**Le Suivi Continu des Résultats en psychothérapie : Revue de la littérature du Routine
Outcome Monitoring (ROM) et présentation du système PCOMS.**

Christophe Cazauviel, Psychologue

IRPPSY et Université de Bordeaux

La correspondance concernant cet article doit être adressée à : Christophe CAZAUVIEILH, 5
rue du Chai des Farines 33000 Bordeaux France – email : christophe.cazauviel@u-
bordeaux.fr

RESUME

Bien que les psychothérapies représentent en général un traitement efficace des problèmes psychologiques, certains patients ne retirent pas de bénéfices réels de leur traitement, peuvent se détériorer, ou voire même abandonner les soins. Le Suivi Continu des Résultats de la thérapie (SCR ou en anglais Routine Outcome Monitoring - ROM) est une méthodologie développée pour faire face à ces problématiques et qui opérationnalise la perspective des recherches centrées sur le patient et des preuves basées sur la pratique ; en utilisant le feedback des patients pour mieux adapter la thérapie, limiter les mauvais résultats, les abandons et au final améliorer l'efficacité clinique.

Les recherches suggèrent que le SCR serait efficace pour améliorer les résultats des patients ne s'améliorant initialement pas au cours de leur traitement, ou qui étaient identifiés comme à risque de se détériorer. Plusieurs études documentent également que le SCR réduit les abandons des soins, les coûts liés au traitement ainsi que les dépenses de santé de manière plus générale. Cependant, il est nécessaire d'analyser les effets du feedback selon les contextes d'utilisation (systèmes, consultation externe ou interne, latitude d'utilisation du feedback sur la structure). La notion de coût efficacité apparaît en ce sens primordiale dans la décision d'implémentation d'un système de gestion des résultats.

Dans cette optique, nous présentons le système PCOMS qui répond à la fois aux exigences de validation empirique et aux contraintes pratiques des psychothérapeutes. Une synthèse de l'information disponible rapporte que l'utilisation de PCOMS est notamment associée à une amélioration de l'efficacité clinique avec les patients reçus en consultation externe.

Mots clés : Psychothérapie, feedback, ROM, efficacité, abandon

Introduction

La notion d'efficacité générale de la psychothérapie, la démonstration de la supériorité de la prise en charge face à l'absence de traitement, pour un large panel de problématiques psychologiques, fait maintenant l'objet d'un consensus (Lambert et Ogles, 2004). Ceci n'exclut pas que les patients puissent répondre en proportions variables aux traitements ou qu'ils soient à risque de se détériorer, voire d'abandonner les soins (Crawford et al., 2016 ; Swift & Greenberg., 2012). Pour répondre à ces enjeux, deux paradigmes ont émergé en marge du mouvement vers les traitements empiriquement validés (Empirically Supported Treatment ou EST). En effet, dans l'approche EST, l'objectif est de valider dans des conditions expérimentales rigoureuses, un traitement censé être thérapeutique ; puis de le disséminer dans la pratique clinique courante, en assurant la fidélité au protocole par l'utilisation d'un manuel. Dans cette configuration, c'est la meilleure recherche disponible qui vient « informer » la pratique de terrain. Sans oblitérer l'intérêt des recherches de laboratoires, le mouvement de la recherche centrée sur le patient (Patient Focused Research, Lambert et al., 2001) et le mouvement des preuves basées sur la pratique (Practice Based Evidence, Barkham & Margison., 2008) partagent la particularité d'opérer un retour vers les données de terrain. La pratique clinique courante est alors considérée comme une source inestimable de données probantes souvent négligées. Un des objectifs énoncés de ces approches est en conséquence de refermer le fossé qui sépare la pratique de la recherche en psychothérapie. A cet effet, il s'agit de collecter des données probantes au cours du traitement par la mise en place d'un système de gestion ou de Suivi en Continu des Résultats (SCR ou Routine Outcome Monitoring - ROM) pour ajuster le traitement. C'est alors la pratique qui vient « informer » les recherches en complétant les meilleures données disponibles issues des pratiques empiriquement validées (EBP).

Historique du Routine Outcome Monitoring

Howard, Moras, Brill, Martinovich, et Lutz ont été les premiers en 1996 à produire un système de suivi des résultats des patients, en s'appuyant sur le modèle dose-effet et sur le modèle en phase de la psychothérapie¹. En considérant qu'au-delà des preuves d'efficacité des traitements obtenues dans les études contrôlées (Effectiveness), et des preuves d'efficacité des pratiques démontrée dans les études naturalistes de terrain (Efficacy), les cliniciens se doivent de répondre à une question bien plus pressante : « Est-ce-que l'état de ce patient particulier répond (bien) au traitement qui (lui) est appliqué ? ». Il est par exemple documenté que tous les patients ne s'améliorent pas de la même façon, même s'ils reçoivent un traitement bonafide réputé efficace. Pour répondre à cette question, les auteurs ont utilisé les scores obtenus à une échelle de mesure de la santé mentale (le MHI), recueillis auprès d'une importante cohorte de patients suivis en psychothérapie externe afin de modéliser leur trajectoire de changement. Ils ont ainsi pu estimer une réponse probable ou attendue au traitement basée sur les caractéristiques cliniques présentées par les patients au début des soins (l'intercept représentant le score du patient à la première séance et la pente ou slope représentant le taux de changement attendu en fonction du nombre de séances). Générer une trajectoire estimée de traitement pour chaque patient autorisant ainsi une comparaison entre son état, représenté par son score actuel, et la réponse attendue au traitement (permettant notamment l'affichage d'un feedback de la progression sous forme d'un graphique ou d'un message écrit) afin de déterminer si le patient nécessite un quelconque changement dans la délivrance des soins. Nous pouvons illustrer cette méthodologie en évoquant l'utilisation des courbes de poids et de taille qui sont reproduites dans les carnets de santé en France, et qui permettent au médecin, de cerner si le patient qui est

¹ Le modèle dose-effet postule une relation log linéaire entre le nombre de séances et l'efficacité au traitement, le modèle en phase postule que les patients traversent trois phases successives au cours de leur traitement (respectivement une phase de remoralisation rapide, de remédiation plus lente et enfin de réhabilitation progressive de leur fonctionnement).

reçu en consultation, s'inscrit dans la trajectoire d'une croissance normale, ou s'il s'écarte de ce qui est attendu pour sa classe d'âge.

