

Revised Global Scales :
Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0
(MITI 3.0)

T.B. Moyers, T. Martin, J.K. Manuel, W.R. Miller & D. Ernst
University of New Mexico
Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

VERSION FRANCAISE

Version 2.0 traduite de l'anglais par Sophie Morandi
Version révisée 3.0 adaptée de l'anglais par Cristiana Fortini
Centre de Traitement en Alcoologie
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC)
CH – Lausanne

Dans quelle mesure l'usage de l'EM est-il satisfaisant ou non ? Le MITI est un système de codage du comportement qui permet de répondre à cette question. Le MITI est aussi un outil de feedback utilisé pour augmenter les compétences dans la pratique de l'EM. Le MITI est destiné à être utilisé : 1) pour mesurer l'adhésion à la technique motivationnelle lors d'une étude clinique 2) en tant qu'outil de feedback structuré et formel visant à améliorer la pratique dans un setting autre que la recherche.

Il faut remarquer que le MITI et son instrument voisin, le MISC, ne concourent pas à la même tâche. Il s'agit d'outils différents conçus pour accomplir des tâches différentes. Le MISC est plus utile pour la recherche visant à investiguer des processus détaillés tels que des éléments clé ou des mécanismes de causalité au sein d'un EM. Il ne peut pas être remplacé par le MITI dans ce but. D'un autre côté, le MITI semble plus utile si une question plus simple est posée (quelle est la part réelle d'EM dans ce traitement ?) ou lorsqu'un feedback plus ciblé est recherché dans le cadre de la formation (comment nos cliniciens peuvent-ils s'améliorer dans l'utilisation de l'EM ?). Les différences spécifiques entre le MITI et le MISC sont :

- 1) Le MISC permet un examen étendu et détaillé des comportements de l'intervenant et du patient, ainsi que de l'interaction entre les deux, alors que le MITI ne s'intéresse qu'aux comportements de l'intervenant.
- 2) Le MISC exige jusqu'à 3 passages de l'enregistrement alors que le MITI nécessite généralement un seul passage.
- 3) Le MISC saisit des éléments permettant de voir si le patient est prêt à changer et dans quelle mesure il s'engage dans un processus de changement, ce que le MITI ne peut pas faire. Ces éléments peuvent être importants pour le pronostic.
- 4) Le MISC est un système de codage exhaustif et mutuellement exclusif des comportements, ce que le MITI n'est pas. Un grand nombre de comportements codés par le MISC se retrouvent fondus en une seule catégorie par le MITI ou ne sont pas codés du tout.

A. COMPOSANTES DU MITI

Le MITI a deux composantes : les scores globaux et les décomptes de comportements.

Pour obtenir un score global, le codeur doit apprécier l'ensemble de l'interaction en codant certaines de ses caractéristiques sur une échelle de Likert à cinq unités. Ces scores permettent de saisir l'impression globale ou l'évaluation générale à propos d'une dimension, parfois appelée la « gestalt ». Cinq dimensions globales sont codées : évocation, collaboration, autonomie/soutien, directivité et empathie. Cela signifie que chaque codage par le MITI va compter cinq scores globaux.

Pour le décompte des comportements, le codeur doit comptabiliser chaque exemple de comportement de l'intervenant. Ces pointages se font en visionnant ou écoutant le passage choisi du début jusqu'à la fin. Le codeur n'a pas à juger de la qualité ou de l'adéquation générale de la séquence comme dans le cas du score global, mais doit simplement identifier et compter les comportements.

Classiquement, les scores globaux et le décompte des comportements sont évalués dans le cadre d'un passage en revue unique d'une séquence d'une durée de 20 minutes environ. Il faut s'assurer que le choix de l'échantillon s'est fait au hasard, surtout en ce qui concerne les exemples cliniques, de manière à pouvoir en tirer des conclusions appropriées au sujet de l'utilisation réelle de l'EM tout au long de l'entretien.

La bande peut être arrêtée si nécessaire, mais un codage sans cesse interrompu et repris peut empêcher le codeur de se faire une idée de la forme générale et d'obtenir un score global (Dans le cadre d'une supervision ou d'une visualisation en groupe ceci est moins dérangeant). Certains codeurs préféreront ainsi effectuer 2 visionnages/écoutes avant d'avoir atteint une certaine expertise dans l'utilisation du système de codage. Dans ce cas, le premier visionnage/écoute devrait donner le score global et le deuxième le décompte des comportements.

