiment invariablement leur efficacité et sous-estiment la probabilité que le traitement échoue (p. ex., 90 % d'entre eux évaluent leurs compétences au niveau ou au-dessus du 75^e percentile). La recherche indique que la mise en œuvre systématique du suivi des progrès et des résultats, à l'aide d'instruments psychométriques solides, peut profiter à la fois aux prestataires de services psychologiques et aux populations qu'ils traitent.

Au minimum, le *suivi des résultats* doit comporter l'évaluation, à la fois au début et à la fin du traitement, du fonctionnement du patient, effectuée par le thérapeute, le patient et/ou un tiers dans les domaines jugés importants par le patient et le thérapeute. La majorité des preuves démontrant l'efficacité des traitements psychologiques repose sur des données semblables à celles recueillies par le suivi systématique des résultats (c.-à-d. évaluations avant et après le traitement). La mise en œuvre généralisée du suivi des résultats pourrait compléter les documents cliniques, améliorer la pratique clinique et contribuer à la recherche sur l'efficacité des traitements psychologiques dans le cadre de soins courants.

Le *suivi des progrès* réalisés par le patient consiste en une évaluation répétée des progrès du patient pendant le traitement, laquelle est généralement effectuée du point de vue du patient à chaque séance ou toutes les deux séances. Un aspect essentiel du suivi des progrès consiste à fournir une rétroaction continue au thérapeute sur l'état du patient, ce qui facilite l'évaluation de l'évolution du traitement et peut suggérer des modifications à apporter au déroulement du traitement, si nécessaire. La recherche indique que le suivi des progrès est lié à une évolution positive de l'état de santé, à une augmentation de l'efficacité du traitement, à une diminution des effets négatifs sur le patient et à une augmentation de la performance des stagiaires lorsqu'il est utilisé sous supervision clinique. De plus, des données de plus en plus nombreuses indiquent que le suivi des progrès peut contribuer à accroître l'efficacité du traitement auprès de populations et contextes divers.

Le choix de la mesure de suivi des résultats et des progrès réalisés doit se faire en fonction des éléments suivants : des preuves répétées de la fiabilité, de la validité et de la sensibilité au changement de la mesure; des normes établies qui tiennent compte des multiples caractéristiques du patient pour faciliter l'interprétation de l'état du patient (et déterminer les changements significatifs sur le plan clinique) et la manière dont la mesure convient à l'utilisation prévue (p. ex., fréquence d'utilisation; objectifs thérapeutiques). Selon le contexte et la population à laquelle sont destinés les services, des facteurs supplémentaires devraient être pris en considération lors du choix des mesures (p. ex., mesures du risque de récidive dans les contextes correctionnels). Compte tenu du grand nombre de mesures psychométriques fiables disponibles, qui sont à la fois brèves et gratuites, le coût et le temps nécessaire pour les administrer ne sont pas des considérations majeures pour les thérapeutes dans la plupart des contextes et pour la plupart des objectifs thérapeutiques.

Les recherches qui s'intéressent aux praticiens et aux sites de formation canadiens ont permis de cerner les obstacles à l'utilisation du suivi des progrès et des résultats. Les principaux obstacles sont le manque de connaissances, le manque de formation et les considérations d'ordre pratique (p. ex., le temps nécessaire pour administrer les instruments psychométriques). À la lumière de ces obstacles et d'autres questions relatives à la mise en œuvre systématique du suivi des progrès et des résultats, le Groupe de travail de la SCP sur le suivi des progrès et des résultats de la psychothérapie recommande ce qui suit :

1. Mise en œuvre du suivi des progrès et des résultats dans les contextes cliniques
 - Tous les psychologues praticiens devraient recueillir régulièrement des données sur l'évolution de l'état de santé du patient (au minimum avant et après la prestation des services, même s'il est recommandé de le faire plus fréquemment).
 - Tous les psychologues praticiens devraient suivre des cours de formation continue sur le suivi des progrès et des résultats, et la SCP devrait offrir régulièrement ce genre de formation.
2. Adoption et maintien du suivi des progrès et des résultats
 - Les psychologues qui travaillent au sein d'organismes et d'établissements devraient promouvoir l'utilisation du suivi des progrès et des résultats.
 - Les psychologues devraient utiliser les principes décrits dans le présent rapport pour promouvoir la mise en œuvre et l'adoption adéquates du suivi des progrès et des résultats.
3. Formation
 - Le suivi des progrès et des résultats devrait faire partie du programme d'études en psychologie clinique.
 - Le Jury d'agrément de la SCP devrait inclure, dans les normes d'agrément, la formation sur le suivi des progrès et des résultats et la supervision des stagiaires dans ce domaine.
4. Éthique
 - Revoir la norme II.22 du *Code canadien d'éthique pour les psychologues* afin d'énoncer plus explicitement que les psychologues devraient suivre les progrès réalisés et les résultats thérapeutiques.
 - Le conseil d'administration de la SCP devrait travailler avec les organismes de réglementation provinciaux afin d'encourager la formation sur le suivi des progrès et des résultats et l'utilisation du suivi des progrès et des résultats.

Rapport du Groupe de travail de la Société canadienne de psychologie sur le suivi des progrès et des résultats de la psychothérapie

Introduction

En 2017, le conseil d'administration de la Société canadienne de psychologie a chargé un groupe de travail de produire un rapport sur le suivi des résultats des interventions psychologiques et des progrès réalisés par les patients. L'évaluation systématique des progrès et des résultats du traitement est cruciale pour déterminer les effets des traitements psychologiques et fournir des informations de qualité aux thérapeutes pour que ceux-ci adaptent le traitement à l'état et aux progrès du patient. Cela est particulièrement important lorsque l'on sait que les fournisseurs de services psychologiques surestiment systématiquement leur efficacité comparativement à leurs pairs. Par exemple, Walfish, McAlister, O'Donnell et Lambert (2012) ont indiqué que plus de 90 % des thérapeutes qui ont participé à leur étude ont autoévalué leurs compétences en psychothérapie au 75^e percentile ou plus, et que tous les thérapeutes se sont classés au-dessus du 50^e percentile. De plus, la recherche révèle que les thérapeutes font un dépistage insuffisant des patients présentant un risque d'échec thérapeutique (p. ex., Hannan et coll., 2005) et sous-estiment leur propre taux d'échec thérapeutique (p. ex., Hunsley, Aubry, Vestervelt et Vito, 1999). Ce n'est pas un problème propre aux psychothérapeutes. De nombreux professionnels de la santé montrent des lacunes quant à leur capacité à autoévaluer leurs compétences et leur adhésion à de bonnes pratiques en matière de soins de santé (Caban-Martinez et coll., 2010; Costelloe, Metcalfe, Lovering, Mant et Hay, 2010; Davis et coll., 2006; Schweizer et coll., 2013).

Néanmoins, dans le cas des psychothérapeutes, la collecte d'informations valables sur les progrès et les résultats, réalisée à l'aide d'une évaluation psychométrique, est indispensable pour fournir des soins fondés sur des données probantes qui sont relativement exempts de tout biais. Le suivi des progrès et des résultats est également une occasion pour les réseaux organisés de pratique clinique de s'engager dans le développement de l'évaluation de programmes et de la recherche sur la psychothérapie. Cela est particulièrement important avec le lancement imminent de programmes publics de psychothérapie structurée en Ontario, au Québec et dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Malgré leur ampleur, les efforts visant à promouvoir l'évaluation des résultats des traitements et à utiliser le suivi des progrès n'ont pas connu un grand succès. Des enquêtes menées au cours des dernières années montrent que la plupart des professionnels qui offrent de la psychothérapie évaluent peu fréquemment et de manière systématique les résultats des traitements (p. ex., Garland, Kruse et Aarons, 2005; Hatfield et Ogles, 2004; Phelps, Eisman et Kohout, 1998). Par exemple, dans un sondage mené auprès des membres de l'American Psychological Association (APA), seulement 39 % des répondants déclarent utiliser fréquemment des mesures d'évaluation dans le but d'évaluer les progrès réalisés par les patients dans le cadre de leur traitement (Wright et coll., 2017). Cela s'explique peut-être en partie par le fait que, souvent, les cliniciens n'apprennent pas, dans le cadre de leurs programmes de formation professionnelle, à évaluer systématiquement les résultats ni à utiliser le suivi des progrès. Une enquête sur les programmes de psychologie clinique agréés par l'APA révèle que seulement la moitié des programmes abordent le thème de l'évaluation de l'efficacité thérapeutique dans la formation en évaluation offerte à leurs étudiants diplômés

(Ready et Veague, 2014). De même, dans leur enquête sur les programmes de psychologie clinique agréés par l'APA, Mihura, Roy et Graceffo (2017) signalent que seulement la moitié des programmes agréés sont associés à des cliniques de formation ou à des milieux de stage dans lesquels les étudiants utilisent régulièrement des instruments de mesure des résultats pour évaluer l'efficacité des traitements.