Définition et principes généraux du Suivi Continu des Résultats (ROM)

Le Suivi Continu des Résultats (ROM) est donc une méthodologie qui s'appuie sur la mesure des résultats au cours de la thérapie. Ici les résultats sont (généralement) autoévalués par les patients (de l'anglais Patient Reported Outcome Measures - PROMS ou Résultats de Santé Rapportés par les Patients ; HAS, 2016)². Ces mesures auto-rapportées visent à recueillir l'expérience des patients quant à leur symptomatologie et à leur fonctionnement en lien avec leur qualité de vie, dans la perspective d'évaluer les résultats dus aux traitements. Dans cette approche, le patient est ainsi considéré, à juste titre, comme un expert dans l'expérience de sa propre santé (Kendrick et al., 2016). Il est usuel de parler de feedback pour désigner ce retour d'informations du patient vers le thérapeute et de situer cette approche dans le paradigme des Traitement Orientés par le Feedback que nous pouvons désigner sous l'acronyme TOF (de l'anglais Feedback Informed Treatment ou FIT).

De nombreux systèmes ROM ont été développés, pour être utilisés dans des contextes de soins et des classes d'âges variés. Par exemple, pour les consultations de soins externes, internes, à destination des enfants et des adolescents ou des adultes ; et leur présentation complète dépasserait largement le cadre de cet article. Néanmoins, le point commun de la plupart des systèmes de suivi (ou de gestion des résultats) est de viser à mesurer les signaux vitaux de la santé mentale et de la thérapie parce qu'il est maintenant clairement démontré que les cliniciens ont beaucoup de difficultés à discriminer ces signaux et à prédire les mauvais résultats de leurs patients (Lambert, 2017 ; Hannan et al., 2005).

Les indicateurs à suivre en continu

² Pour une présentation des PRO(MS) voire : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/colloquehas_session2_diaporama.pdf

La myriade de recherches sur l'efficacité des psychothérapies laisse ainsi émerger deux indicateurs qui seraient systématiquement associés aux meilleurs résultats à l'issue du traitement : une bonne alliance thérapeutique entre le praticien et son patient, et une réponse initiale positive au traitement.

L'alliance thérapeutique.

Il est maintenant établi que l'alliance thérapeutique prédit l'engagement des clients dans les soins, et que l'engagement des clients dans les soins soit un prédicteur de la réussite au traitement (Bertolino, et al., 2012 ; Orlinsky et al., 2003). L'alliance thérapeutique n'est pas un état fixé mais un processus dynamique en co-construction. Aussi, il est nécessaire de pouvoir évaluer sa qualité, de repérer de potentielles ruptures et d'y faire face.

Le processus de recueil du feedback en temps réel permet de répondre à ces enjeux (Bertolino et al., 2012). De plus, l'alliance thérapeutique évaluée par le clinicien prédit avec moins de fiabilité la réussite au traitement que l'alliance évaluée par le patient (Bachelor et Horvath, 1999). Il a été par ailleurs démontré qu'une alliance thérapeutique qui s'améliore en cours de traitement prédit de meilleurs résultats en fin de traitement et moins d'abandon pendant les soins (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). Pour utiliser une analogie de nature biologique, l'alliance thérapeutique désignerait le « pouls » de la thérapie et sa bonne variabilité serait liée à la bonne santé du processus thérapeutique.

Le degré de détresse psychologique

D'après les travaux de Howard et al. (1986), le changement en psychothérapie suit une loi dose-effet (et une trajectoire log-linéaire), avec une décélération au fil des séances. Même si les patients ne présentent pas tous une trajectoire identique, il est ainsi attendu que des changements positifs dans la symptomatologie se manifestent dans le cas de traitements efficaces plus tôt que tard ; et que la probabilité d'échec à l'issue du traitement augmente avec

la durée (le nombre de séances) pendant laquelle le patient ne rapporte pas de réels changements positifs (Lambert et al., 2004).

En outre, la sévérité de la détresse psychologique mesurée au début du traitement serait un prédicteur plus puissant de l'issue des soins que le diagnostic formel (Bertolino et al., 2012). Ainsi, des patients présentant un niveau de détresse plus élevés seraient plus à même de réaliser d'importants changements pendant la thérapie que des patients commençant la psychothérapie avec un faible niveau de détresse (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Monitorer la détresse psychologique, pourrait permettre de suivre l'évolution réelle des patients et surtout d'ajuster le « dosage », l'espacement des séances dans le temps, de terminer le traitement ou de considérer la nécessité d'impliquer un autre acteur de santé dans les soins. Pour utiliser une illustration naturaliste, le degré de détresse du patient serait lié au potentiel de croissance pendant le traitement et renseignerait sur le dosage des soins à lui prodiguer pour assurer au mieux son développement.

