

Un outil facile pour mesurer la réponse d'une psychothérapie : l'OQ-45

Une entrevue avec le D^r Michael J. Lambert, professeur de psychologie à l'Université Brigham-Young

De passage au Québec en octobre prochain pour participer au Congrès 2010 de l'Ordre des psychologues, l'émérite D^r Michael J. Lambert, professeur de psychologie et titulaire de la Chaire Susa-Young-Gates à l'Université Brigham-Young, tiendra un atelier de formation sur son nouvel outil de suivi en temps réel de la psychothérapie, l'*Outcome Questionnaire* (OQ-45). Cet entretien avec le D^r Lambert vous livre un aperçu du contenu de son atelier...auquel vous devrez vous inscrire rapidement si vous désirez y assister. Les places sont limitées!

PQ : DANS VOTRE RÉCENT LIVRE, *PREVENTION OF TREATMENT FAILURE: THE USE OF MEASURING, MONITORING, AND FEEDBACK IN CLINICAL PRACTICE*, VOUS DÉCRIEZ UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES PATIENTS AU COURS DE LA THÉRAPIE. POUVEZ-VOUS NOUS EXPLIQUER CE QUI VOUS A MENÉ À RÉDIGER CET OUVRAGE ET QUELS LECTEURS BÉNÉFICIERAIENT DE SA LECTURE?

MJL : Nous avons mené des travaux de recherche dans ce domaine depuis environ 15 ans et je voulais regrouper les résultats pour décrire le projet de recherche dans son ensemble. Ce livre présente des données convaincantes démontrant la pertinence de cette nouvelle méthode et décrit comment l'appliquer. Je crois que cet ouvrage serait utile aux psychologues et aux autres professionnels de la santé mentale, particulièrement les psychothérapeutes en formation et leurs formateurs. Les directeurs de cliniques peuvent également s'y intéresser, car la méthode peut être mise en œuvre dans des systèmes de soins de grande envergure.

PQ : LE PREMIER CHAPITRE DE VOTRE LIVRE S'INTITULE « FOUNDATIONS AND CONTEXTS FOR A NEW PARADIGM ». JE CROIS QUE DE NOMBREUX LECTEURS SE DEMANDERONT : « QUEL EST LE PARADIGME ACTUEL? »

MJL : Selon le paradigme actuel, nous les cliniciens, nous nous trouvons dans une pièce fermée où le patient décide habituellement si le traitement doit prendre fin, et c'est à nous de déterminer si le traitement a été efficace ou non. Dans la pratique courante, on procède rarement à l'évaluation formelle ou au suivi de la réponse des patients selon des construits comme la dépression ou l'anxiété; nous devons donc effectuer des évaluations informelles basées sur ce que nos clients nous communiquent. Si je consulte mon médecin pour traiter ma maladie chronique, je veux qu'il mesure ma tension artérielle afin de déterminer si mon traitement est efficace, si je reçois la dose appropriée, si je fais suffisamment d'exercice, ou si je devrais envisager de recourir à un autre traitement médicamenteux. Le médecin peut me demander comment je me sens, ce qui est important certes, mais mes symptômes sont également mesurés de façon formelle. Cela ne correspond pas aux normes de la pratique courante, ou paradigmes, en psychothérapie. Nous voulons instaurer une méthode d'évaluation du fonctionnement qui soit plus formelle.

PQ : À QUOI RESSEMBLE VOTRE NOUVEAU PARADIGME?