B. DESIGNATION D'UN COMPORTEMENT CIBLE

Une bonne utilisation de l'EM implique que l'intervenant s'applique à faciliter le changement de comportement. Les intervenants compétents vont tenter de renforcer et de susciter le discours-changement chez leur patient chaque fois que l'occasion se présente. Les codeurs devraient savoir quel est le comportement cible, à supposé qu'il y en ait un, avant même de commencer le travail de codage. Ceci permettra d'estimer avec précision si l'intervenant dirige ses interventions sur le comportement cible, s'il patauge ou s'il est désespérément perdu. Le MITI n'est pas destiné au codage d'interventions qui ne comportent pas de comportement cible.

C. SCORES GLOBAUX

*« Quelle est brièvement la signification de ce long discours ? »
Schiller (1759-1805)*

Les scores globaux visent à refléter l'impression générale du codeur quant à l'aptitude de l'intervenant à atteindre le but mesuré par le score de l'échelle. Même si ceci peut se faire par le biais de la prise en considération simultanée d'un certain nombre d'éléments, l'appréciation par le codeur de l'ensemble est prépondérante. Les scores globaux devraient refléter une évaluation holistique de l'intervenant. Il n'est pas nécessaire d'en donner les éléments isolés. Les scores globaux sont obtenus sur une échelle de Likert à 5 points, le codeur devant se situer au départ au point 3 pour ensuite se déplacer vers le haut ou vers le bas.

Dans le MITI 3.0, le score global de l'esprit a été divisé en trois scores globaux : évocation, collaboration et autonomie/soutien. Ces scores ne sont pas orthogonaux ; ils sont plutôt liés et peuvent s'influencer mutuellement. Une moyenne des scores d'évocation, de collaboration et d'autonomie/soutien donnera le score global d'esprit. Il est recommandé de calculer cette moyenne à deux décimales près.

Evocation				
1 <i>Faible</i>	2	3	4	5 <i>Elevée</i>
Le clinicien fournit activement des raisons de changer ou éduque le patient, sans explorer les connaissances, efforts ou motivations du patient.	Le clinicien offre informations et éducation, au dépens d'une exploration des motivations et idées personnelles du patient.	Le clinicien ne montre pas d'intérêt particulier ni de sensibilité aux raisons et aux moyens qu'aurait le patient pour changer. Il se peut qu'il fournisse des informations ou de l'éducation sans que celle-ci ne soit adaptée à la situation du patient.	Le clinicien accepte les raisons de changer propres au patient, ainsi que ses idées sur la façon dont le changement peut s'opérer, lorsque celles-ci se présentent conjointement. Il ne tente pas d'éduquer ou de diriger lorsque le patient résiste.	Le clinicien travaille activement pour faire évoquer au patient ses propres raisons de changer et ses idées quant à la façon d'y arriver.

Cette échelle mesure à quel point le clinicien adhère à, et transmet, l'idée que la motivation au changement, ainsi que la capacité d'avancer vers ce changement, résident principalement au sein du patient ; il s'efforce par conséquent de susciter et développer cette motivation au cours de l'échange thérapeutique.

Score faible

Les cliniciens dont le score est faible à cette échelle ne s'intéressent que superficiellement à l'ambivalence du patient ou à ses raisons de changer, et ratent des occasions d'explorer celles-ci en détail. Ils peuvent supposer que le patient a l'intention ou non de changer sans explorer leur hypothèse, ou ils ignorent les idées que propose le patient. Pour faciliter le changement, les cliniciens avec un faible score d'*évocation* ont recours à la récolte d'informations factuelles ou à la transmission d'information, et font souvent preuve d'un manque de confiance par rapport à la connaissance qu'a le patient de sa situation actuelle. Ces cliniciens ne répondent pas, ou que sommairement, au discours-changement. Ils ont davantage tendance à *fournir* au patient des raisons de changer qu'à les *susciter*.

Score élevé

Les cliniciens dont le score est élevé à cette échelle sont curieux quant aux idées propres qu'ont leurs patients par rapport à leurs raisons de changer – ou de ne pas changer. Non seulement ils explorent ces idées lorsque le patient les amène, mais ils cherchent à les évoquer activement lorsque le patient ne les amène pas lui-même. Ils fourniront peut-être de l'information ou de l'éducation, mais ils ne considèrent pas cela un moyen pour aider les patients à changer. Ils donnent plutôt la priorité à l'exploration des raisons de changer du patient et aux moyens d'y parvenir, et ne négligent pas cette exploration en faveur d'autres sujets ou informations. Les cliniciens qui ont un score élevé en *évocation* comprennent l'importance d'écouter le discours propre du patient en faveur du changement, et créent activement des opportunités pour faire émerger un tel discours.