Des systèmes de feedback très différents

La plupart des systèmes de gestion des résultats mesurent le feedback du patient sur une symptomatologie liées à la santé mentale, qui renvoie à la mesure d'un construit de détresse psychologique générale. Cette détresse psychologique n'est bien entendu pas ici une constante fixée (trait) mais plutôt une variable fluctuante (état) qui est censée refléter le changement thérapeutique quand le traitement est efficace. Par exemple, l'Outcome Questionnaire de Lambert ou OQ-45.2 (OQ-45.2, Lambert & Burlingame, 1996a) et le questionnaire d'Impact OQ-22 (Lambert & Burlingame, 1996b ; en français MI-22, Flynn et al., 2003) sont des échelles qui mesurent le fonctionnement d'un patient sur la sphère individuelle, interpersonnelle et sociale. Et les scores sur ces dimensions sont censés évoluer favorablement si le traitement est efficace pour un individu donné et rester stable pour une personne, qui, devant les mêmes difficultés ne recevrait pas de traitement. L'échelle d'Évaluation des Résultats de la Séance

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

(Outcome Rating Scale ou ORS ; Miller et al., 2003), inspirée du questionnaire OQ-45 de Lambert, mesure un degré général de bien-être à partir de ces trois domaines de fonctionnement. Quand ce degré de bien-être est mesuré de telle sorte qu'un plus haut score au questionnaire renvoie à un meilleur bien-être perçu, le score est également censé se situer au-dessus du seuil clinique et rester relativement stable chez des patients ne présentant pas de problématique marquée ; alors qu'il est censé être significativement plus bas que le seuil clinique chez les patients suivis en thérapie, et il est attendu qu'il évolue à la hausse en cas de réussite du traitement.

Certains systèmes de gestion des résultats comprennent des échelles complémentaires comme par exemple une mesure de l'alliance thérapeutique. Le système PCOMS (Partners for Change Outcome Management System ou Partenaire pour le Changement Système de Gestion des Résultats, Miller et al., 2005) comprend à la fois un questionnaire d'évaluation des résultats de la thérapie et un questionnaire de mesure de l'alliance (respectivement les questionnaires ORS et SRS ; Miller et al., 2005). Ce système permet de recueillir et d'utiliser le feedback des patients pendant les soins pour mesurer, de séance en séance, le changement psychothérapeutique (augmentation, du degré de bien-être mesuré par l'échelle ORS) et l'évolution du rapport collaboratif (avec l'évolution positive des scores mesurés par l'échelle d'Évaluation de la Séance, ou Session Rating Scale ; SRS, Miller et al., 2005). Le processus clinique impliqué dans l'utilisation du feedback est alors quelque peu différent puisque sont utilisées par le praticien à la fois les données de suivi du changement, par exemple à chaque début de séance (avec l'échelle ORS), et à chaque fin de séance (avec l'échelle SRS) les données sur la qualité de la relation thérapeutique. Ces données sont par ailleurs aussi bien renvoyées au thérapeute qu'au patient. Ceci permet notamment d'engager le patient dans les soins et de créer, renforcer et réparer la relation thérapeutique. Dans le cas du système OQ-45, des outils complémentaires de support clinique (Clinical Support Tools) permettent également

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

d'évaluer l'alliance thérapeutique, les besoins, et la qualité du réseau social, mais sont eux administrés uniquement si le patient s'éloigne significativement de la trajectoire espérée de changement fiable prédite par l'algorithme.

Le feedback recueilli peut donc également différer sensiblement selon les dispositifs, en étant « renvoyé » uniquement au clinicien, au patient, ou aux deux parties prenantes (comme dans le système PCOMS) ; avec l'implication de processus de changement associés différents. De même, tous les systèmes de feedback ne se basent pas sur la même temporalité (par exemple avec un recueil au début et à la fin de la séance, un feedback immédiat ou renvoyé avec un délai entre les séances).

En outre, les mesures peuvent être administrées sous la forme traditionnelle de questionnaires papier-crayon et les résultats sont analysés par le clinicien, en fonction de seuils et d'indices de changement fiables fournis par les concepteurs des questionnaires ; et établis à partir de données normatives sur des échantillons cliniques et non cliniques (et notamment calculés à partir des formules de Jacobson & Truax 1991). Ou bien administrées à l'aide d'outils informatiques (ordinateur, tablette, smartphone). Et, ici, en fonction des données normatives disponibles, la trajectoire actuelle du patient peut être comparée aux données obtenues à partir de larges échantillons de patients ayant suivi une thérapie (benchmarking). Dans ces conditions, le logiciel peut même utiliser un algorithme prédictif et alerter les cliniciens sur l'éventualité d'un mauvais résultat à l'issue du traitement, désignant les patients à risque de mauvais résultats ou NOT (de l'anglais NOT ON TRACK) ou ceux qui répondent positivement au traitement ou ON (de l'anglais ON TRACK) ; et/ou suggérer une marche à suivre pour remédier à la situation (par exemple discuter des objectifs du traitement avec le patient ou considérer une consultation médicale).

Enfin, selon les dispositifs techniques, il est possible d'envisager le calcul de l'efficacité clinique, aussi bien au niveau individuel que pour un groupe de cliniciens ou une institution de

santé, ce qui permet de documenter les effets dus au traitement ; ou de travailler en continu selon les principes de la pratique délibérée pour acquérir de nouvelles compétences (Ericsson, 2006). Les systèmes de feedback et les contextes d'utilisation varient donc considérablement ; aussi il serait hasardeux d'interpréter les résultats liés à l'efficacité de ces interventions sans tenir compte de ces variables potentiellement confondantes. Enfin, il est à noter que les systèmes de feedback ont initialement été développés pour les patients suivis en consultation externe (counseling ou psychothérapie).

Revue générale de la littérature sur les effets liés aux pratique ROM

Poser des questions différemment amène à plus ou moins restreindre le champ des réponses. Ainsi, interroger un phénomène par une question fermée (par exemple « est-ce que cette intervention est efficace » ?) ne permet pas d'envisager une réponse qualitativement graduée (« efficace selon quels contextes ? »). Aussi, il est nécessaire d'être prudent, en considérant les différents dispositifs d'analyse des effets dus au feedback, avant de généraliser les résultats. Les essais contrôlés, randomisés ou non, et les Méta-analyses de ces mêmes essais aboutissent à des traitements de l'information très différents. Ainsi, agréger les résultats des ECR, dans une méta-analyse sur les effets du feedback, avec par exemple des patients suivis en consultation interne et externe peut aboutir à une taille de l'effet réduite et non significative si l'intervention est efficace dans un contexte de soin, mais pas dans l'autre ; et cela souligne l'intérêt de l'analyse des modérateurs. La conclusion générale à retirer de ce résultat peut cacher un autre résultat intéressant et cliniquement significatif. Aussi, le choix des critères d'inclusion dans les revues et les méta-analyses est prépondérant (le fameux « garbage in- garbage out ») ; tout comme la vérification de la comparabilité des résultats (« le système de feedback est-il structurellement implémenté de la même façon - utilisé de manière similaire dans ces contextes de soins différents ? »).