Par conséquent, le but du présent rapport est de fournir des conseils aux psychothérapeutes, aux décideurs, aux éducateurs et aux organismes qui financent les interventions psychologiques sur la nécessité de mesurer les résultats et les progrès des patients afin de dispenser des traitements fondés sur des données probantes. Nous passons en revue l'état des connaissances sur le suivi des résultats, qui peut guider les cliniciens dans cette tâche. De plus, nous évaluons brièvement l'état de la recherche sur le suivi des progrès, lequel est une variante du suivi des résultats, mais est conçu spécialement pour fournir aux praticiens une rétroaction continue afin d'encourager la pratique réflexive et d'améliorer les effets positifs des traitements sur l'état de santé des patients. Le rapport examine ensuite les obstacles à la mise en œuvre du suivi des progrès et des résultats dans la pratique clinique. Enfin, le rapport se termine par des recommandations visant à faciliter l'utilisation du suivi des progrès et des résultats afin d'améliorer l'efficacité des thérapeutes et l'état de santé des patients.

Contextes de la pratique de la psychothérapie

Une grande partie des écrits publiés et des recherches réalisées à ce jour sur le suivi des progrès et des résultats porte sur la prestation de services psychologiques aux patients externes dans des cabinets privés, des cliniques et des services de counseling universitaires, et la majorité des psychologues et des psychothérapeutes pratiquent dans ces milieux. On pourrait affirmer que le cadre typique des études sur la psychothérapie est le cabinet privé, le centre de counseling ou le service de consultation externe où les patients ayant des problèmes de santé mentale sont traités. Bien que ces milieux et ces populations de patients définissent encore ce que font la plupart des psychologues et des psychothérapeutes, le travail de nombreux professionnels de la santé a évolué au fil du temps, de sorte que le nombre de psychologues travaillant dans les établissements de soins de santé publics continue de croître dans certaines parties du pays. Par conséquent, certains psychologues ont élargi leur pratique au-delà des interventions habituelles en santé mentale (Arnett, 2005). Les psychologues qui travaillent dans les établissements de soins de santé ont des compétences en neuropsychologie, en psychologie de la réadaptation et en psychologie de la santé. Souvent, les psychologues sont considérés comme des spécialistes au sein des établissements médicaux et, par conséquent, seuls les patients les plus complexes ou les patients qui présentent des maladies concomitantes physiques et mentales multiples et pour lesquels les traitements médicaux offerts ne sont pas bénéfiques sont orientés vers leurs soins. Certains de ces patients sont à l'hôpital en raison de blessures aiguës ou de traumatismes, et le suivi des résultats peut être effectué pour des séjours relativement courts.

Les psychologues qui travaillent en milieu hospitalier et qui sont chargés de travailler avec des patients souffrant d'une maladie chronique ou évolutive ne sont pas forcément en mesure de démontrer l'efficacité de leur intervention de la même manière que ceux qui travaillent dans des établissements qui offrent des soins de santé mentale externes.

Les données sur les résultats thérapeutiques obtenus auprès de ces populations de patients proviennent, entre autres, de questionnaires qui suivent les changements relatifs à la santé mentale du patient, mais aussi de mesures qui évaluent d'autres aspects du fonctionnement psychosocial. Par exemple, la mesure des résultats comprend parfois l'évaluation de l'évolution de la douleur ressentie, des symptômes propres à la maladie et de l'observance des schémas thérapeutiques à volets multiples (p. ex., analyses de sang régulières, respect de la médication et des programmes d'exercices). Dans le cadre du présent rapport du Groupe de travail, même si nous partons du principe que les procédures et les mesures utilisées pour effectuer le suivi des progrès et des résultats sont pertinentes pour les milieux de soins de santé mentale traditionnels, nous croyons qu'elles s'appliquent également à d'autres contextes de traitement et, à cette fin, nous mettrons également en évidence l'utilisation de la mesure des résultats dans les milieux médicaux, médico-légaux et scolaires.

Définitions

Le Groupe de travail définit le *suivi des résultats* comme l'évaluation de l'évolution de l'état de santé à l'aide d'instruments psychométriques fiables, effectuée au moins avant et après le traitement, mais aussi plus fréquemment. Le but du suivi des résultats est d'évaluer l'efficacité du traitement en ce qui a trait à la réduction des symptômes, la qualité de vie et d'autres domaines de fonctionnement jugés importants par le patient et le thérapeute. L'évaluation peut prendre en compte la perspective du thérapeute, du patient ou d'un observateur qui a une connaissance intime du fonctionnement ou des comportements du patient (p. ex., un parent, un enseignant ou un conjoint). Compte tenu de la possibilité de biais de confirmation chez les thérapeutes (Nickerson, 1998), chaque fois que l'évaluation des résultats est effectuée selon la perspective du thérapeute, celle-ci doit être complétée par des mesures des résultats du point de vue du patient ou d'un tiers. L'évaluation des résultats aux périodes de suivi pourrait également s'avérer importante pour évaluer la viabilité de l'amélioration de l'état du patient après le traitement, bien que l'évaluation du suivi à long terme ne soit souvent pas pratique dans le travail clinique quotidien et puisse être influencée par d'autres facteurs présents dans la vie du patient qui ne sont pas associés à la psychothérapie.

Par *suivi des progrès*, le Groupe de travail désigne l'évaluation régulière des progrès réalisés par le patient pendant le traitement (p. ex., une fois par semaine ou aux deux semaines) à l'aide d'instruments psychométriques fiables, suivie d'une rétroaction au thérapeute sur l'état du patient par rapport aux normes standard et par rapport à l'état du patient au cours des semaines ou lors des séances précédentes (Overington et Ionita, 2012). La rétroaction continue que reçoit le thérapeute tout au long du traitement différencie le suivi des progrès du suivi des résultats. La rétroaction adressée au thérapeute peut prendre la forme d'alertes indiquant que le patient est sur la bonne voie et s'approche de l'amélioration recherchée ou qu'il risque de voir son fonctionnement se détériorer. L'évaluation se fait généralement du point de vue du patient, mais le point de vue d'un tiers (p. ex., parent ou enseignant) peut également être recueilli. Lorsque les thérapeutes effectuent le suivi des progrès, ils le font généralement régulièrement (p. ex., à chaque séance ou une séance sur deux) pendant le traitement. La fonction principale du suivi des progrès est de fournir aux praticiens les « signes vitaux » du fonctionnement psychologique d'un patient, ce qui permet aux praticiens d'évaluer facilement et rapidement les progrès réalisés au cours du traitement et de modifier le traitement si nécessaire (Lambert et Shimokawa, 2011).

Éthique et obligations des psychologues

Conformément aux fondements scientifiques de la profession, les psychologues ont l'obligation éthique d'évaluer les services qu'ils fournissent. D'ailleurs, au Canada, cette obligation a été codifiée dans les troisième et quatrième éditions du Code canadien d'éthique pour les psychologues (Société canadienne de psychologie, 2000, 2017). La norme II.22 du Code stipule que les psychologues doivent : « Surveiller et évaluer l'effet de leurs activités, consigner leurs découvertes et les faire connaître aux autres qui sont concernés ». Cette exigence s'applique à tous les services professionnels, y compris la prestation de traitements psychologiques. La plupart des autres professionnels qui offrent des services de psychothérapie ont également des obligations similaires.

En 2011, le conseil d'administration de la SCP a créé un groupe de travail sur les traitements psychologiques fondés sur des données probantes qui était chargé de soutenir et d'orienter la pratique des psychologues et d'informer les utilisateurs des services, les décideurs et d'autres intervenants. Le rapport produit par ce groupe de travail définissait la pratique fondée sur des données probantes (PDP), opérationnalisait ce qui constitue la PDP dans le contexte de l'administration de traitements psychologiques et fournissait une hiérarchie des données probantes qui peuvent servir à orienter les décisions thérapeutiques. Dans ce rapport (Société canadienne de psychologie, 2012) et dans une publication ultérieure (Dozois et coll., 2014), le Groupe de travail définissait la pratique fondée sur des données probantes comme suit : « ...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 ». (p. 7)

En outre, et contrairement aux énoncés relatifs à la pratique fondée sur des données probantes publiés par d'autres organisations, le Groupe de travail de la SCP a également déclaré explicitement que la pratique fondée sur des données probantes englobe « le suivi et l'évaluation des services fournis aux patients tout au long de leur traitement (du début du traitement jusqu'à la fin du traitement et à la phase du maintien des acquis) » (Dozois et coll., 2014, p. 155) [traduction] et que, « indépendamment de la nature ou de la force des données utilisées pour orienter le choix et la planification du traitement, les psychologues devraient être prêts à modifier le traitement fourni en se basant sur les données issues du suivi des progrès effectué au cours du traitement, y compris les réactions et l'évolution des symptômes et du fonctionnement psychologique du patient pendant et entre les séances » (SCP, 2012, p. 10). [traduction]

Par conséquent, le suivi des progrès et des résultats est une composante essentielle et incontournable de la pratique fondée sur des données probantes. Selon les règles déontologiques et le rapport du Groupe de travail de la SCP sur la pratique fondée sur des données probantes, les psychologues sont tenus de recueillir des données sur les effets des traitements qu'ils fournissent. Les fournisseurs de services psychologiques devraient utiliser les données provenant de la surveillance continue des réactions, des symptômes et du fonctionnement général du patient pour orienter les décisions relatives à la planification et à l'administration du traitement. Le Groupe de travail sur le suivi des progrès et des résultats de la psychothérapie fait valoir que cette surveillance devrait être effectuée à l'aide d'outils structurés et psychométriques, et aller au-delà du seul

jugement clinique du praticien, qui est susceptible d'être biaisé (Walfish et coll., 2012). Dans le présent rapport, nous examinons brièvement certaines des mesures de suivi des progrès et des résultats les plus couramment utilisées.