Scores

1. Le clinicien fournit activement des raisons de changer ou éduque le patient, sans explorer les connaissances, efforts ou motivations du patient.

Exemples :

- Ignore ou ne comprend pas les propos du patient au sujet du comportement cible

- Fournit éducation ou information de façon rigide malgré que le patient ait indiqué une connaissance existante
 - A recours à des questions qui ne tiennent pas compte des réponses du patient
 - Dénigre ou ignore les contributions du patient
 - Manque de curiosité quant aux circonstances qui entourent le patient
 - Tente de convaincre le patient de changer
2. Le clinicien offre informations et éducation, au dépens d'une exploration des motivations et idées personnelles du patient.
- Exemples :
- N'inclut pas les contributions du patient dans la discussion autour du changement
 - Efforts vagues ou incomplets de répondre au discours-changement
 - Intérêt vague ou superficiel quant au point de vue et à la situation du patient
3. Le clinicien ne montre pas d'intérêt particulier ni de sensibilité aux raisons et aux moyens qu'aurait le patient pour changer. Il se peut qu'il fournisse des informations ou de l'éducation sans que celle-ci ne soit adaptée à la situation du patient.
- Exemples :
- Rate des opportunités pour investiguer la motivation au changement du patient (par exemple, discuter de succès passés quand ceux-ci sont mentionnés)
 - Neutre par rapport au point de vue et aux circonstances du patient.
 - Répond occasionnellement au discours-changement du patient
4. Le clinicien accepte les raisons de changer propres au patient, ainsi que ses idées sur la façon dont le changement peut s'opérer, lorsque celles-ci se présentent conjointement. Il ne tente pas d'éduquer ou de diriger lorsque le patient résiste.
- Exemples :
- Utilise les idées du patient sur le changement et sa motivation pour donner une direction à l'entretien
 - Valide les raisons de changer du patient lorsqu'elles apparaissent, mais ne les suscite pas et ne les élabore pas
 - Répond de façon régulière au discours-changement, avec des reflets, une demande d'élaboration ou de l'intérêt
5. Le clinicien travaille activement pour faire évoquer au patient ses propres raisons de changer et ses idées quant à la façon d'y arriver.
- Exemples :
- Curieux par rapport aux idées et vécu du patient, surtout en ce qui concerne le comportement cible
 - Aide le patient à se convaincre soi-même du changement
 - A recours à des outils thérapeutiques structurés pour renforcer et susciter le discours-changement
 - Ne rate pas les opportunités d'explorer plus profondément les raisons du changement amenées par le patient
 - Recherche les idées du patient sur le changement et la motivation, les utilise pour donner une direction à l'entretien
 - Suscite le discours-changement de façon stratégique et y répond régulièrement lorsqu'il apparaît

Collaboration				
1 <i>Faible</i>	2	3	4	5 <i>Elevée</i>
Le clinicien prend activement le rôle de l'expert durant la plus grande partie de l'interaction. La collaboration est absente.	Le clinicien saisit superficiellement des occasions pour collaborer.	Le clinicien incorpore les objectifs, idées et valeurs du patient, mais le fait de façon légère ou irrégulière. Peut ne pas percevoir ou ignorer les opportunités d'approfondir les contributions du patient.	Le clinicien encourage la collaboration et le partage de pouvoir de façon à ce que les idées du patient aient un impact sur le déroulement de l'entretien.	Le clinicien encourage activement le partage de pouvoir dans l'interaction de façon à ce que les idées du patient influencent notablement la nature de l'entretien.

Cette échelle mesure à quel point le clinicien adopte un comportement qui indique que l'entretien se déroule entre deux partenaires égaux, où les deux détiennent des connaissances qui peuvent se révéler utiles par rapport au problème abordé.

Score faible

Les cliniciens dont le score est faible en *collaboration* ne vont pas vers une compréhension mutuelle pendant l'entretien. Pour faire évoluer l'entretien, ils s'appuient sur une communication à sens unique basée sur leur autorité et leur expertise. Un clinicien faible en *collaboration* peut être méprisant, trop passif ou si acquiescent qu'il n'apporte aucune contribution à l'interaction. Il s'appuie sur ses connaissances pour répondre au problème du patient et ne semble pas accorder de la valeur aux connaissances du patient. Souvent trop en avance par rapport à leurs patients, ces cliniciens ont souvent tendance à prescrire à ceux-ci aussi bien la nécessité de changer que la façon d'y arriver.