Pour éclairer quelque peu ces points, nous allons croiser les données issues des revues de la littérature concernant le ROM (incluant plus spécifiquement l'OQ-45 et le système PCOMS), en évoquant la recension de la littérature de Schuckard & Miller (2016), et les méta-analyses disponibles (Lambert, 2001 ; Knaup et al., 2009 ; Lambert et Shimokawa, 2011 ; La revue systématique Cochrane et la méta-analyse de Kendrick et al., 2016 ; Østergård et al., 2018). Il n'est pas, selon nous, souhaitable de présenter ici toutes les études répertoriées, ce qui reviendrait à reproduire le travail de revue systématique et/ou de méta-analyse à partir d'éléments déjà plusieurs fois « revus » et « méta-analysés » ; mais nous pouvons réaliser une analyse comparative critique des différences de résultats, contextuellement circonscrite et à même d'éclairer les variables les plus significatives quant à l'utilisation du SCR en général et du système PCOMS en particulier.

En premier lieu, la sélection des études est bien entendue importante et les critères divergent selon les auteurs. Par exemple, la décision d'inclure une étude sur la base de la présence d'une mesure PROM ou dite de « feedback » est parfois hasardeuse. Ainsi, plusieurs études issues de la Méta-analyse de Knaup et al. (2009) par exemple, posent problème selon Schuckard et al. (2016) parce qu'il ne s'agirait pas d'études relatives au feedback. Par exemple, l'article d'Ashaye et al. (2003) inclus dans cette méta-analyse, documente un ECR randomisé chez des patients âgés de 65 ans et plus, suivis en hôpital de jour ; la mesure utilisée est une échelle d'évaluation des besoins des personnes âgées qui est en fait cotée par le clinicien (hétéro-évaluée) ; l'évaluation ne répond pas à l'acceptation générale des mesures auto-rapportées désignant les PROMS. Bien que de manière quelque peu surprenante, dans la revue Cochrane, les PROMS soient définis principalement comme des mesures évaluées coté patient mais qui peuvent également faire l'objet d'une évaluation et d'une interprétation par le thérapeute, avec le patient. La définition commune des PROMS et du National Health Service anglais (NHS), par exemple, est plus restrictive puisqu'elle désigne les échelles auto rapportées

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

(Kingsley et al., 2017). L'étude de Marshall et al. (2004), également incluse dans cette méta-analyse, est critiquée comme n'étant pas, non plus une étude de feedback par Schuckard et al. (2016) : dans cette recherche le « feedback » est une évaluation standardisée collectée et générée par une infirmière au coordinateur de soins.

Ensuite, les études peuvent être exclues car elles correspondent plutôt à de la littérature « grise » même si elles sont disponibles (non publiées dans une revue à comité de lecture par exemple). Ainsi, l'étude de Bauer et al. (2004), avec des patients âgés de 18 à 79 ans suivis en consultation interne, est également critiquée par ces auteurs car c'est une étude non publiée (dissertation de thèse en allemand). Selon Knaup et al. (2009), qui l'incluent dans leur analyse, elle présenterait une taille de l'effet due au feedback non significative et très faible sur la santé mentale à court terme (phase 3 et 4) et une taille de l'effet due au feedback faible et positive sur la durée du traitement (en phase 4). L'étude de Trudeau et al. (2001) avec 127 patients adultes et suivis en consultation externe est également une dissertation non publiée (avec des effets non significatifs) et critiquée pour cette raison. Nous pouvons noter, enfin, une très grande hétérogénéité d'échelles de mesures considérées dans certaines études comme la méta-analyse de Knaup et al. (2009 ; échelles de besoins, de symptômes, échelles d'alliance, de mesures du support social, etc) de même à affecter les résultats finaux. Certaines études peuvent être également exclues parce qu'elles ne répondent pas à la définition formelle de l'ECR. C'est par exemple le cas de l'étude de Brodey et al. (2009) qui est pourtant reprise dans la méta-analyse de Knaup et al. (2009) mais qui est disqualifiée par la revue Cochrane (Kendrick et al. (2016)), une PROM ne serait pas utilisée pour le suivi des résultats dans cette recherche.

Principaux résultats de la littérature

La recension de Schuckard et Miller (2016) sur le ROM et le système PCOMS aboutit à une synthèse positive, avec dans l'ensemble des effets prometteurs dus à l'utilisation des systèmes ROM (Miller, et al., 2015). Ainsi, ils suggèrent que, selon les études, l'utilisation du

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

Routine Outcome Monitoring serait associé à une diminution des taux d'abandon (qui pourrait atteindre 50%), à une diminution du nombre de patients qui voient leur état se détériorer pendant les soins (jusqu'à 33 %) et à une augmentation du taux de changement cliniquement significatif qui pourrait être doublé (défini par la conjonction du passage du statut clinique à non clinique et d'un changement dépassant un score de changement fiable). Des gains secondaires sont également rapportés au regard des dépenses de santé qui seraient diminuées (Cazauvieilh, 2013, 2014, 2015, 2018).