Suivi des résultats

L'évaluation du fonctionnement psychosocial du patient avant et après le traitement a, pendant des décennies, constitué la pierre angulaire des stratégies d'évaluation utilisées dans le cadre des recherches visant à examiner l'impact des traitements psychologiques des troubles mentaux et des troubles/problèmes psychosociaux connexes. Sans évaluation du fonctionnement du patient avant et après le traitement, il n'est pas possible de déterminer avec précision les effets du service fourni (Campbell et Stanley, 1963). Grâce aux données recueillies avant et après le traitement dans le cadre de nombreuses études, des méta-analyses de la recherche sur les résultats thérapeutiques effectuées dans les années 1980 et 1990 ont conclu que de nombreuses formes de traitement psychologique sont efficaces pour soulager une gamme de troubles et d'affections chez les jeunes et les adultes (p. ex., Casey et Berman, 1985; Landman et Dawes, 1982; Lipsey et Wilson, 1993; Smith, Glass et Miller, 1980; Weisz, Weiss, Han, Granger et Morton, 1995).

Les données méta-analytiques cohérentes et convaincantes sur l'efficacité du traitement étaient publiées au moment même où les exigences en matière de responsabilité s'accroissaient dans les systèmes de soins de santé. Aux États-Unis, la responsabilité des services de santé mentale était considérée comme extrêmement importante, de nombreuses préoccupations étant soulevées quant à l'efficacité et aux coûts de ces services (Lyons, Howard, O'Mahoney et Lish, 1997). En outre, une autre question liée à la reddition de comptes, soulevée dans les années 1990, s'intéressait au degré d'adéquation entre les résultats obtenus par les traitements psychologiques dispensés dans le cadre de soins courants et ceux obtenus par les essais cliniques des traitements psychologiques. La nouvelle tendance à mettre l'accent sur les indicateurs d'assurance de la qualité et l'amélioration continue de la qualité dans le cadre de la prestation des services de santé mentale en général, et des traitements psychologiques en particulier, a fait en sorte que les tiers payeurs de ces services ont commencé à exiger la preuve que les services étaient efficaces (Maruish, 1994a; Ogles, Lambert et Masters, 1996). Afin de pallier au manque d'orientation sur les manières de répondre aux exigences en matière d'évaluation, de nombreux articles et livres ont été publiés et décrivaient les différentes méthodes d'évaluation des résultats thérapeutiques, les forces et les lacunes des mesures offertes et les défis susceptibles de se présenter lors de la mise en œuvre des procédures de mesure des résultats thérapeutiques dans la pratique habituelle (p. ex., Kazdin, 1993; Lyons et coll., 1997; Maruish, 1994b; Ogles et coll., 1996).

Il existe des preuves claires démontrant que l'évaluation des résultats thérapeutiques est possible dans le cadre des interventions psychologiques courantes. Par exemple, Hunsley et Lee (2007) ont résumé les résultats de 35 essais sur l'efficacité thérapeutique menés dans des contextes de soins courants, portant à la fois sur des traitements psychologiques offerts aux adultes et aux jeunes, et dans lesquels des données ont été recueillies avant et après le traitement. Ils ont constaté que les taux d'amélioration observés dans ces études étaient comparables aux critères de référence issus d'essais cliniques méthodologiquement fiables. Non seulement l'analyse de Hunsley et Lee montre-t-elle que la collecte de données avant et après le traitement est possible, mais elle révèle également que la collecte de ces données permet de comparer les résultats observés dans le

contexte réel aux critères de référence relatifs aux résultats thérapeutiques issus des essais cliniques publiés (voir aussi Spilka et Dobson, 2015).

Bien que les conclusions sur l'efficacité montrent la faisabilité de la collecte de données sur les résultats dans les milieux cliniques, il est essentiel de tenir compte de l'impact de l'arrêt unilatéral du traitement par le patient (c.-à-d. les patients qui abandonnent la thérapie) lorsque vient le temps d'évaluer les résultats. D'après les données d'une étude sur la population nationale canadienne, près de la moitié des patients mettront fin au traitement, non pas parce que leur état s'est amélioré, mais parce qu'ils font face à des obstacles qui entravent l'accès au traitement, parce qu'ils n'aiment pas le traitement ou parce qu'ils veulent résoudre leurs problèmes d'une manière différente (Westmacott et Hunsley, 2010).

Pour obtenir des données fiables sur la plupart ou la totalité des patients, on peut évaluer leur fonctionnement aussi près que possible de leur dernière séance de thérapie. Même si l'arrêt unilatéral est inévitable chez certains patients, le fait d'avoir de telles données permet aux cliniciens de déterminer plus précisément le fonctionnement du patient à la cessation du traitement, ce qui, en retour, donne un portrait global plus précis de l'efficacité du traitement. Dans le même ordre d'idées, on a observé, au cours de la dernière décennie, une tendance chez les cliniciens à évaluer les résultats thérapeutiques à l'aide de mesures des résultats à diverses étapes du traitement, ce qui fournit des données permettant d'estimer de manière optimale le fonctionnement des patients lorsqu'ils mettent un terme au traitement. En effet, l'utilisation répétée de mesures des résultats tout au long du traitement est un élément important de la stratégie d'évaluation qu'utilise le programme *Improved Access to Psychological Therapies* du Royaume-Uni. Avant chaque séance, les patients doivent remplir de brefs questionnaires d'auto-évaluation des symptômes dépressifs, des symptômes d'anxiété et d'autres symptômes qui sont reliés aux problèmes qu'ils présentent et à l'objectif du traitement (Clark, 2011). Non seulement ces mesures sont-elles fiables sur le plan psychométrique, mais en plus elles sont gratuites, ce qui est une considération non négligeable dans la plupart des milieux cliniques. L'accès aux données sur le fonctionnement du patient, recueillies fréquemment, permet au thérapeute de modifier le traitement afin de tenir compte de la possibilité que le traitement : (a) ne parvienne pas à réduire les problèmes du patient ou (b) donne de bons résultats plus rapidement que prévu.

Mesures des résultats

Lorsque vient le temps de choisir la mesure d'évaluation appropriée, les cliniciens devraient tenir compte des preuves répétées confortant la fiabilité et la validité de la mesure, et des preuves confirmant la sensibilité au changement des scores obtenus à l'aide de la mesure. Plusieurs publications fournissent des lignes directrices relatives à l'évaluation de ces preuves (p. ex., Hunsley et Mash, 2018). De plus, il faut disposer de normes pour faciliter l'interprétation exacte du score d'un patient. En outre, les normes peuvent être utilisées pour déterminer le niveau de fonctionnement du patient avant et après le traitement, ce qui permet au clinicien de déterminer si des changements sont intervenus sur le plan du fonctionnement, si ces changements sont cliniquement significatifs et si le fonctionnement du patient après le traitement se situe dans la norme populationnelle. Il se peut que plusieurs ensembles de normes soient nécessaires pour qu'une mesure représente les caractéristiques du patient (p. ex., sexe, âge et origine ethnique) et

soit sensible aux différences liées à la personne qui remplit le questionnaire (p. ex., patient, parent, enseignant et clinicien). Outre ces critères scientifiques, d'autres éléments devraient également être pris en compte, y compris le temps nécessaire pour remplir les questionnaires ou les grilles et pour calculer le score obtenu à l'instrument de mesure, et les coûts associés à l'utilisation de la mesure. Enfin, il faut veiller à ce que la période visée par la mesure corresponde à la fréquence à laquelle la mesure sera utilisée par le clinicien (c.-à-d., un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes couvrant les deux dernières semaines ne doit pas être administré chaque semaine pendant le traitement).

Il existe de nombreuses mesures psychométriques fiables pour évaluer les résultats thérapeutiques. Nous fournissons ici quelques exemples de mesures des résultats couramment utilisées et de sources qui répertorient et examinent ces mesures, bien qu'il ne s'agisse pas d'une liste exhaustive. Des évaluations de nombreuses mesures des symptômes, du fonctionnement psychosocial général et de la qualité de vie sont présentées dans Hunsley et Mash (2018). Taresage et Ben-Porcavith (2014) passent en revue plusieurs instruments d'auto-évaluation couramment utilisés et adaptés à l'évaluation des résultats thérapeutiques (comme l'Échelle de dépression, d'anxiété et de stress [Lovibond et Lovibond, 1995], le questionnaire SF-36 [RAND Health, sans date] et le SCL-90-R – Inventaire de symptômes psychologiques en autoquestionnaire [Derogatis, 1983]). En outre, Sales et Alves (2016) proposent un examen approfondi des instruments idiographiques couramment utilisés pour mesurer le processus et les résultats thérapeutiques.

Le coût des instruments étant souvent évoqué comme un obstacle à leur utilisation dans de nombreux contextes, le développement de mesures psychométriques solides, qui sont à la fois fiables et libres d'utilisation, a fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années. De nombreux exemples de mesures fiables et gratuites se trouvent à <https://psychologytools.com/download-scales-and-measures.html> et <https://www.div12.org/assessment-repository/>. Beidas et ses collaborateurs (2015) ont fourni une liste de près de 50 mesures de la santé mentale solides sur le plan psychométrique destinées aux jeunes et aux adultes qui sont offertes gratuitement, dont plusieurs sont appropriées comme mesures des résultats. Enfin, une gamme impressionnante de mesures des symptômes destinées aux jeunes et aux adultes, qui sont solides sur le plan psychométrique, sont offertes gratuitement par le Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS : <http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>). Des mesures portant sur les symptômes psychologiques, les symptômes physiques, les aspects généralisés du fonctionnement et la satisfaction personnelle à l'égard de la vie sont offertes dans le système. Compte tenu de l'éventail de mesures disponibles, la question des coûts ne devrait plus constituer un obstacle à l'évaluation régulière des résultats des traitements psychologiques.