Score élevé

Les cliniciens dont le score en *collaboration* est élevé travaillent en coopération avec le patient en visant les objectifs de l'entretien. Ils ne s'appuient pas sur la domination, l'expertise ou l'autorité pour progresser. Ils sont curieux par rapport aux idées des patients, sont prêts à se laisser influencer par elles. Ils peuvent se retenir de faire part de leur expertise, y recourant de façon stratégique et pas avant que le patient ne soit prêt à la recevoir. Les cliniciens qui font preuve d'une *collaboration* élevée semblent danser avec leurs patients au cours de l'entretien – par moments ils guident, par moments ils suivent – dans un mouvement rythmé et continu.

Scores

1. Le clinicien prend activement le rôle de l'expert durant la plus grande partie de l'interaction. La collaboration est absente.

Exemples :

- Adopte explicitement le rôle de l'expert
- Nie ou minimise les idées du patient
- Domine la conversation
- Argumente lorsque le patient propose une approche alternative
- Est passif, déconnecté ou méprisant

2. Le clinicien saisit superficiellement des occasions pour collaborer.

Exemples :

- A du mal à abandonner son rôle d'expert
- Aborde superficiellement les apports du patient
- Souvent sacrifie les opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de problème, préférant alors apporter connaissances et expertise
- Répond superficiellement aux apports du patient
- Distrait ou impatient avec le patient

3. Le clinicien incorpore les objectifs, idées et valeurs du patient, mais le fait de façon légère ou irrégulière. Il peut ne pas percevoir ou ignorer les opportunités d'approfondir les contributions du patient.

Exemples :

- Peut saisir une opportunité pour collaborer, mais ne structure pas l'interaction dans le but de solliciter une collaboration
- Un peu de suivi lié, mais superficiel
- Peut lâcher du lest la plupart du temps, mais exprime parfois son désaccord
- Sacrifie certaines opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de problème, pour apporter plutôt connaissances et expertise

4. Le clinicien encourage la collaboration et le partage de pouvoir de façon à ce que les idées du patient aient un certain impact sur le déroulement de l'entretien.

Exemples :

- L'entretien est par moments structuré de façon à encourager les apports du patient
- Sollicite l'expression du point de vue du patient
- Implique le patient dans le processus de résolution de problèmes
- N'insiste pas sur la résolution de problèmes si le patient n'est pas prêt

5. Le clinicien encourage activement le partage de pouvoir dans l'interaction de façon à ce que les idées du patient influencent notablement la nature de l'entretien.

Exemples :

- Structure activement l'entretien de façon à faciliter les apports du patient
- Approfondit les idées du patient
- Incorpore les suggestions du patient
- Creuse activement pour susciter des apports de la part du patient
- Identifie explicitement le patient comme l'expert
- Ajuste l'apport de conseils et d'expertise aux apports du patient

Autonomie/soutien				
1 <i>Faible</i>	2	3	4	5 <i>Elevée</i>
Le clinicien nie ou réfute la perception qu'a le patient du choix ou du contrôle	Le clinicien décourage la perception qu'a le patient du choix ou y répond superficiellement	Le clinicien est neutre en ce qui concerne l'autonomie et le choix du patient	Le clinicien accepte et soutient l'autonomie du patient	Le clinicien élabore le sentiment d'autonomie exprimé par le patient, de sorte à <i>amplifier notablement le vécu du patient quant à son contrôle et son choix</i>

Cette échelle vise à décrire dans quelle mesure le clinicien soutient et encourage activement la perception qu'a le patient du choix, par opposition à la tentative de contrôler les comportements et choix du patient. Les scores à l'échelle d'autonomie reflètent l'absence de certains comportements *et* le recours actif à des stratégies qui mettent en valeur l'autonomie et le soutien.

Score faible

Les cliniciens faibles en *autonomie/soutien* considèrent le patient incapable d'évoluer dans le sens de la santé sans apport du clinicien. Ils peuvent croire que le patient changera son comportement dans la direction indiquée par le clinicien. Le clinicien peut dire explicitement au patient que ce dernier n'a pas de choix. Il peut aussi sous-entendre que des conséquences externes (une arrestation, une pression de la part de tiers...) ne laissent aucun choix possible. Ces cliniciens peuvent aussi insister sur le fait qu'il n'existe qu'une seule façon d'atteindre le comportement cible, voire même se montrer pessimistes ou cyniques quant à la capacité du patient à changer. Les cliniciens faibles en *autonomie/soutien* peuvent communiquer un certain choix mais avec sarcasme ou mépris.