MJL : Nous avons mis au point l'*Outcome Questionnaire* (OQ-45) afin d'évaluer formellement le traitement sur une base hebdomadaire. Ce questionnaire comporte 45 questions concernant la vie des patients, par exemple : « Combien de fois avez-vous songé à vous suicider? », « Sentez-vous que vous avez un lien étroit avec les autres? », ou « Ressentez-vous du stress au travail? ». Si les cliniciens posent toutes ces questions, il resterait peu de temps pour la psychothérapie. Or, ce nouveau paradigme nous



Invité international

Psychologue et chercheur de renommée internationale, le Dr Michael J. Lambert a édité, écrit ou coécrit neuf ouvrages académiques axés sur la recherche, 40 chapitres de livres, et a publié au-delà de 150 articles scientifiques sur les résultats thérapeutiques. Ses travaux de recherche s'intéressent aux résultats et aux processus psychothérapeutiques, ainsi qu'à l'évaluation des changements. Dr Lambert animera un atelier à Québec, le 29 octobre 2010, lors du Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.

permet de recueillir ces informations rapidement, de les coter et de les présenter instantanément sous forme de graphique. Les cliniciens peuvent voir si le fonctionnement du patient est loin de la normale, si le patient évolue de la même façon que les autres patients vivant le même niveau de détresse, s'il n'est pas sur la bonne voie, ou si son fonctionnement est maintenant normal. Cela peut se faire de façon routinière, bien simplement, avec un minimum d'effort de la part du clinicien.

PQ : À QUEL ENDROIT LES THÉRAPEUTES PEUVENT-ILS SE PROCURER L'OUTCOME QUESTIONNAIRE? CE DOCUMENT EST-IL OFFERT EN VERSION FRANÇAISE?

MJL : Les thérapeutes peuvent acheter l'OQ-45 en ligne, via le site Web OQ Measures : www.oqmeasures.com. Les questionnaires OQ-45 et OQ-30, la version abrégée du OQ-45, sont tous deux offerts en français. Tim Aubry et ses collègues de l'Université d'Ottawa ont traduit les mesures en français – il s'agit peut-être bien de notre première traduction. Ils ont utilisé l'OQ-30 auprès des patients des services communautaires de santé mentale et il semble que cela ait fonctionné à merveille. Nous ne disposons pas de courbes de guérison escomptée concernant uniquement les francophones, car cela nécessite la collecte de nombreuses données. Je ne sais pas si les Canadiens francophones ont répondu différemment des Canadiens anglophones aux questions des tests.

PQ : À QUOI DOIVENT S'ATTENDRE LES THÉRAPEUTES EN CE QUI A TRAIT AU TEMPS ET AU BUDGET QU'ILS DEVRONT CONSACRER À LA MISE EN ŒUVRE DE L'OQ-45?

MJL : Pour ce qui est du nombre d'heures, les patients doivent se présenter environ 10 minutes avant leur séance pour répondre à ce questionnaire. Il faudra prévoir environ 5 minutes si cela est fait de façon électronique et que le score est calculé automatiquement. Le clinicien n'a qu'à accéder au graphique sur son ordinateur et à l'imprimer. Si cela est fait sur support papier, le clinicien doit noter

les résultats et les présenter sous forme graphique, ce qui exigera 5 minutes additionnelles. Quant aux coûts, une autorisation à vie pour l'utilisation de la copie imprimée coûte 100 \$, incluant une utilisation illimitée. Le logiciel pour la version électronique se vend environ 600 \$ pour une licence de trois ans. Dans ce cas, le thérapeute devra posséder un ordinateur que le client pourra utiliser. Si vous avez besoin de soutien technique pendant l'installation, il se peut que vous ayez à déboursier 150 \$ de plus.

PQ : Y A-T-IL DES EXIGENCES PARTICULIÈRES EN MATIÈRE DE FORMATION POUR CE QUI EST DE L'UTILISATION DE L'OQ-45?

MJL : La rétroaction est très simple et aucune formation aux tests psychométriques n'est requise pour savoir comment utiliser le questionnaire. Dans le cadre de nos projets de recherche, nous offrons habituellement une formation de quelques heures. La rétroaction est faite à l'aide d'un code de couleurs afin d'indiquer si le traitement est efficace ou si la situation est jugée alarmante. Au bas du graphique, il y a un message simple contenant des renseignements pertinents au traitement. Voici ce qu'on peut y lire : « Envisager de mettre fin au traitement. L'état du patient est normal », ou « Le patient n'évolue pas normalement et vous devriez tenter de savoir ce qui explique cet état de fait. Vous devriez peut-être voir le patient plus souvent; vous devrez peut-être le diriger vers un spécialiste qui pourra lui prescrire les médicaments requis ».