La qualité de vie comme résultat thérapeutique commun chez les populations de patients

Un facteur important qui est souvent évalué dans les milieux médicaux est la qualité de vie de l'individu, qui englobe le bien-être physique, mental et social. Par exemple, une méta-analyse récente des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde révèle que la polyarthrite rhumatoïde a des effets variés et importants sur la qualité de vie des personnes, tant dans les dimensions physique que mentale du bien-être (Matcham et coll., 2014). Par conséquent, les auteurs de cette méta-

analyse indiquent qu'en plus des mesures propres à la maladie, le suivi du traitement psychologique au sein des populations de patients devrait inclure des mesures de la qualité de vie.

Le questionnaire SF-36 est un outil populaire conçu pour évaluer la qualité de vie liée à la santé (Matcham et coll., 2014). Le questionnaire SF-36 est utilisé pour évaluer de nombreux problèmes de santé physique, comme l'hypertension, l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète de type 2, l'infarctus du myocarde, traités dans divers milieux de soins. Le questionnaire SF-36 est constitué de huit sous-échelles individuelles réparties entre les dimensions physique et psychologique. Les scores obtenus aux huit sous-échelles peuvent être combinés pour former deux scores de synthèse d'ordre élevé, le sommaire de la composante physique et le sommaire de la composante mentale. Le questionnaire SF-36 et sa version abrégée, le questionnaire SF-12, sont souvent utilisés pour évaluer les résultats sur le plan de l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de santé.

Les résultats dans le contexte des tiers payeurs au sein des établissements de santé

Deux problèmes souvent rencontrés dans les établissements où il y a un tiers payeur, comme un régime public d'assurance automobile ou la Commission des accidents du travail, sont les suivants : (1) déterminer si le problème de santé mentale est lié à l'accident ou s'il s'agit d'un problème de santé mentale concomitant, ce qui a une incidence sur la responsabilité de l'assureur quant au financement du traitement ce problème; (2) le gain secondaire pour le patient, qui est la plupart du temps de nature financière, et fait en sorte qu'il est avantageux financièrement de rester inapte, même dans un régime d'assurance sans égard à la responsabilité. Par conséquent, le suivi des résultats des interventions psychologiques augmente en complexité.

Les patients qui fréquentent ces cliniques le font en raison de blessures musculo-squelettiques complexes subies lors d'accidents et sont traités par une équipe multidisciplinaire. La mauvaise santé mentale de ces patients peut être la conséquence de l'accident (p. ex., dépression, ESPT, phobie des voitures, adaptation), mais dans certains cas, elle était antérieure à l'accident (p. ex., dépendance, trouble de l'alimentation, trouble de l'humeur préexistant). Ainsi, il n'y a pas de mesure unique de l'état de santé mentale, qui serait administrée à tous les patients au cours du traitement pour mesurer les progrès ou les résultats. Cela dit, à de rares exceptions près, la majorité de ces patients souffrent de douleur chronique. Ainsi, certaines cliniques font passer de nombreux questionnaires sur la douleur à tous les patients lors de leur évaluation, qu'elles font passer de nouveau à la fin du traitement afin d'évaluer les changements relatifs à la perception de la douleur et la capacité du patient à gérer la douleur. Les questionnaires utilisés sont, notamment : (a) l'échelle de kinésiophobie de Tampa (Goubert et coll., 2004; Kori, Miller et Todd, 1990); (b) l'Échelle de dramatisation face à la douleur (Sullivan, 2009); (c) le Pain Management Inventory (Brown et Nicassio, 1987); (d) le Pain Disability Index (Chibnall et Tait, 1994). Enfin, aux patients atteints de troubles mentaux diagnostiquables liés à un accident de la route ou un accident du travail (p. ex., dépression ou ESPT), les psychologues peuvent faire passer plusieurs fois certains tests psychométriques courants (p. ex., Inventaire de dépression de Beck II [IDB-2; Beck, Steer et Brown, 1996] pour la dépression, et Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 [CAPS-5; Weathers et coll., 2013] pour l'état de stress post-traumatique [ESPT]) afin d'évaluer l'efficacité thérapeutique et la réduction des symptômes. L'administration et l'examen répétés de

l'état de santé mentale avec le patient peuvent constituer un élément précieux des interventions qui font partie du traitement.

Suivi des résultats dans les établissements correctionnels

Les psychologues qui travaillent dans les établissements correctionnels financés par le gouvernement sont confrontés à des défis particuliers lorsqu'il s'agit de recueillir des données sur les résultats d'une intervention psychologique. Dans ces établissements, l'accent est mis sur l'intégration de l'évaluation et de la réévaluation du risque de récidive lors de la prise de décision concernant le placement en établissement, le traitement, la libération conditionnelle, etc. Par exemple, les psychologues peuvent utiliser des instruments d'évaluation du risque notés par le clinicien et des outils de planification du traitement, comme l'Échelle d'évaluation du risque de violence (EERV; Wong et Gordon, 1999-2003), l'Échelle d'évaluation du risque de violence : Version pour les délinquants sexuels (EERV-DS; Wong, Olver, Nichaichuk et Gordon, 2003) et l'Échelle d'évaluation du risque de violence : Version pour les jeunes (EERV-VJS; Wong, Lewis, Stockdale et Gordon, 2004-2011). Ces outils permettent d'évaluer le niveau initial de risque de récidive future, de déterminer les objectifs thérapeutiques/besoins criminogènes et le stade de changement associé, ainsi que quantifier le degré de changement apporté et réévaluer le risque après l'intervention. L'utilisation de telles mesures pour évaluer l'évolution du risque de récidive est considérée comme une priorité par les cliniciens et les administrateurs en milieu correctionnel, en raison du mandat qui leur est confié de réduire le risque, de prévenir la violence et d'accroître la sécurité dans la collectivité. Ces échelles peuvent être utilisées au cas par cas et aux fins de l'évaluation de programme lorsqu'elles sont combinées à des données sur les résultats (p. ex., réduction des risques, toute accusation/délit supplémentaire, y compris les délits de moindre gravité). Dans certains milieux correctionnels, des entrevues de départ avec les clients (p. ex., pour évaluer la satisfaction des patients) et des évaluations externes de programme (p. ex., pour évaluer la rentabilité) sont également menées. Bien que ces outils et d'autres outils similaires aient été validés au départ au sein des populations correctionnelles, leur utilisation s'est étendue à d'autres populations nécessitant des services de psychiatrie légale et milieux de psychiatrie légale (p. ex., hôpitaux et instituts de psychiatrie légale).

Suivi des résultats dans les écoles

Ces dernières années, une attention considérable a été accordée au suivi des services de santé mentale fournis dans le contexte scolaire (p. ex., Borntrager et Lyon, 2015; Connors, Arora, Curtis et Stephan, 2015). Le suivi des résultats au sein des établissements publics, comme les écoles et les autres milieux d'apprentissage, s'accompagne de défis particuliers (Shaw, 2018). Par exemple, pour être le plus efficaces possible, les psychologues scolaires doivent envisager des interventions qui ont une incidence directe sur la réussite des enfants et leurs familles. Le nombre de psychologues par étudiant, les particularités de la psychologie scolaire en milieu rural et urbain, les questions de diversité et d'équité et les environnements multilingues sont d'autres défis que pose la conception des interventions. Compte tenu de l'importance d'évaluer ces services de santé mentale, Shaw (2018) a fortement encouragé l'utilisation de méthodes systématiques pour étudier la mise en œuvre d'interventions psychologiques à la fois à petite échelle (p. ex., thérapie avec des étudiants) et à grande échelle (p. ex., politiques éducatives à l'échelle de la province pour les personnes souffrant des effets de l'alcoolisme fœtal).

Suivi des progrès

Mesurer et suivre les progrès, et fournir aux thérapeutes des observations sur leur travail pourrait s'avérer utile pour modifier les comportements des thérapeutes dans l'optique d'améliorer l'état de santé des patients. Plus précisément, le suivi des progrès part du principe que la mesure de la réponse du patient au traitement permettra au psychothérapeute d'être plus attentif aux besoins du patient, au fur et à mesure des séances. Certains auteurs ont décrit ce processus comme un élément essentiel de la pratique délibérée des thérapeutes, c'est-à-dire un processus par lequel les thérapeutes suivent et adaptent continuellement leurs interventions pour atteindre un haut degré d'expertise et pour contribuer à améliorer l'état de santé des patients (Tracey, Wampold, Lichtenberg et Goodyear, 2014). Cela arrivera si la source d'où émanent les commentaires est crédible et si les commentaires sont immédiats, fréquents et systématiques. Par conséquent, il ne suffit pas de mesurer et de surveiller officiellement l'état de santé mentale du patient pour améliorer les résultats du traitement appliqué à un cas particulier. Les commentaires doivent également alerter le clinicien de tout problème nouveau afin de faciliter les progrès du patient.