Des effets positifs pour les patients NOT

Des effets positifs liés aux patients qui ne s'amélioraient initialement pas, pendant la thérapie, sont notamment rapportés dans la méta-analyse de Lambert et al. (2003) qui reprend trois ECR, compilant les données obtenues avec une population de 2602 patients suivis en consultation externe pour des difficultés personnelles, avec le système OQ-45 (feedback au clinicien). Cette méta-analyse présente un résultat positif avec une taille de l'effet moyenne de .39 en faveur de la condition feedback, c'est à dire que quand les thérapeutes obtiennent le signal (négatif) que les patients ne sont pas en train de s'améliorer (en comparaison de la condition non feedback). Le taux de détérioration est également réduit (de 8%) quand sont comparées les condition feedback et non feedback pour ces patients NOT. Il est à signaler que, dans une des études (Whipple et al., 2003), le feedback est complété en cas de mauvaise réponse à la thérapie du patient par une aide clinique supplémentaire apportée aux cliniciens (Clinical Support Tools), sur l'alliance thérapeutique, les besoins du patient et son support social. Enfin, dans cette étude, le feedback exercerait également un effet sur les résultats déjà positifs au traitement puisqu'aussi bien les patients NOT que ON, c'est à dire l'échantillon total en condition feedback seraient améliorés par rapport au groupe contrôle (avec une taille d'effet faible mais significative de 0.09 en faveur du feedback).

Des effets positifs pour tous les patients (NOT et ON)

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

Des effets positifs dus au feedback pour tous les patients (NOT et ON) sont également retrouvés dans l'étude de Berking et al. (2006), avec une population clinique souffrants d'anxiété et de dépression suivis en soins externes. Ici la taille de l'effet est importante (de .48 à .50 selon les questionnaires utilisés) ; et un effet positif du feedback sur la santé mentale à court terme est également rapporté ($g=.45$, IC (.06 , .85), $p=.02$, Knaup et al., 2009) . Le même type d'effet sur la population totale est rapporté dans l'étude de Harmon et al. (2007), pour des patients suivis en soins externes et présentant des problématiques variées (trouble de l'humeur, anxiété, troubles de l'ajustement). Le feedback enrichi par les outils de support clinique est ici efficace et double le taux de changement cliniquement significatif. Mais la provision au patient du feedback, en plus de la provision au clinicien, n'a pas d'effet significatif. Il n'y a au final pas d'effet du feedback sur le nombre de séance chez les patients en condition ON TRACK mais un effet constaté avec les patients NOT. L'effet faible du feedback sur tous les patients, avec une taille de l'effet de .10), est également retrouvé dans la méga-analyse de Lambert et Shimokawa (2011), comprenant les données de 6 ECR ; avec un effet fort pour les patients NOT (de .40 à .70 selon Schuckard et al., 2016).

Des effets positifs quand le feedback est renvoyé au patient

Des effets positifs modérément accentués quand le feedback est renvoyé aussi bien au thérapeute qu'au patient, sont retrouvés dans l'ECR de Hawkins et al. (2004) avec 201 patients adultes suivis à l'hôpital (interne) pour des troubles de l'humeur ($d = .33$). Dans cette recherche, les progrès sont mesurés par l'OQ-45 et des recommandations étaient renvoyées au thérapeute (graphiques et textes), tandis que des messages écrits spécifiques sont renvoyés aux patients. L'étude documente aussi une amélioration globale pour tous les patients en condition feedback ($d=.31$). Par contre il n'y a pas d'effets significatifs constatés sur la santé mentale à court terme ($g=.14$, IC (-.20, .48), $p=.43$; Knaup et al.(2009)). A signaler que la durée du traitement des patients NOT est doublée du fait du feedback.

Une réduction des dépenses de santé

Des effets positifs liés aux coûts de santé sont notamment retrouvés dans l'étude de Slade et al. (2006) avec une population de patients suivie en soins externes et présentant des troubles psychotiques. Le feedback graphique et textuel des besoins des patients, de leur qualité de vie et de l'alliance est renvoyé au clinicien. L'intervention n'entraîne pas de différence mesurée dans les résultats mesurés par trois questionnaires mais elle réduit les admissions et la durée de séjour (de 16,4 jours à 3,5 jours), avec une réduction du coût en condition feedback rendant l'intervention efficace par rapport aux coûts. Il n'y a pas eu d'effets significatifs sur la santé mentale à long terme constatés par ailleurs ($g = -.03$, IC $(-.37, .32)$, $p = .88$, Knaup et al. (2009).

Un effet sur la symptomatologie

Des améliorations dans la rémission de certains symptômes en condition feedback sont également rapportées ; par exemple dans l'étude de Schmidt et al. (2006) sur la restriction alimentaire et les vomissements, bien que l'effet global sur la santé mentale à court terme ne soit pas significatif ($g = .37$, IC $(-.31, 1.06)$, $p = .28$), Knaup et al., 2009). Dans l'étude de Brodey et al. (2005), les symptômes dépressifs sont réduits, avec un effet faible mais cliniquement significatif. Il est à noter que cette étude a été écartée de la revue Cochrane en raison du non usage d'un PROM pour le Routine Outcome Monitoring, mais qu'elle est listée par Knaup et al., 2009 (qui rapportent par ailleurs un effet non significatif du feedback sur la santé mentale à court terme).

Un effet positif du au feedback instantané

Des effets supplémentaires sont constatés quand le feedback est renvoyé de manière immédiate à l'aide d'un outil informatique au clinicien, plutôt que de manière espacée dans le temps pour les patients en condition ON (Slade et al., 2008).

Un effet global sur le traitement

Enfin, des effets positifs compilés sur les résultats et la diminution des durées de traitements sont retrouvés dans la Méta-analyse de Lambert et al. (2011) de 9 ECR pour les systèmes OQ-45 et PCOMS (Miller et al., 2015).