PQ : QUEL TYPE DE TRAITEMENT PEUT ÊTRE ÉVALUÉ À L'AIDE DE L'OQ-45? CE QUESTIONNAIRE A-T-IL ÉTÉ UTILISÉ AUPRÈS DE DIVERS GROUPES CULTURELS?

MJL : La plupart des études menées au moyen de l'OQ-45 l'ont été auprès d'adultes. Nous effectuons actuellement des études auprès d'enfants, d'adolescents, de couples, de patients hospitalisés souffrant d'un trouble de l'alimentation et de toxicomanes. Des cliniciens d'orientations théoriques différentes ont eu recours à l'OQ-45. Ce document a été utilisé par des patients ayant reçu un diagnostic sur l'axe I et l'axe II. L'Outcome Questionnaire a été traduit avec succès en 24 langues, dont le français. Nous avons également mis en œuvre l'OQ-45 et notre outil destiné aux jeunes au sein d'organismes à grande échelle afin que les cliniques et les établissements qui offrent des soins en santé

mentale subventionnés par des fonds publics dans l'Utah, le Maine et l'Arkansas puissent recourir à ces paramètres d'évaluation. En outre, les militaires utilisent cet outil pour suivre de près la santé mentale des soldats.

PQ : EN QUOI L'OQ-45 SE DISTINGUE-T-IL D'AUTRES OUTILS D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES, COMME LE QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION (BDI)?

MJL : Les paramètres d'évaluation que nous proposons sont différents, car ils permettent de mesurer trois construits : l'anxiété et la dépression, la satisfaction et les difficultés interpersonnelles, ainsi que le rôle de la fonction sociale. Ces éléments changent à des rythmes différents au cours d'une psychothérapie, et cette mesure nous renseigne sur leur évolution au fil du traitement. L'OQ-45 est étroitement lié au BDI et à d'autres outils d'évaluation, on peut donc difficilement affirmer qu'ils mesurent des éléments véritablement différents. Cependant, nous avons cherché à comprendre de quelle manière les scores obtenus par l'OQ-45 changent selon le niveau de détresse afin de pouvoir formuler la réponse escomptée. Les cliniciens qui ont recours à ces outils, comme le BDI, pour suivre l'évolution du patient, doivent formuler des hypothèses subjectives au moment de distinguer les bonnes et les mauvaises réponses thérapeutiques.

PQ : VOUS AVEZ MENTIONNÉ QUE L'OQ-45 PERMETTAIT DE DÉTERMINER SI L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES PATIENTS SE DÉTÉRIORAIT. QUEL POURCENTAGE DE PATIENTS NOTE UNE RÉELLE DÉTÉRIORATION DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ ET QU'EST-CE QUI EXPLIQUE QUE LEUR SITUATION S'AGGRAVE?

MJL : Environ 5 à 10 % des adultes et 14 à 24 % des enfants. Cela semble être principalement associé à l'attitude et au comportement du thérapeute qui incluent le rejet ou les *erreurs relationnelles* qui sont des erreurs liées aux composantes interpersonnelles de notre travail. Par exemple, il se peut que le thérapeute n'ait pu reconnaître à quel point le fait d'interrompre le traitement quelque temps, de diriger le patient vers un spécialiste ou d'abandonner le traitement peut être frustrant pour un client qui a une bonne relation avec le thérapeute et pour qui chacune des rencontres avec lui le reconforte et le calme. Ces séparations peuvent s'avérer très difficiles, particulièrement pour les clients qui n'ont jamais éprouvé de sentiment d'appartenance ou qui ne se sont jamais sentis socialement acceptés. Le thérapeute doit tenir compte de ces facteurs et les prendre en charge pendant le traitement. Les *erreurs relationnelles* ont tendance à être particulièrement problématiques pour certains sous-groupes de patients. Par exemple, un comportement considéré comme une erreur pour la majorité des patients peut s'avérer intolérable pour un patient souffrant de trouble de la personnalité limite. Toute détérioration de l'état de santé mentale d'un patient n'est habituellement *pas* causée par des techniques ou des méthodes thérapeutiques, mais plutôt par des erreurs relationnelles.