*Note : ne *pas* baisser le score d'*autonomie/soutien* si le clinicien fait preuve d'empathie par rapport au patient qui a le sentiment de manquer de choix, qui se sent impuissant ou a du ressenti négatif par rapport à sa situation actuelle.

Score élevé

Les cliniciens dont le score en *autonomie/soutien* est élevé s'assurent, directement ou implicitement, que le sujet du choix et du contrôle soit abordé pendant l'entretien. Ils considèrent les patients capables d'évoluer dans le sens de la santé. Un score élevé à cette échelle reflète un clinicien qui aide son patient à identifier les choix liés au comportement cible. Par ailleurs, ces cliniciens peuvent explicitement reconnaître que le patient a le choix de changer ou non. Ils peuvent aussi exprimer de l'optimisme quant à la capacité du patient à changer.

Scores

1. Le clinicien nie ou réfute la perception qu'a le patient du choix ou du contrôle.

Exemples :

- Affirme explicitement que le patient n'a pas de choix
- Sous-entend que les conséquences externes enlèvent le choix
- Se montre pessimiste, cynique ou sarcastique lors de l'exploration des options et des choix
- Rigide en ce qui concerne les options de choix

2. Le clinicien décourage la perception qu'a le patient du choix ou y répond superficiellement.

Exemples :

- N'élabore pas ou ne relève pas le sujet du choix lorsque celui-ci est soulevé par le patient
- Banalise le choix du patient ou l'aborde superficiellement
- Reconnaît le choix du patient mais l'écarte aussitôt
- Absence d'authenticité dans la façon d'aborder le choix du patient
- Ignore activement le choix du patient lorsque ce dernier l'aborde

3. Le clinicien est neutre en ce qui concerne l'autonomie et le choix du patient.

Exemples :

- Ne nie pas les options ou le choix, mais déploie peu d'efforts pour les instiller
- Ne soulève pas le sujet du choix dans l'entretien

4. Le clinicien accepte et soutient l'autonomie du patient.

Exemples :

- Explore les options du patient avec authenticité
- Est d'accord lorsque le patient affirme qu'on ne pas le forcer à changer

5. Le clinicien élabore le sentiment d'autonomie exprimé par le patient, de sorte à *amplifier notablement le vécu du patient quant à son contrôle et son choix.*

Exemples :

- Se montre proactif en suscitant des interventions du patient qui intensifient la perception des choix par rapport au comportement cible
- Explore les options de façon authentique et non-possessive
- Reconnaît explicitement l'option qu'a le patient de ne pas changer, sans sarcasme
- Procure de multiples opportunités pour discuter avec le patient des options qui s'offrent à lui, ainsi que de sa capacité de contrôle, lorsque celui-ci ne répond pas à la première tentative du clinicien d'aborder le sujet
- Valide les idées du patient sur ses choix et sa motivation

Direction				
1 <i>Faible</i>	2	3	4	5 <i>Elevée</i>
Le clinicien n'influence pas le thème et le déroulement de l'entretien, et la discussion autour du comportement cible dépend totalement du patient	Le clinicien n'influence que de façon minimale l'entretien et rate la plupart des occasions d'amener le patient à aborder le comportement cible	Le clinicien exerce un peu d'influence sur le déroulement de l'entretien, mais peut facilement dévier du sujet du comportement cible	Le clinicien est généralement capable d'influencer la direction de l'entretien vers le comportement cible ; il peut toutefois y avoir des longs épisodes d'égarement lorsque le clinicien ne re-dirige pas la discussion	Le clinicien influence l'entretien et généralement ne rate pas les occasions de diriger le patient vers le comportement cible ou vers le but de la consultation

Cette échelle mesure à quel point le clinicien reste focalisé de façon appropriée sur un comportement cible spécifique ou sur les préoccupations qui y sont directement liées. Contrairement aux autres échelles globales, un score élevé à cette échelle ne reflète pas nécessairement une meilleure utilisation de l'EM.