Synthèse des données issues de la méta-analyse

La méta-analyse de Knaup et al. (2009) compile ainsi les données de 12 ECR (patients interne et externe, avec une grande variété de présentation dans la sévérité des troubles psychologiques) et rapporte une taille d'effet faible mais significative sur la santé mentale mesurée à court terme ($d=.10$) ; avec un effet non significatif sur la santé mentale à long terme et un effet non significatif sur la durée du traitement. Par contre, il est suggéré dans l'analyse des modérateurs que le feedback apparaîtrait comme plus efficace sur la santé mentale à court terme, quand il comprendrait des informations sur les progrès du patient, et non pas seulement des informations de simple renvoi de son statut clinique (score) ; quand les informations seraient renvoyées aussi bien aux patients qu'au thérapeute, et de façon continue (plus d'une fois).

La Méta-analyse Cochrane (2016)

La revue Cochrane (Kendrick et al., 2016) compile les données de résultats de 17 études et 8787 participants présentant des troubles mentaux (les plus communément représentés) et une méta-analyse de 12 ECR incluant 3696 participants utilisant l'OQ-45 et/ou le système PCOMS. Le résultat principal de l'analyse agrégée laisse apparaître qu'il n'y a pas de différence significative de résultats, en termes de symptomatologie, entre les conditions feedback et non feedback (différence moyenne standardisée de -0.07 , 95% IC($-0.16 - 0.01$); $p = 0.10$), sachant que l'information disponible pour émettre ce résultat est jugée par les évaluateurs comme étant de faible qualité ; en raison du risque de biais dû à l'absence de dispositif de contrôle en aveugle pour les praticiens et de la perte de données en cours d'étude (attrition). En outre, une seconde méta-analyse de sept études investiguant sur l'impact du feedback dans la gestion des soins, et

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

incluant 2608 patients, ne révèle pas de différence significative due au feedback (avec une différence moyenne de -0.02 sessions, 95% IC (-0.42, 0.39); $p=0.93$)), avec des données jugées de faibles qualités. Enfin, avec une sous analyse post-hoc incluant les données de 923 participants, il est retrouvé un résultat qui va dans le sens d'un consensus quant à l'efficacité des systèmes ROM : avec des résultats significativement moins bons pour les patients à risque en début du traitement (ou en condition NOT) qui ne bénéficient pas de la condition feedback (dans 10 études utilisant soit l'OQ-45, soit le PCOMS et avec une moyenne standardisée des résultats de -0.22, 95% IC (-0.35 , -0.09; $P<.01$) $I^2 = 0\%$) ; les données disponibles sont également jugées de basse qualité.

Du fait de ces limitations, les auteurs concluent qu'ils disposent de preuves insuffisantes pour recommander l'utilisation du SCR dans le traitement des troubles mentaux communs ou pour la gestion des soins, mais que ces résultats sont sujet à une incertitude considérable en regard du risque très élevé de biais. Et que de nouvelles études, qui pourraient de ce fait avoir un impact important, sont donc nécessaires. Ils recommandent de résoudre les problèmes liés aux pertes de données, de documenter les effets secondaires dans les recherches, les coûts et de suivre les patients plus longtemps (plus de 6 mois dans le temps). A ce sujet, l'étude de Chang et al. (2012) documente avec une qualité modérée des données, qu'il n'y a pas d'augmentation du risque suicidaire dans une cohorte de sujets en condition feedback. Ce point va dans les sens de la revue de Dazzi et al. (2014), sur l'impact de l'auto-évaluation des patients, documentant qu'interroger les patients sur leur propre santé mentale n'aurait pas d'impact négatif (et pourrait même avoir des conséquences positives).

Les auteurs tentent cependant d'expliquer ces résultats moins positifs dans les effets dus au feedback par plusieurs facteurs potentiels : des études différentes ont été incluses depuis les méta-analyses initiales ; des résultats divergents sont dus aux critères d'inclusion divergeant de ceux utilisés pour les méta-analyses initiales ; avec par exemple, des études qui ne rentrent pas

dans leur définition formelle des ECR et qui présenteraient donc un risque plus élevé de biais (par exemple dans la méta-analyse de Lambert et Shimokawa (2011), chez Harmon et al. (2007), Slade et al. (2008)). En effet, dans certaines études, le groupe contrôle était constitué de données de patients archivées, et non pas de patients randomisés formellement. Enfin, une troisième explication serait liée aux effets d'allégeance des auteurs des échelles à leur propre rationnel de traitement qui pourrait donc influencer les résultats (sans pouvoir toutefois retrouver de véritables différences dans les résultats entre les interventions données par les concepteurs de ces systèmes de feedback qui supporteraient cette hypothèse).

Ces données vont, en outre, dans le sens d'études récentes concernant l'utilisation du feedback en contextes de soins psychothérapeutiques, où le SCR bénéficiait uniquement aux patients NOT (par exemple Davidson, 2014). Il est rappelé que certaines caractéristiques sont considérées comme des modérateurs potentiels de l'effet du au feedback (De Jong (2012) : des caractéristiques liées aux thérapeutes, sont en effet associées à l'amélioration des patients en condition NOT (l'engagement à utiliser le feedback ou feedback propensity chez le thérapeute, la validité perçue du feedback, et l'auto-efficacité des thérapeutes). Enfin ils citent les suggestions de Krageloh (2015) quant au fait que le contexte, par exemple le contexte de soins, ou la structure, permette une plus ou moins grande latitude de discussion du feedback avec les clients ; l'utilisation de supports informatiques, la fréquence du feedback, ou la discussion des PROMS avec les cliniciens seraient à même d'amener à des résultats différents. A ce sujet, il n'a pas été retrouvé de différences entre les résultats des thérapeutes en condition enrichie par les outils de support clinique (CST) et pas de différences de résultats entre les conditions où le feedback serait donné à la fois au patient et au clinicien. Cela n'exclut pas le rôle potentiel de la flexibilité du thérapeute dans la distribution et l'utilisation du feedback et nous allons éclairer ces éléments de contextualisation des interventions, à même de modérer leur efficacité, par les dernières données disponibles quant au système PCOMS.