La recherche sur le suivi des progrès a prouvé l'utilité de cette approche pour améliorer les résultats thérapeutiques. Dans une méta-analyse des systèmes de collecte d'observations des patients, Lambert et Shimokawa (2011) ont constaté que le suivi des résultats des patients, lorsque le patient fait part de ses observations au thérapeute dans le cadre de la thérapie, était modérément et fortement associé à une évolution positive de l'état de santé. Notamment, le nombre de patients en psychothérapie dont l'état s'est détérioré a été réduit de moitié grâce à l'utilisation d'un système de suivi des progrès. Cela a d'importantes implications pratiques, car environ 8 % de tous les patients voient leur état s'aggraver après une psychothérapie (Lambert, 2010). De même, d'autres méta-analyses ont fait état des effets positifs de l'utilisation du suivi des progrès dans le cadre des services psychologiques destinés aux jeunes (Tam et Ronan, 2017).

Les recherches ont également montré que le suivi des progrès augmente l'efficacité des services en permettant aux patients de se rétablir plus rapidement (Reese, Norsworthy et Rowlands, 2009) et en répartissant les séances en fonction des besoins des patients (Harmon et coll., 2007; Lambert, Hansen et Finch, 2001; Whipple et al., 2003). Les revues systématiques (Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton et Wolpert, 2016) et les méta-analyses (Lambert et Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert et Smart, 2010) qui ont fait la synthèse des preuves ont confirmé les avantages du suivi des progrès, en particulier dans la réduction des effets négatifs du traitement (Lambert et Shimokawa, 2011). Le suivi des progrès a prouvé son efficacité dans les centres d'aide psychologique universitaires (Reese, Norsworthy et Rowlands, 2009), les établissements hospitaliers (Dyer, Hooke et Page, 2016) et les services de santé mentale communautaires (Connolly Gibbons et coll., 2015). De nombreuses études se sont penchées sur les effets du suivi des progrès sur la thérapie individuelle, mais de plus en plus de preuves attestent de la valeur du suivi des progrès réalisés en thérapie de groupe (Schuman, Slone, Reese et Duncan, 2015; Slone, Reese, Mathews-Duvall et Kodet, 2015) et en thérapie de couple (Reese, Toland, Slone et Norsworthy, 2010).

Le suivi des progrès peut aider les thérapeutes à prendre conscience de leurs forces et de leurs faiblesses et à optimiser leur formation continue, et il peut être utile pour jumeler les patients aux thérapeutes, ce qui maximise la probabilité de résultats positifs pour les patients (Hayes,

McAleavey, Castonguay et Locke, 2016; Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg et Hayes, 2011). Miller, Hubble et Duncan (2008) ont mené une étude sur les thérapeutes qui obtiennent de très bons résultats et ont conclu que ces thérapeutes mettent en œuvre des pratiques visant à déterminer leur efficacité de base et à solliciter les commentaires des patients. Grâce à leur capacité à faciliter ces pratiques, les procédures de suivi des progrès constituent un élément important d'une prestation de services efficace et du perfectionnement professionnel des thérapeutes. Enfin, lorsqu'il est utilisé en supervision clinique, le suivi des progrès accroît les progrès des stagiaires (Reese, Usher et coll., 2009) ainsi que le rythme d'évolution des patients (Barkham et coll., 2006).

Mesures de suivi des progrès

Les mesures de suivi des progrès sont la plupart du temps des échelles brèves administrées de façon systématique qui permettent aux cliniciens d'évaluer et d'améliorer l'état de santé du patient. Elles sont généralement multithéoriques et exhaustives en ce qui concerne le fonctionnement du patient (Overington et Ionita, 2012). Plusieurs ressources fournissent de l'information sur un bon nombre d'outils de suivi des progrès, y compris leur description, leur mode d'administration et de notation, leurs modalités d'interprétation des résultats, et leur coût (Drapeau, 2012; Overington et Ionita, 2012). Pour illustrer la nature de ces mesures, nous commentons deux des outils de suivi des progrès les plus couramment utilisés.

Le *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et coll., 1996; Lambert et coll., 2004) (<http://www.oqmeasures.com>) fournit des résultats à trois sous-échelles (détresse causée par les symptômes, relations interpersonnelles et rôle social) et un score total, qui sont tous assortis de normes basées sur la population et de seuils cliniques. Le OQ-45 a été largement mis en œuvre dans des centres de formation privés et publics au Canada, aux États-Unis et dans certains pays européens, ainsi que dans plusieurs centres de traitement exploités par Anciens Combattants Canada (voir Ross, Ionita et Stirman, 2016). Le logiciel OQ-Analyst est un système de cotation sur le Web qui utilise des couleurs pour indiquer l'état du patient (Lambert, 2015). Ce système combiné au OQ-45 fournit aux praticiens des résultats sur l'évolution du traitement du patient, en indiquant, notamment, si les patients sont prêts à cesser leur traitement, s'ils réalisent l'amélioration attendue, s'ils s'écartent du rythme d'évolution attendu ou s'ils sont susceptibles de voir leur état régresser. Le rapport d'OQ-Analyst contient : (a) les scores des clients obtenus aux trois sous-échelles; (b) les notes des clients obtenus aux éléments critiques (y compris le suicide, la toxicomanie et la violence); (c) une représentation graphique de la relation entre le nombre de séances et les scores au OQ-45 obtenus par le client tout au long du traitement par rapport aux scores prédits par le client lui-même en fonction des normes de la population. Le rapport fournit également des recommandations que le praticien peut prendre en considération, lui suggérant, par exemple, de discuter de la cessation du traitement avec le patient, de revoir le plan de traitement du patient ou de prendre des mesures vigoureuses et immédiates pour remédier à la détérioration du fonctionnement du patient.

Le *Partners for Change Outcomes Monitoring System* (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell et Brown, 2005) comprend la *Outcome Rating Scale* (ORS; Duncan, 2012; Miller, Duncan, Brown, Sparks et Claud, 2003) et la *Session Rating Scale* (SRS; Duncan, Miller et Sparks, 2003). La ORS (Duncan, 2012) est une courte mesure visuelle analogique à 4 items indiquant la détresse symptomatique, les relations interpersonnelles, le fonctionnement du rôle social et le bien-être. En

outre, les concepteurs ont également créé la Session Rating Scale (SRS), une échelle visuelle analogique à 4 items qui mesure l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. C'est-à-dire que la SRS mesure l'accord de collaboration à l'égard des tâches à effectuer dans le cadre de la thérapie et des objectifs de la thérapie, et le lien entre le thérapeute et le patient. L'alliance thérapeutique est systématiquement associée à l'amélioration de l'état du patient (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011). Généralement, on fait remplir la SRS au patient vers la fin de chaque séance. Lorsqu'ils sont utilisés ensemble, le SRO et la SRS encouragent le patient et le thérapeute à discuter, à chaque séance de soins, de leurs progrès et de leur relation (dans le but d'accroître les efforts de collaboration et la participation du patient à son traitement). Le PCOMS comporte également une méthode d'identification des cas qui ne présentent pas d'amélioration, à la fois à la mesure des progrès et à la mesure de l'alliance thérapeutique, alertant le thérapeute sur d'éventuels problèmes et l'incitant ainsi à agir pour résoudre les problèmes rencontrés dans la thérapie. Dans une revue, Lambert et Whipple (sous presse) ont constaté que six des neuf études recensées révèlent que le traitement assisté par rétroaction à l'aide du PCOMS donne de meilleurs résultats comparativement au traitement habituel sans rétroaction. Tout comme le système OQ, le PCOMS a été étudié dans une grande variété de populations de patients et de problèmes, ainsi que dans les thérapies individuelles, de groupe et de couple.

Des outils de suivi des progrès, comme le OQ-45 (Lambert et coll., 1996; Lambert et coll., 2004) et le PCOMS (Miller et coll., 2005), ont accumulé suffisamment de preuves dans la documentation de recherche pour être acceptés dans le registre national des programmes et pratiques fondés sur des données probantes de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis (SAMHSA, 2018). Au Canada, le ministère des Anciens Combattants a choisi le OQ-45 (en version anglaise et canadienne-française) et le ministère provincial de la Santé de la Saskatchewan a mandaté la mise en place du PCOMS à l'intention du personnel des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie (Duncan, 2012). D'autres mesures de suivi des progrès sont énumérées dans un numéro spécial de *Cahier recherche et pratique* (Drapeau, 2012).

Faciliter le suivi des résultats et des progrès réalisés

Disparités entre la pratique et la recherche

Comme il est indiqué ci-dessus, il existe des disparités entre la pratique et la recherche dans de nombreux domaines des soins de santé et au sein de nombreuses professions de la santé (Caban-Martinez et coll., 2010; Costelloe et coll., 2010; Schweizer et coll., 2013). Il n'est donc pas surprenant que, en dépit de l'existence de preuves solides et des bénéfices connus, la majorité des psychothérapeutes n'utilise pas le suivi des progrès ou des résultats. Par exemple, un récent sondage a révélé que seulement 12 % des psychologues canadiens utilisent une mesure de suivi des progrès et que 67 % ignorent que ces mesures existent, malgré la forte éthique de la recherche en psychologie (Ionita et Fitzpatrick, 2014). Parmi ceux qui sont conscients de leur existence, mais ne les utilisent pas, les obstacles qui nuisent à leur utilisation sont, entre autres, des connaissances insuffisantes (p. ex., des différentes mesures et des différences entre les mesures), une formation insuffisante (p. ex., un manque ou un accès limité à la formation) et la crainte que les mesures ne prennent trop de temps ou n'accablent les patients. Lorsqu'on leur a demandé ce qui pourrait les

aider à surmonter ces obstacles, les cliniciens ont mentionné qu'il pourrait leur être utile de recevoir une brève formation, d'entendre des témoignages positifs de patients et d'avoir la certitude que ces mesures ne nécessitent que quelques minutes pour être réalisées. En effet, la recherche indique qu'une courte formation sur le suivi des progrès est facilement accessible (p. ex., Duncan, 2017), que les patients font état d'expériences positives (Kilbride et coll., 2013; Solstad, Castonguay et Moltu, 2017; Steinfeld, Franklin, Mercer, Fraynt et Simon, 2016; Unsworth, Cowie et Green, 2012) et que ces mesures sont généralement très brèves.