Score faible

Les cliniciens dont le score est faible en *direction* n'influencent que très peu le contenu et le déroulement de l'entretien. Ils ne semblent pas explorer un quelconque changement de comportement du patient et ne saisissent pas les occasions d'aborder le thème du changement dans la discussion. Les entretiens avec un score faible en *direction* peuvent manquer de structure et ils manquent généralement d'objectif. Les patients peuvent en arriver à discuter d'un sujet qui leur tient à cœur sans que le clinicien ne fasse d'efforts pour focaliser la discussion sur un comportement problématique particulier. Le clinicien peut accepter une focalisation excessive sur des détails factuels ou des explications théoriques qui s'écartent du sujet du changement de comportement. Les cliniciens faibles en *direction* semblent manquer de boussole qui les aide à faire évoluer l'entretien vers un objectif particulier.

Score élevé

Les cliniciens dont le score en *direction* est élevé exercent une influence certaine sur le contenu et le déroulement de l'entretien. Ils se focalisent clairement sur un comportement particulier ou une question donnée, et s'efforcent d'y revenir lorsque la conversation dévie. Un clinicien qui se montre dominant et intransigeant quant au sujet de discussion obtiendrait un score élevé en *direction*, mais un clinicien haut en *direction* ne doit pas nécessairement être dur ou autoritaire. Il peut être directif en renforçant sélectivement les propos du patient afin de l'amener à envisager la possibilité d'une préoccupation ou d'un changement lié au comportement cible. Les cliniciens hauts en *direction* semblent avoir une boussole qui leur permet de rediriger l'entretien lorsque le contenu de celui-ci s'écarte trop du comportement cible.

Scores

1. Le clinicien n'influence pas le thème et le déroulement de l'entretien, et la discussion autour du comportement cible dépend totalement du patient.

Exemples :

- Ne donne aucune structure à l'entretien

- L'entretien est presque totalement focalisé sur des sujets qui ne sont que vaguement liés au problème actuel
- Le clinicien centre la discussion sur la personnalité, l'enfance, les traumatismes du patient, n'accordant qu'une attention minimale au comportement cible
- Le clinicien a une écoute non-directive, centrée sur le patient
- Il suit passivement le patient qui s'égaré dans de multiples directions
- Un comportement cible n'est pas identifié ni ne peut être inféré de l'entretien

2. Le clinicien n'influence que de façon minimale l'entretien et rate la plupart des occasions d'amener le patient à aborder le comportement cible.

Exemples :

- Procure une certaine structure, mais la discussion s'écarte passablement de l'objectif cité
- Le comportement cible est un peu abordé mais la plupart de l'entretien porte sur d'autres sujets
- Le clinicien ne tente que superficiellement de relier les propos du patient au comportement cible
- Pendant une grande partie de l'entretien, le clinicien a une écoute non-directive, centrée sur le patient ; aucun renforcement sélectif ne permet d'orienter la discussion vers le comportement cible

3. Le clinicien exerce un peu d'influence sur le déroulement de l'entretien, mais peut facilement dévier du sujet du comportement cible.

Exemples :

- Procure une certaine structure à l'entretien, mais ne la suit pas de façon constante
- Renforce sélectivement certains propos du patient qui ont trait au comportement cible, mais le fait irrégulièrement
- Aborde le comportement cible mais se laisse facilement distraire
- Un certain temps de l'entretien est passé à discuter de sujets non liés à l'objectif
- Davantage de temps est passé à discuter du passé plutôt que du présent ou de l'avenir

4. Le clinicien est généralement capable d'influencer la direction de l'entretien vers le comportement cible ; il peut toutefois y avoir des longs épisodes d'égarement lorsque le clinicien ne re-dirige pas la discussion.

Exemples :

- Fait de modestes efforts pour maintenir la structure établie de l'entretien
- Un comportement cible est apparent mais le clinicien semble hésiter à s'y focaliser
- Peut facilement laisser le patient dévier du comportement cible
- Rate plusieurs occasions de ramener la discussion vers le comportement cible lorsqu'elle dévie de celui-ci

5. Le clinicien influence l'entretien et généralement ne rate pas les occasions de diriger le patient vers le comportement cible ou vers le but de la consultation.