La Méta-analyse de Østergård et al. (2018)

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature suivie d'une méta-analyse des résultats du système PCOMS (ORS et SRS), comprenant les données de 14 ECR et de 4 études contrôlées non-randomisées. La conclusion générale de l'étude est que l'utilisation du feedback PCOMS améliore significativement les résultats, en termes de symptômes généraux ($g=.27$, $p=.01$), et il n'y aurait pas d'amélioration significative des clients NOT, due au feedback, avec une importante hétérogénéité entre les études. L'analyse de modulation révèle un effet non significatif de PCOMS en contexte psychiatrique (même avec une allégeance non négative des chercheurs à PCOMS ; $g = 0.10$, $p = .144$), et un effet positif du feedback en contexte de counseling ($g = 0.45$, $p < .001$), qui pourrait être lié à des effets d'allégeance ou à l'utilisation unique de PCOMS comme mesure des résultats. Les auteurs suggèrent plusieurs explications à ces résultats : Les patients suivis en psychiatrie pourraient présenter des troubles plus sévères et nécessiter des soins plus directifs alors que PCOMS encourage un rapport collaboratif. Il pourrait aussi être démoralisant pour ces patients de recevoir un feedback négatif sur leur progression, du fait de leur état plus altéré. Et enfin, est avancé une hypothèse qui nous semble de première importance, à savoir que le contexte de soins psychiatriques, avec des facteurs organisationnels liés notamment au (manque de) temps pourrait compliquer la nécessaire flexibilisation du traitement ; Les auteurs citent Davidsen et al. (2017) qui suggèrent qu'un programme standardisé de soins pourrait empêcher le thérapeute d'utiliser le feedback pour modifier le traitement (ce qui selon nous constitue l'essence de ces interventions) ; en outre dans ce contexte de soins pluridisciplinaires avec l'interaction des patients et d'acteurs très différents, les effets de PCOMS pourraient être « brouillés ».

Discussion

Un consensus semble donc se dégager quant à l'impact significatif des systèmes de feedback sur les résultats des traitements psychothérapeutiques pour les patients à risque de se détériorer (patients NOT). Même si les données disponibles ne vont pas toutes exactement dans la même direction, et que la qualité variable des études ne permet pas de trancher sans incertitude, le Suivi Continu des Résultats apparaîtrait plus effectif en impliquant aussi bien le thérapeute que le patient, avec une administration au cours de la séance. Il apparaîtrait également plus efficace s'il était renvoyé en continu au cours du traitement et comprendrait des informations sur les progrès des patients, en plus des données de scores bruts, qui seraient éventuellement partageable avec ces derniers. Ceci souligne qu'il ne suffit pas d'administrer des échelles de feedback pour obtenir de meilleurs résultats mais que de nouvelles recherches sont nécessaires en vue de découvrir quels sont les contextes qui favorisent les effets du feedback en thérapie (les modérateurs). En effet, la littérature n'apporte pas non plus de données convaincantes sur le fonctionnement de cet effet feedback en psychothérapie, et de nouveaux modèles d'analyse du feedback en thérapie pourrait ainsi être proposés à partir des données que nous avons recensées, et être potentiellement éprouvés.

Les évaluateurs de la revue Cochrane concluent également que de nouvelles recherches incluant des patients notamment traités avec des médicaments, comme c'est souvent le cas dans la prise en charge des troubles mentaux communs, en première intention, doivent être développées dans les contextes de soins primaires. Et rajoutent qu'il est préférable d'utiliser

des PROMS plus court, tel que l'échelle ORS, qui peuvent être complétés rapidement par les patients et dont le feedback pourrait être utilisé par les cliniciens, dans les contextes de soins où le temps et les ressources sont limités.

En effet, l'échelle ORS, qui est partie intégrante du système PCOMS, inscrit au répertoire américain des pratiques et des programmes empiriquement validés, possède des qualités psychométriques documentées, et est accompagnée d'un programme d'implémentation associé aux données relatives aux coûts d'utilisation et de formation³. Ce système a par ailleurs démontré son utilité dans les contextes de soins où les échelles plus longues risquent d'être abandonnées par les thérapeutes (Brown, Dreis, & Nace, 1999; Miller, et al., 2003; Seidel et al., 2016). Le système PCOMS a notamment été validé en Allemand (Janse et al., 2014), et plus récemment en espagnol (Moggia et al. 2018). Ces outils ouvrent la voie à de nouvelles recherches sur la pratique ROM dans des contextes de soins variés, à même d'amener à une meilleure compréhension des effets du feedback en psychothérapie.

³ . (National Registry of Evidence-Based Practice and Programs (EBP-NREPP))
<http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249>).

REFERENCES

- Ashaye OA, Livingston G, Orrell MW. Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging Ment Health* 2003; 7: 195–9.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkham, M., & Margison, F. (January 01, 2008). Practice-based Evidence as a Complement to Evidence-based Practice: From Dichotomy to Chiasmus. 443-476.
- Bauer S. Outcome Monitoring and Feedback: Strategies for Optimisation of Inpatient Psychotherapy? (in German). Doctoral Thesis (PhD), Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Tübingen, Germany, 2004.
- Berking M, Orth U, Lutz W. Effects of systematic feedback to the therapist on patient progress. An empirical study in a cognitive-behavioral inpatient setting (in German). *Z Kl Psych Psychot* 2006; 35: 21–9.
- Bertolino, B., Bargmann, S., & Miller, S. (2012). International Center for Clinical Excellence manuals on feedback-informed treatment (FIT): Manual 1--What works in therapy: A primer. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence.
- Brodey BB, Cuffel B, McCulloch J, Tani S, Maruish M, Brodey I, et al. The acceptability and effectiveness of patient-reported assessments and feedback in a managed behavioral healthcare setting. *Am J Manag Care* 2005; 11: 774–80.
- Brown, J. Dreis, S., & Nace, D. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 389–406). Washington, DC: APA Press.