L'écart entre la pratique et la recherche quant à l'adoption du suivi des progrès et des résultats chez les thérapeutes peut être dû à des problèmes d'application et de diffusion des connaissances. Nous nous tournons vers la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003) pour conceptualiser les façons d'améliorer la mise en œuvre et l'adoption du suivi des progrès et des résultats. Cette théorie postule que le fait d'améliorer les connaissances des cliniciens, de les persuader de l'intérêt de l'innovation et de les aider à décider d'adopter ces mesures est essentiel à la mise en œuvre et au maintien des innovations dans la pratique (Rogers, 2003).

En ce qui concerne *les connaissances des cliniciens*, un sondage a révélé que seulement 33 % des psychologues (Ionita et Fitzpatrick, 2014) et 63 % des directeurs des internats des programmes de doctorat en psychologie (Overington, Fitzpatrick, Drapeau et Hunsley, 2016) sont au fait du suivi des progrès. Toutefois, chez les non-utilisateurs qui sont conscients de l'existence de telles méthodes, le manque de connaissance du fonctionnement du suivi des progrès peut également constituer un obstacle (Ionita, 2015). Ces conclusions laissent penser que les cliniciens ont besoin de plus d'informations sur les modalités d'utilisation du suivi des résultats et des progrès et sur son fonctionnement.

En ce qui concerne le deuxième élément (*persuader les cliniciens*), les thérapeutes ont exprimé leur réticence et leur crainte que les mesures soient utilisées pour évaluer les thérapeutes, même s'ils reconnaissent aussi la valeur et le potentiel de ces mesures (Callaly, Hyland, Coombs et Trauer, 2006; Unsworth et coll., 2012). La formation semble avoir une incidence positive sur les attitudes et sur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes (Cook, Schnurr, Biyanova et Coyne, 2009; Nelson et Steele, 2007). Par exemple, une intervention informatisée et une formation en direct sur le suivi des résultats ont entraîné des attitudes plus positives et des améliorations notables quant à la croyance que la rétroaction favorise la motivation, l'engagement et la collaboration (Edbrooke-Childs, Wolpert et Deighton, 2016; Willis, Deane et Coombs, 2009). Ces résultats indiquent qu'il est important de réfléchir à la place du suivi des progrès et des résultats dans les programmes d'études supérieures. En 2009, plus de la moitié des sites de formation membres de l'APPIC et agréés par l'APA n'utilisaient aucune forme de suivi des résultats pour orienter les décisions, les traitements et la pratique clinique (Mours, Campbell, Gathercoal et Peterson, 2009). Un sondage récent révèle que près de 25 % des directeurs des internats agréés par l'APA sont au courant des mesures de suivi des progrès, mais ne les mettent pas en œuvre dans leur installation de formation (Overington et coll., 2016). Ainsi, les efforts de mise en œuvre du suivi des résultats et des progrès réalisés devraient viser à multiplier les possibilités de formation, ce qui permettra aux étudiants d'être exposés au suivi des progrès et des résultats dans les programmes de formation en psychologie.

En ce qui concerne *la prise de décision des cliniciens*, il est prouvé que les cliniciens sont enclins à commencer à utiliser des mesures de suivi des progrès lorsque ces mesures correspondent à leur approche, à leur philosophie et/ou à leurs valeurs (Knoll, Ionita, Tomaro, Chen et Fitzpatrick, 2016). Les cliniciens sont également plus susceptibles d'utiliser de telles mesures lorsqu'ils estiment que ces mesures contribuent à l'efficacité de leurs interventions et de leur perfectionnement professionnel, améliorent le rôle du patient dans le cadre de la thérapie et facilitent la reconnaissance de leur propre responsabilité envers eux-mêmes, leurs patients et les tiers (Knoll et coll., 2016). En d'autres termes, le fait d'avoir une expérience clinique directe du suivi des résultats ou des progrès pourrait être essentiel à sa mise en œuvre éventuelle par les cliniciens (Gyani, Shafran, Rose et Lee, 2013; Powell, Hausmann-Stabile et McMillen, 2013; Stewart et Chambless, 2007; Stewart, Stirman et Chambless, 2012).

Mise en place et maintien

En ce qui concerne le maintien du suivi des progrès, 6 % des praticiens (Ionita et Fitzpatrick, 2014) et 12 % des sites de formation (Overington et coll., 2016) déclarent avoir mis en place une mesure de suivi des progrès, mais avoir ensuite cessé de l'utiliser. Les difficultés généralement signalées par les cliniciens au moment de la mise en œuvre de ces mesures sont notamment des préoccupations d'ordre pratique, une insatisfaction à l'égard d'une caractéristique particulière de la mesure (p. ex., sa longueur) ou l'impression que la mesure ne correspond pas à leur clientèle ou à leur orientation théorique (Ionita, 2015). Les professionnels de la santé mentale ont discuté de divers facteurs qui faciliteraient et simplifieraient la mise en œuvre, notamment du soutien technique, des ressources adéquates (p. ex., temps; Callaly et Hallebone, 2001), une charge de travail moindre, l'utilisation d'une seule mesure (Aoun, Pennebaker et Janca, 2002) et une formation adéquate (Aoun et coll., 2002; Callaly et Hallebone, 2001; Callaly et coll., 2006; Unsworth et coll., 2012). Des études ont montré que la formation des thérapeutes entraîne une augmentation importante et soutenue de l'utilisation du suivi des progrès (Persons, Koerner, Eidelman, Thomas et Liu, 2016; Steinfeld et coll., 2016). De tels programmes de formation ont permis l'acquisition de compétences et le suivi de l'adhésion, en plus de fournir des occasions de s'exercer et des modes de contrôle régulier en ce qui concerne l'utilisation (p. ex., réunions du personnel, exercices de réflexion; Persons et coll., 2016; Steinfeld et coll., 2016).

La réaction du patient au suivi des résultats ou des progrès peut constituer une problématique majeure pour les thérapeutes. Un examen des études révèle que les patients estiment que ces mesures les rendent plus autonomes et que leur utilisation facilite la collaboration avec leur thérapeute (Solstad et coll., 2017). Les patients mentionnent également que les mesures sont faciles à comprendre, qu'elles ajoutent une structure et un objectif aux séances et qu'elles leur permettent de constater les progrès accomplis (Kilbride et coll., 2013; Solstad et coll., 2017; Stedman et coll., 2000; Steinfeld et coll., 2016; Unsworth et coll., 2012). Les cliniciens doivent être encouragés à solliciter les commentaires des patients sur les mesures qu'ils utilisent, car les témoignages d'expériences positives vécues par les patients peuvent améliorer l'adhésion des thérapeutes au suivi des progrès.

Recommandations

Mise en œuvre du suivi des progrès et des résultats dans les contextes cliniques

Conformément aux fondements scientifiques de la profession, les psychologues ont l'obligation éthique d'évaluer les services qu'ils fournissent. Le Groupe de travail de la SCP sur la PDP a explicitement déclaré que la PDP englobe « le suivi et l'évaluation des services fournis aux patients tout au long de leur traitement (du début du traitement jusqu'à la fin du traitement et à la phase du maintien des acquis) » (Dozois et coll., 2014, p. 155) [traduction]. En outre, les organismes qui veulent obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques pour leurs patients et assurer un service de qualité y arriveront avec une plus grande fiabilité en mettant en œuvre le suivi des résultats. Par conséquent, nous recommandons ce qui suit :

1. Les psychologues et tous les praticiens qui exercent la psychothérapie, que ce soit en cabinet privé ou dans un organisme ou un établissement, devraient systématiquement obtenir des données sur l'évolution de l'état de santé des patients qu'ils traitent à l'aide de mesures psychométriques fiables (c.-à-d., preuves que les scores sont valides, fiables et sensibles au changement, et qu'ils comportent à la fois des normes de population pertinentes traduisant les caractéristiques démographiques du patient et des seuils cliniques).
2. Au minimum, les psychothérapeutes devraient évaluer les effets du traitement sur le patient, de préférence du point de vue du patient et/ou du point de vue d'un tiers, avant et après la prestation des services. De préférence, les psychothérapeutes évaluent les résultats à différents moments de la thérapie afin de disposer de données à l'approche de la fin du traitement, si le patient cesse unilatéralement le traitement.
3. Dans le cadre de leur formation continue, les psychologues et les psychothérapeutes devraient rechercher et recevoir une formation sur le déploiement et l'utilisation du suivi des progrès et des résultats dans leurs activités.
4. C'est pourquoi nous recommandons que la SCP offre régulièrement des activités de perfectionnement professionnel en matière de suivi des progrès et des résultats dans le cadre du congrès annuel.

Adoption et maintien du suivi des progrès et des résultats

Comme il est indiqué précédemment, les principaux facteurs qui favorisent l'adoption et le maintien du suivi des progrès et des résultats sont l'exposition et l'expérience clinique. Il est également nécessaire de disposer de ressources, de formation et de soutien technique adéquats.