PQ : SI LA DÉTÉRIORATION N'EST PAS NÉCESSAIREMENT LIÉE AUX MÉTHODES OU AUX TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES, COMMENT POUVONS-NOUS COMPRENDRE LE CONTENU DES LIGNES DIRECTRICES DE L'APA ET DU NICE POUR LA PRISE EN CHARGE DE TROUBLES PARTICULIERS?

MJL : Les lignes directrices élaborées par le NICE et l'APA sont axées sur le concept voulant qu'il soit possible de choisir un traitement *approprié* pour un trouble *précis* et que l'amélioration de l'issue thérapeutique du patient soit associée au jumelage optimal du problème et du traitement. Selon nous, peu importe si les patients reçoivent un traitement optimal ou médiocre, ce certain pourcentage d'entre eux constatera une aggravation de leur état. Par conséquent, nous devons surveiller la réponse de chaque patient au traitement qu'il reçoit et prendre les mesures qui s'imposent dans le cas des sujets qui obtiennent des résultats thérapeutiques inférieurs à ceux escomptés. Notre méthode ne vise pas à remplacer la pratique fondée sur des données probantes, elle-même en est une qui peut et devrait être utilisée par les spécialistes, indépendamment de leurs orientations théoriques et des troubles dont souffrent leurs patients.

PQ : SELON VOUS, QU'EST-CE QU'UNE PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES?

MJL : Une pratique fondée sur des données probantes en est une basée, dans une certaine mesure, sur des preuves scientifiques. Un type de pratique fondée sur des données probantes est le traitement fondé sur l'expérience clinique, dans le cadre duquel les sujets subissent des interventions rigoureusement définies et dont les effets sont mesurés puis évalués à l'aide d'un protocole visant à répartir les patients de façon aléatoire et à faire en sorte qu'ils aient tous autant de chances de faire partie du groupe de traitement A ou du groupe de traitement B. On procède à l'intervention spécifiée, et l'évolution de l'état du patient est mesurée afin de déterminer si un des traitements se révèle plus efficace. En règle générale, les pratiques fondées sur les données probantes ne sont pas uniquement basées sur les témoignages et le raisonnement intuitif des patients. En effet, elles sont fondées sur l'expérience ou sur des méthodes scientifiques connexes.

PQ : À VOTRE AVIS, QUELLES SONT LES PRINCIPALES LIMITES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'OQ-45?

MJL : Je crois que c'est essentiellement le manque d'ouverture généralisé de la part des cliniciens à l'égard des nouvelles méthodes. Bien entendu, il y a aussi la menace que constituent les évaluations formelles des résultats et qui mène à des conclusions moins optimistes quant aux bienfaits de certains traitements. Les cliniciens n'ont pas l'habitude d'évaluer leur pratique et le fait de demander aux gens de modifier leurs habitudes ne signifie pas qu'ils le feront, d'autant plus que, dans bien des cas, ils sont persuadés que leur façon de procéder est la meilleure. C'est une des principales difficultés auxquelles on se bute, particulièrement

dans le cas de cliniciens qui ne sont pas responsables des données, et lorsque l'évaluation de l'issue thérapeutique est confiée à des administrateurs. Les travaux de recherche sur les modifications des habitudes de pratique semblent indiquer pour la plupart que les praticiens envisagent de modifier leurs habitudes de pratique lorsqu'ils apprennent que d'autres l'ont fait avant eux.

PQ : SELON VOUS, QUELS SONT LES PRINCIPAUX AVANTAGES DE RECOURIR À CETTE MÉTHODE AVEC LES PATIENTS? VOUS L'UTILISEZ EN ÉTANT PLEINEMENT CONVAINCU DE SA VALEUR?