Exemples :

- Le comportement cible est mentionné au moment d'établir l'agenda de l'entretien
- Le clinicien fait preuve de transparence en ce qui concerne les préoccupations liées au comportement cible
- Gère bien le temps et effectue facilement les transitions dans l'entretien

- Dirige facilement et de façon constante le discours du patient vers le sujet du changement du comportement cible
- Davantage de temps est passé à discuter du changement possible que de l'historique du problème
- Le clinicien domine l'entretien et ne laisse pas le patient s'égarer du sujet de discussion principal

Empathie				
1 <i>Faible</i>	2	3	4	5 <i>Elevée</i>
Le clinicien ne montre aucun intérêt pour le point de vue du patient. N'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient	Le clinicien fait quelques efforts sporadiques pour explorer le point de vue du patient. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou incomplète	Le clinicien tente activement de comprendre la perspective du patient, avec un succès modeste	Le clinicien fait preuve d'une compréhension correcte du point de vue du patient. Il déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le patient. La compréhension est surtout limitée au contenu explicite	Le clinicien fait preuve d'une compréhension approfondie du point de vue du patient, non seulement de ce qui été dit explicitement mais aussi de ce que le patient veut dire mais n'a pas dit

Cette échelle mesure à quel point le clinicien comprend ou fait l'effort de saisir le point de vue et les sentiments du patient, à quel point il réussit à se mettre à la place du patient pour s'approprier de ses pensées et de ses sentiments. L'empathie ne doit pas être confondue avec la chaleur humaine, l'acceptation, l'authenticité ou la défense du patient ; ces attitudes ne doivent pas être codées comme de l'empathie. L'écoute réflexive est une partie importante de l'empathie, mais le score global tente de saisir tous les efforts fournis par le clinicien pour comprendre le point de vue du patient et pour lui transmettre ce qu'il a compris.

Score faible

Les cliniciens faibles en *empathie* font preuve d'indifférence ou réfutent le point de vue ou le vécu du patient. Ils recherchent des informations factuelles ou suivent leur propre agenda et font ceci pour justifier leur propre point de vue et non pour comprendre la perspective du patient. Peu d'efforts sont déployés pour approfondir la compréhension de sentiments et de vécus complexes, et les questions posées reflètent superficialité ou impatience. Les cliniciens peuvent se montrer hostiles par rapport au point de vue de leur patient ou même donner la faute au patient par rapport aux conséquences négatives survenues.

Score élevé

Les cliniciens dont le score en *empathie* est élevé considèrent l'entretien comme une occasion d'apprendre à connaître le patient. Ils sont curieux. Ils passent du temps à explorer les opinions et les idées du patient, surtout au sujet du comportement cible. L'empathie est apparente lorsque le clinicien s'intéresse activement à ce que dit le patient. On l'observe aussi lorsque le clinicien suit et comprend un exposé complexe raconté par le patient, ou lorsqu'il l'explore en douceur pour en clarifier le contenu.

Scores

1. Le clinicien ne montre aucun intérêt pour le point de vue du patient. N'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient.
Exemples :
 - Récolte uniquement des informations factuelles (souvent avec une idée derrière la tête)
 - S'enquiert d'informations factuelles sans tenter de comprendre le vécu du patient
2. Le clinicien fait quelques efforts sporadiques pour explorer le point de vue du patient. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou incomplète.

Exemples :

- Reflète les propos du patient mais son interprétation est erronée
- Ne tente que superficiellement de comprendre son patient

3. Le clinicien tente activement de comprendre la perspective du patient, avec un succès modeste.

Exemples :

- Fait preuve d'empathie moyenne à l'égard du patient
- Peut faire quelques reflets adéquats, mais il passe à côté de la réelle signification des propos du patient
- Tente de saisir le sens de ce que dit le patient tout au long de l'entretien, mais ne réussit que modestement

4. Le clinicien fait preuve d'une compréhension correcte du point de vue du patient. Il déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le patient. La compréhension est surtout limitée au contenu explicite.

Exemples :

- Transmet son intérêt par rapport à la situation ou au vécu du patient
- Reflète adéquatement ce que *le patient a dit*
- Communique efficacement ce qu'il a compris du point de vue du patient

5. Le clinicien fait preuve d'une compréhension approfondie du point de vue du patient, non seulement de ce qui été dit explicitement mais aussi de ce que le patient veut dire mais n'a pas dit.