1. Nous encourageons les psychologues qui travaillent dans les organismes et les établissements à promouvoir l'utilisation du suivi des résultats et des progrès et à faire activement office de consultants/ressources locaux pour aider à la mise en œuvre de ces procédures.
2. Les psychologues peuvent utiliser les principes décrits dans le présent rapport pour promouvoir la mise en œuvre et l'adoption adéquates du suivi des progrès ou du suivi

des résultats. Par exemple, ils peuvent encourager les organismes, les établissements et les cliniques à : faire participer le personnel clinique à la planification et à la mise en œuvre des procédures de suivi des progrès et des résultats aux fins de l'évaluation des programmes et de l'assurance de la qualité; fournir un soutien technique suffisant, des ressources (temps, matériel, logiciels) et une formation adéquate au personnel clinique; utiliser des normes de qualité relatives aux résultats, basées sur des points de référence publiés, comme ceux fournis par l'IAPT, au Royaume-Uni; adopter une approche axée sur le perfectionnement plutôt que sur l'évaluation en offrant à tout le personnel qui ne respecte pas les normes de qualité relatives aux résultats une formation clinique supplémentaire pour améliorer ses compétences.

Formation

Beaucoup d'obstacles à l'utilisation du suivi des progrès et des résultats par les psychothérapeutes sont dus au manque de connaissance et de maîtrise de ce type d'outils. Par conséquent, les programmes de formation, y compris les programmes de doctorat, les internats de doctorat et les milieux de stage, jouent un rôle essentiel dans l'exposition des stagiaires à ces méthodes afin d'influencer l'identité professionnelle et les habitudes de travail des stagiaires et de développer des attitudes positives à l'égard du suivi des résultats et du suivi des progrès. Nous recommandons que :

1. Les programmes de doctorat en psychologie clinique et les internats de doctorat enseignent aux étudiants l'évaluation des résultats et le suivi des progrès dans le cadre du programme d'études en psychologie clinique. La formation devrait mettre l'accent sur l'utilisation de ces mesures dans la pratique quotidienne et sur leur incidence sur l'évolution de l'état des patients. La participation des patients au processus d'évaluation et les répercussions potentielles sur l'alliance thérapeutique devraient être abordées dans le cadre de cette formation. Le fait d'avoir une expérience clinique directe du suivi des résultats ou du suivi des progrès sera essentiel à sa mise en œuvre éventuelle chez les futurs fournisseurs de services psychologiques.
2. Le Jury d'agrément de la SCP devrait inclure, dans les normes d'agrément, la formation sur le suivi des progrès et des résultats et la supervision des stagiaires dans ce domaine, et en faire des éléments à évaluer au cours du processus d'agrément. Le Jury d'agrément peut aider les programmes de formation à se doter des compétences nécessaires pour dispenser cette formation en organisant des ateliers sur le suivi des résultats et des progrès pour les psychologues qui travaillent dans des programmes et des internats agréés.

Éthique

Tel qu'indiqué, les psychologues ont l'obligation éthique d'évaluer les services qu'ils fournissent (Code canadien d'éthique pour les psychologues, norme II.22; SCP, 2000; 2017). Cela signifie que les psychologues doivent suivre la formation nécessaire et mettre en œuvre le suivi des progrès ou le suivi des résultats afin de satisfaire à cette norme. Les organismes de réglementation des

professions au Canada exigent de plus en plus de leurs membres qu'ils soient plus responsables de leur perfectionnement professionnel continu, en leur demandant, entre autres, de documenter qu'ils ont atteint les seuils prévus et ont suivi le type de perfectionnement professionnel souhaité en guise de critère pour le maintien de leur autorisation d'exercer ou de leur agrément.

1. À l'heure actuelle, le Code canadien d'éthique pour les psychologues mentionne que les psychologues doivent « surveiller et évaluer l'effet de leurs activités, consigner leurs découvertes et les faire connaître aux autres qui sont concernés » (norme II.22). Cette norme pourrait être révisée afin de préciser explicitement que les psychologues sont tenus d'évaluer l'évolution de l'état de santé de chaque patient, utiliser le suivi continu des progrès dans leur pratique quotidienne et s'appuyer sur des instruments psychométriques fiables pour ce faire.
2. Nous recommandons que le conseil d'administration de la SCP travaille avec les organismes de réglementation provinciaux canadiens afin d'encourager les membres inscrits à suivre une formation sur le suivi des progrès et des résultats et, dans la mesure du possible, à mettre en place ces systèmes dans leur pratique.
3. Le conseil d'administration de la SCP peut également encourager ces organismes de réglementation à accorder la priorité à la formation en matière de suivi des résultats et des progrès dans leur processus d'assurance de la qualité et de production de rapports sur la formation continue.

Références

- Aoun, S., Pennebaker, D. et Janca, A. (2002). Outcome measurement in rural mental health care: A field trial of rooming-in models. *The Australian Journal of Rural Health*, 10(6), 302-307. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2002.00484.x>
- Arnett, J. L. (2005). Clinical psychology education and training: Commentary on Kenkel et al. and Linden et al. *Psychologie canadienne*, 46(4), 203-211. <https://doi.org/10.1037/h0087027>
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C. et Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160-167. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beidas, R. S., Stewart, R. E., Walsh, L., Lucas, S., Downey, M. M., Jackson, K., ... et Mandell, D. S. (2015). Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings. *Cognitive & Behavioral Practice*, 22(1), 5-19. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.002>
- Borntrager, C. et Lyon, A. R. (2015). Client progress monitoring and feedback in school-based mental health. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 74-86. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.007>
- Brown, G. K. et Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)90006-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)90006-6)
- Caban-Martinez, A. J., Lee, D. J., Davila, E. P., LeBlanc, W. G., Arheart, K. L., McCollister, K. E., ... et Fleming, L. E. (2010). Sustained low influenza vaccination rates in US healthcare workers. *Preventive Medicine*, 50(4), 210-212. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.01.001>
- Callaly, T. et Hallebone, E. L. (2001). Introducing the routine use of outcomes measurement to mental health services. *Australian Health Review*, 24(1), 43-50. <https://doi.org/10.1071/AH010043>
- Callaly, T., Hyland, M., Coombs, T. et Trauer, T. (2006). Routine outcome measurement in public mental health: Results of a clinician survey. *Australian Health Review*, 30(2), 164-173. <https://doi.org/10.1071/AH060164>
- Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL : Rand-McNally.
- Société canadienne de psychologie (2000). *Code de déontologie professionnelle des psychologues* (3^e éd.). Ottawa, ON : auteur.
- Société canadienne de psychologie (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective – Report of the CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments*. Tiré de https://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf
- Société canadienne de psychologie. (2017). *Code canadien d'éthique pour les psychologues* (4^e éd.). Ottawa, ON : auteur.
- Casey, R. J. et Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388-400. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.388>

- Chibnall, J. T. et Tait, R. C. (1994). The Pain Disability Index: Factor structure and normative data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(10), 1082-1086. [https://doi.org/10.1016/0003-9993\(94\)90082-5](https://doi.org/10.1016/0003-9993(94)90082-5)
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Connolly Gibbons, M. B., Kurtz, J. E., Thompson, D. L., Mack, R. A., Lee, J. K., Rothbard, A., ... et Crits-Christoph, P. (2015). The effectiveness of clinician feedback in the treatment of depression in the community mental health system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 748-759. <https://doi.org/10.1037/a0039302>
- Connors, E. H., Arora, P., Curtis, L. et Stephan, S. H. (2015). Evidence-based assessment in school mental health. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 60-73. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.008>
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., Biyanova, T. et Coyne, J. C. (2009). Apples don't fall far from the tree: Influences on psychotherapists' adoption and sustained use of new therapies. *Psychiatric Services*, 60(5), 671-676. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.5.671>
- Costelloe, C., Metcalfe, C., Lovering, A., Mant, D. et Hay, A. D. (2010). Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 340, c2096. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2096>
- Davis, D. A., Mazmanian, P. E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K. E. et Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 296(9), 1094-1102. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094>
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R Revised manual*. Baltimore, MD : Johns Hopkins School of Medicine.
- Dozois, D. J. A., Mikail, S., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D. A. ... et Johnston, C. (2014). The CPA Presidential Task Force on Evidence-based Practice of Psychological Treatments. *Psychologie canadienne*, 55(3), 153-160. <https://doi.org/10.1037/a0035767>
- Drapeau, M. (dir.). (2012). 10 outils pour évaluer l'efficacité des interventions en psychothérapie [numéro spécial]. *Cahier recherche et pratique*, 2(2). Tiré de <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/10+outils+pour+%C3%A9valuer+l%27efficacit%C3%A9+des+interventions+en+psychoth%C3%A9rapie/41f6de0d-f187-487f-87d6-e17384f1181b>
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Psychologie canadienne*, 53(2), 93-104. <https://doi.org/10.1037/a0027762>.
- Duncan, B. L. (2017). Heart and Soul of Change Project: Training. Tiré de <https://heartandsoulofchange.com/content/training/>
- Duncan, B. L., Miller, S. D. et Sparks, J. A. (2003). *Child session rating scale*. Fort Lauderdale, FL : auteur.
- Dyer, K., Hooke, G. R. et Page, A. C. (2016). Effects of providing domain specific progress monitoring and feedback to therapists and patients on outcome. *Psychotherapy Research*, 26(3), 297-306. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983207>
- Edbrooke-Childs, J., Wolpert, M. et Deighton, J. (2016). Introduction to the special section on implementing feedback from outcome measures in child and adult mental health services.