TITRE COURANT : LE SUIVI CONTINU DES RESULTATS

- Cazauvieilh, C. (2013, novembre). Évaluer et améliorer l'efficacité des psychothérapies : adaptation française d'un système de suivi des résultats thérapeutiques et étude prospective des processus participants au changement. Communication publique présentée au séminaire de l'école doctorale SP2, Université Bordeaux II, Bordeaux.
- Cazauvieilh, C. Améliorer son efficacité clinique et dynamiser sa croissance professionnelle : des méthodes simples au service du changement. Session de poster, vendredi 12 décembre 2014, congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC), Paris, maison de la chimie.
- Cazauvieilh, C (2015). De la lutte pour ressentir à l'acceptation pour mieux agir. Une approche ACT intégrative du traitement des attaques de panique et des expériences de dépersonnalisation-déréalisation. In Seznec, J.C. (Ed.), ACT: applications thérapeutiques. Paris: DUNOD.
- Cazauvieilh, C. (2018, September 11). Fonctionnements et dysfonctionnements des psychothérapies : synthèse de la littérature et présentation de deux méthodologies associées aux meilleurs résultats. Retrieved from psyarxiv.com/9puk2
- Chang TE, Jing Y, Yeung AS, Brennenman SK, Kalsekar I, Hebden T, et al. Effect of communicating depression severity on physician prescribing patterns: findings from the Clinical Outcomes in MEasurement-based Treatment (COMET) trial. *General Hospital Psychiatry* 2012;34:105-12. [DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2011.12.003].
- Crawford, M., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Parry, G. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260-265. doi:10.1192/bjp.bp.114.162628.
- Davidson, A. H., Poulsen, S., Lindschou, J., Winkel, P., Tróndarson, M. F., Waadegaard, M., & Lau, M. (2017). Feedback in group psychotherapy for eating disorders: A randomized

- clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 484-494.
<http://doi.org/10.1037/ccp0000173>.
- Davidson, K., Perry, A., & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy*, 88(1), 21-37. <http://doi.org/10.1111/papt.12032>.
- Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44:3361–3. [PubMed].
- De Jong, K., van, S. P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 4, 464-474.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P., & Hoffman, R. (Eds.). (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press.
- Flynn, R.J., Aubry, T.D., Guindon, S., Tardif, L., Viau, M. Et Gallant, A. (2003). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J. Clin. Psychol.*, 61(2), 155–163. doi:10.1002/jclp.20108

- Harmon, C., Lambert, M., Smart, D., Nielsen, Slade, K., Lutz, W. (2007). Psychotherapy Research, 17(4), 379-392.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American Psychologist*, 51, 10, 1059-64.
- Hawkins EJ, Lambert MJ, Vermeersch DA, Slade KL, Tuttle KC. The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychother Res* 2004; 14: 308–27.
- Jacobson, N. (January 01, 1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1.).
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van, D. M. K., Verbraak, M. J. P. M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2014). Measuring Feedback From Clients: The Psychometric Properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30, 2, 86-92.
- Kendrick T., El-Gohary M., Stuart B., Gilbody S., Churchill R., Aiken L., Bhattacharya A., Gimson A., Brütt AL., de Jong K., Moore M.. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD011119. DOI: 10.1002/14651858.CD011119.pub2.

- Kingsley, C., Patel, S., (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures, *BJA Education*, Volume 17, Issue 4, Pages 137–144, <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22.
- Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P., & Siegert, R. J. (March 01, 2015). Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services: A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, 66, 3, 224-241.
- Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (1996a). Outcome Questionnaire (OQ 45.2). Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (1996b). Outcome Questionnaire (OQ HAI-22). Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 159-172.
- Lambert M, J, Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychother Psychosom* 2017;86:80-89.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (January 01, 2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy (chicago, Ill.)*, 48, 1, 72-9.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. and Smart, D. W. (2003), Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-

Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 288-301.
doi:[10.1093/clipsy.bpg025](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025).

Marshall M, Lockwood A, Green G, Zajac-Roles G, Roberts C, Harrison G. Systematic assessments of need and care planning in severe mental illness: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 163–8.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2), 91–100.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2, 199.

Miller, Scott & A Hubble, Mark & Chow, Daryl & Seidel, Jason. (2015). Beyond Measures and Monitoring: Realizing the Potential of Feedback-Informed Treatment. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 52. 449-457. 10.1037/pst0000031.

Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (July 30, 2018). Psychometric Properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish Clinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 21.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.

Østergård, O. K., Randa, H., & Hougaard, E. (2018). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy - a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2018.1517949

Schmidt U, Landau S, Pombo-Carril MG, Bara-Carril N, Reid Y, Murray K, et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care

in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *Brit J Clin Psychol* 2006; 45: 111–21.

Schuckard, E., & Miller, S. D. (2016). Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence. Chicago, IL. <https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf>.

Seidel, J. A., Andrews, W. P., Owen, J., Miller, S. D., & Buccino, D. L. (2017). Preliminary validation of the Rating of Outcome Scale and equivalence of ultra-brief measures of well-being. *Psychological Assessment*, 29 (1), 65–75. doi:10.1037/pas0000311.

Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Vol. 15, No. 5, Pg. 287-303

Slade M, McCrone P, Kuipers E, Leese M, Cahill S, Parabiaghi A, et al. Use of standardised outcome measures in adult mental health services. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 330–6.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547–559.

Trudeau LS. Effects of a Clinical Feedback System on Client and Therapist Outcomes in a Rural Community Mental Health Center. Doctoral Thesis 21 (PhD), Institute for Social and Behavioral Research, Iowa State University, USA, 2001.

Whipple JL, Lambert MJ, Vermeersch DA, Smart DW, Nielsen SL, Hawkins EJ. Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *J Couns Psychol* 2003; 50: 59–68.