MJL : Bien qu'il ne s'agisse pas d'un outil diagnostique, il sert de thermomètre et il est plus sensible aux diverses interventions. Nous avons consacré beaucoup d'énergie à la recherche de construits qui pourraient évoluer avec le temps et avec le traitement afin de pouvoir mesurer les signes vitaux comme indicateurs de l'état de santé mentale des patients. Nous avons également déployé bien des efforts pour comprendre l'existence de variations des scores selon le niveau de détresse pour nous permettre de formuler la réponse escomptée. Les autres outils de mesure ne nous ont pas permis de faire cette analyse psychométrique. En général, les thérapeutes croient qu'ils offrent à leurs patients le meilleur traitement qui soit et ils ont habituellement raison. Néanmoins, lorsque la rétroaction indique que l'état du patient ne s'améliore pas, le thérapeute est immédiatement alerté et il a en main des renseignements qui ne peuvent être obtenus par raisonnement intuitif, ce qui lui permet d'adopter une autre stratégie afin d'éviter toute détérioration de l'état du patient. Du fait que les résultats de nos études se sont révélés très constants, je suis convaincu des avantages qu'offre notre méthode. À mon humble avis, les thérapeutes devraient, à plus forte raison, recourir à cette méthode, car elle est salutaire

pour les patients et que ces derniers l'aiment. En effet, ils se sentent écoutés et bien traités. Nous disposons d'un grand nombre de données probantes indiquant que cette méthode est très efficace auprès des patients.

PQ : LE 29 OCTOBRE 2010, VOUS SEREZ À QUÉBEC POUR OFFRIR UNE SÉANCE DE FORMATION À DES CLINIENS. POUVEZ-VOUS NOUS DONNER UN APERÇU DES SUJETS QUE VOUS ABORDEREZ AVEC EUX?

MJL : Dans un premier temps, je vais tenter de les convaincre de l'efficacité de cet outil, l'OQ-45. Je vais leur parler des nombreux bienfaits qu'il a auprès des patients afin de les convaincre qu'il est nécessaire et qu'il donne d'excellents résultats. Puis, je vais montrer aux cliniciens de quelle manière utiliser l'OQ-45, notamment les outils de soutien clinique, la stratégie de résolution de problèmes, et je vais leur expliquer ce qu'il faut faire si le patient ne progresse pas comme prévu. J'espère réussir à les convaincre avant la fin de l'atelier. J'espère également que certains cliniciens feront l'essai de ce nouvel outil ou qu'ils souhaiteront, à tout le moins, inclure un élément de cette méthode dans leurs habitudes de pratiques actuelles.

Entrevue réalisée par Katherine Thompson, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université McGill

Psychologie Corporelle Intégrative

www.institutpci.com



Montréal
(514) 383-8615

Extérieur de Montréal
1-877-383-8615

2503 Henri-Bourassa Est,
bureau 101 Montréal (Qc)
H2B 1V3

- Spécialisation d'intégration psychocorporelle pour professionnels
- Ateliers de développement personnel
- Ateliers thématiques
- Soirées d'information gratuites

Début de la formation

Montréal
9 septembre 2010

Atelier pour couple

Vivre l'amour au quotidien
Atelier I - 3-4 juillet 2010
Atelier II - 14-15 août 2010

Soirées d'information

Montréal
Vendredi, 18 juin 2010
Vendredi, 20 août 2010

Développée depuis 1985

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, reichienne, psychologie du Soi, relations objectales) et de plusieurs techniques permettant d'intégrer l'expérience corporelle au cœur du processus de développement et d'intégration du Soi.

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique stimulent et supportent une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant. Ces expériences d'intégration corps-esprit-cœur favorisent une réorganisation du cerveau au sens où le décrivent les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec et en Belgique.

André Duchesne, M. Ps., directeur de l'IPCI