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 277-278. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0726-5>
- Garland, A. F., Kruse, M. et Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393-405. <https://doi.org/10.1007/BF02287427>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J. et Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 325-343. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5>
- Goubert, L., Crombez, G., van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., Bijttebier, P. et Roelofs, J. M. M. (2004). Confirmatory factor analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: Invariant two-factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *The Clinical Journal of Pain*, 20(2), 103-110. <https://doi.org/10.1097/00002508-200403000-00007>
- Gyani, A., Shafran, R., Rose, S. et Lee, M. J. (2013). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 436-448. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001069>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. et Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K. et Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17(4), 379-392. <https://doi.org/10.1080/10503300600702331>
- Hatfield, D. R. et Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485-491. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>
- Hayes, J. A., McAleavey, A. A., Castonguay, L. G. et Locke, B. D. (2016). Psychotherapists' outcomes with White and racial/ethnic minority clients: First, the good news. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 261-268. <https://doi.org/10.1037/cou0000098>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Vestervelt, C. M. et Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388. <https://doi.org/10.1037/h0087802>
- Hunsley, J. et Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.21>
- Hunsley, J. et Mash, E. J. (dir.). (2018). *A guide to assessments that work* (2^e éd.). New York, NY : Oxford University Press.
- Ionita, G. (2015). *Moving research into clinical practice: Usage of progress monitoring measures* (Doctoral dissertation). Tiré de http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=130437
- Ionita, G. et Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Psychologie canadienne*, 55(3), 187-196. <https://doi.org/10.1037/a0037355>

- Kazdin, A. E. (1993). Evaluation in clinical practice: Clinically sensitive and systematic methods of treatment delivery. *Behavior Therapy*, 24(1), 11-45. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80255-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80255-2)
- Kilbride, M., Byrne, R., Price, J., Wood, L., Barratt, S., Welford, M. et Morrison, A. P. (2013). Exploring service users' perceptions of cognitive behavioural therapy for psychosis: A user led study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 89-102. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000495>
- Knoll, M., Ionita, G., Tomaro, J., Chen, V. et Fitzpatrick, M. (2016). Progress monitoring measures: The interaction of clinician initial motivation with selection and maintenance issues. *Psychology*, 7(3), 444-458. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.73046>
- Kori, S. H., Miller, R. P. et Todd, D. D. (1990). Kinisophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 3(1), 35-43.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. et Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267-276. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.563249>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, D.C. : APA Press.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381-390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B. et Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., ... et Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE : American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., ... et Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45 OQ Measures*. Orem, UT : American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J. et Shimokawa, K. (2011). Collecting patient feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J. et Whipple, J. M. (sous presse). Patient and therapist feedback. Dans J. C. Norcross & M. J. Lambert (dir.), *Psychotherapy relationships that work (3rd Edition): Volume I*. Washington, D.C. : Oxford University Press.
- Landman, J. T. et Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37(5), 504-516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.5.504>
- Lipsey, M. W. et Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.48.12.1181>
- Lovibond, S. H. et Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australie : Psychology Foundation of Australia.
- Lyons, J. S., Howard, K. I., O'Mahoney, M. T. et Lish, J. D. (1997). *The measurement and management of clinical outcomes in mental health*. New York, NY : John Wiley & Sons.

- Maruish, M. E. (1994a). Introduction. Dans M. E. Maruish (dir.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 3-21). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Maruish, M. E. (Ed.). (1994b). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Matcham, F., Scott, I. C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G.H., Norton, S., ... et Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 44(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.001>
- Mihura, J. L., Roy, M. et Graceffo, R. A. (2017). Psychological assessment training in clinical psychology doctoral programs. *Journal of Personality Assessment*, 99(2), 153-164. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1201978>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. et 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. et Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Miller, S. D., Hubble, M. et Duncan, B. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22.
- Mours, J. M., Campbell, C. D., Gathercoal, K. A. et Peterson, M. (2009). Training in the use of psychotherapy outcome assessment measures at psychology internship sites. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 169-176. <https://doi.org/10.1037/a0016135>
- Nelson, T. D. et Steele, R. G. (2007). Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 319-330. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0111-x>
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175>
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. et Masters, K. S. (1996). *Assessing outcomes in clinical practice*. Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Overington, L., Fitzpatrick, M., Drapeau, M. et Hunsley, J. (2016). Perspectives of internship training directors on the use of progress monitoring measures. *Psychologie canadienne*, 57(2), 120-129. <https://doi.org/10.1037/cap0000051>
- Overington, L. et Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Psychologie canadienne*, 53(2), 82-92. <https://doi.org/10.1037/a0028017>
- Persons, J. B., Koerner, K., Eidelman, P., Thomas, C. et Liu, H. (2016). Increasing psychotherapists' adoption and implementation of the evidence-based practice of progress monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.004>
- Phelps, R., Eisman, E. J. et Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 31-36. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.31>
- Powell, B. J., Hausmann-Stabile, C. et McMillen, J. C. (2013). Mental health clinicians' experiences of implementing evidence-based treatments. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(5), 396-409. <https://doi.org/10.1080/15433714.2012.664062>

- RAND Health. (sans date). 36-Item Short Form Survey (SF-36). Tiré de https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
- Ready, R. E. et Veague, H. B. (2014). Training in psychological assessment: Current practices of clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 278-282. <https://doi.org/10.1037/a0037439>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A. et Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418-431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C. et Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 616-630. <https://doi.org/10.1037/a0021182>
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R. et Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 157-168. <https://doi.org/10.1037/a0015673>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY : Free Press.
- Ross, D., Ionita, G. et Stirman, S. W. (2016). System-wide implementation of routine outcome monitoring and measurement feedback system in a national network of operational stress injury clinics. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(6), 927-944. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0749-y>
- Sales, C. M. D. et Alves, P. C. G. (2016). Patient-centered assessment in psychotherapy: A review of individualized tools. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(3), 265-283. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12162>
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J. et Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), 396-407. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.900875>
- Schweizer, M. L., Reisinger, H. S., Ohl, M., Formanek, M. B., Blevins, A., Ward, M. A. et Perencevich, E. N. (2013). Searching for an optimal hand hygiene bundle: A meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 58(2), 248-259. <https://doi.org/10.1093/cid/cit670>
- Shaw, S. R. (2018). CJSP: On reaffirming a Canadian school psychology. *Canadian Journal of School Psychology*, 33(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/0829573517748212>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. et Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S. et Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19(2), 122-136. <https://doi.org/10.1037/gdn0000026>
- Smith, M. L., Glass, G. V. et Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD : The Johns Hopkins University Press.
- Solstad, S. M., Castonguay, L. G. et Moltu, C. (2017). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645>
- Spilka, M. J. et Dobson, K. S. (2015). Promoting the internationalization of evidence-based practice: Benchmarking as a strategy to evaluate culturally transported psychological

- treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 58–75. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12092>
- Stedman, T., Yellowlees, P., Drake, S., Chant, D., Clarke, R. et Chapple, B. (2000). The perceived utility of six selected measures of consumer outcomes proposed for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 842-849. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00803.x>
- Steinfeld, B., Franklin, A., Mercer, B., Fraynt, R. et Simon, G. (2016). Progress monitoring in an integrated health care system: Tracking behavioral health vital signs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 369-378. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0648-7>
- Stewart, R. E. et Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 267-281. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>
- Stewart, R. E., Stirman, S. W. et Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 100-109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Tiré de <https://www.samhsa.gov/nrepp>
- Sullivan, M. J. L. (2009). *The pain catastrophizing scale: User manual*. Manuscrit non publié, départements de psychologie, de médecine et de neurologie, Université McGill, Montréal, QC. Tiré de http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSManual_English.pdf
- Tam, H. E. et Ronan, K. (2017). The application of a feedback-informed approach in psychological service with youth: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 55, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.005>
- Tarescavage, A. M. et Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 808–830. <https://doi.org/10.1002/jclp.22080>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. et Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Unsworth, G., Cowie, H. et Green, A. (2012). Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 12(1), 71-80. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.565125>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. et Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P. et Keane, T. M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Entrevue accessible sur le site du National Center for PTSD à l'adresse www.ptsd.va.gov
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. et Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450–468. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.117.3.450>
- Westmacott, R. et Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-977. <https://doi.org/10.1002/jclp.20702>

- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. et Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.59>
- Willis, A., Deane, F. P. et Coombs, T. (2009). Improving clinicians' attitudes toward providing feedback on routine outcome assessments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(3), 211-215. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00596.x>
- Wong, S. et Gordon, A. E. (1999-2003). *The Violence Risk Scale*. Manuscrit non publié, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, SK.
- Wong, S., Lewis, K., Stockdale, K. et Gordon, A. (2004-2011). *The Violence Risk Scale-Youth Version*. Manuscrit non publié, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, SK.
- Wong, S. C. P., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P. et Gordon, A. (2003). *The Violence Risk Scale: Sexual Offender version (VRS-SO)*. Saskatoon, SK : Regional Psychiatric Centre et Université de la Saskatchewan.
- Wright, C. V., Beattie, S. G., Galper, D. I., Church, A. S., Bufka, L. F., Brabender, V. M. et Smith, B. L. (2017). Assessment practices of professional psychologists: Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 73-78. <https://doi.org/10.1037/pro0000086>