Exemples :

- Communique efficacement sa compréhension de la situation du patient qui va *au-delà* de ce que le patient a dit pendant l'entretien
- Fait preuve d'un grand intérêt vis à vis de la situation et du vécu du patient
- Tente de se mettre « dans la peau » du patient
- Encourage le patient à élaborer, au-delà de ce qui est nécessaire pour simplement suivre l'histoire
- Fait de nombreux reflets complexes adéquats

D. DECOMPTE DES COMPORTEMENTS

« Longtemps ma devise a été de penser que les petites choses étaient infiniment plus importantes que les grandes »
Sherlock Holmes, Une affaire d'identité (A. Conan Doyle, 1892)

Le décompte des comportements a pour but de saisir différents comportements spécifiques sans s'intéresser à savoir s'ils correspondent à l'impression générale de la façon dont l'EM est utilisé par l'intervenant. Alors que le contexte général des échanges influencera quelque peu le codeur, le décompte des comportements est en fait le résultat de règles de catégorisations et de décisions (plutôt que de la tentation de saisir une impression générale). Se reposer sur des déductions interprétatives dans le cadre du décompte des comportements est quelque chose qui devrait être évité.

Subdiviser le discours de l'intervenant pour lui assigner des codes de comportement

Une "unité de pensée" (en anglais, *utterance*) est définie comme une pensée complète. Une unité de pensée se termine lorsqu'une pensée est exprimée jusqu'à sa fin. Une nouvelle unité de pensée commence lorsqu'une nouvelle idée apparaît. Une unité de pensée peut succéder à une autre dans le flux verbal de l'intervenant au sein d'une phrase qui comporte plusieurs idées. Une réponse du patient termine toujours une unité de pensée de l'intervenant. De ce fait, la prochaine réplique de l'intervenant introduit une nouvelle unité de pensée.

Toutes les unités de pensée de l'intervenant ne seront pas codées. Contrairement au MISC, le MITI n'établit pas une liste exhaustive de tous les codes possibles. Ainsi, certaines unités de pensée de l'intervenant vont rester non codées. Même si les éléments codés ne sont pas exhaustifs, ils sont mutuellement exclusifs, une même unité de pensée ne sera codée qu'une fois.

A chaque unité de pensée est attribuée un des 6 codes de comportements. Comme mentionné auparavant, une unité de pensée reçoit un code et un seul : la même unité de pensée ne reçoit pas plus d'un code. Toutefois, des unités de pensée consécutives se situant dans la même phrase peuvent recevoir *chacune* un code différent. Ainsi, dans un discours assez long au cours duquel le clinicien reflète, puis confronte, puis pose une question, chacune de ses interventions doit être codée comme une unité de pensée séparée.

Une volée (en anglais, *volley*) définit une séquence ininterrompue d'unités de pensée de l'intervenant. Une fois qu'un code est attribué à une volée, il ne doit pas être réutilisé dans la même volée. Une volée ne peut comporter qu'un seul code pour chaque comportement.

Voyons la déclaration suivante d'un intervenant :

Laissez-moi vous demander: depuis que vous avez été forcé à venir ici, depuis que vous vous sentez comme si quelqu'un s'acharnait sur vous et que de plus en plus de gens s'acharnent sur vous par rapport à votre consommation, qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous avez à passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ?

Cette déclaration est subdivisée de la manière suivante :

Première unité de pensée : *Laissez-moi vous demander : depuis que vous avez été forcé à venir ici, depuis que vous vous sentez comme si quelqu'un s'acharnait sur vous et que de plus en plus de gens s'acharnent sur vous par rapport à votre consommation,*

Deuxième unité de pensée : *qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous avez à passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ?*

Voyons cette autre déclaration d'un intervenant :

Ce que vous dites est tout à fait vrai, c'est à vous de décider. Personne ne fera ce choix à votre place. Personne ne peut faire ce choix à votre place. Même si votre femme ou votre employeur ou moi-même voulions décider pour vous, nous ne le pourrions pas. C'est vraiment votre propre choix. Ce que vous faites de votre vie, ce que vous faites ou non avec les drogues, ce vers quoi vous vous dirigez, ça vous appartient.

Et je vous entends vous battre avec cette question « qu'est-ce que je veux ? Est-ce le moment pour moi de changer ? Ce test de dépistage des drogues est-il un signe pour que je me réveille ? »

Nous l'avons subdivisée ainsi :

Première unité de pensée : Ce que vous dites est tout à fait vrai, c'est à vous de décider. Personne ne fera ce choix à votre place. Personne ne peut faire ce choix à votre place. Même si votre femme ou votre employeur ou moi-même voulions décider pour vous, nous ne le pourrions pas. C'est vraiment votre propre choix. Ce que vous faites de votre vie, ce que vous faites ou non avec les drogues, vers quoi vous vous dirigez, ça vous appartient.

Deuxième unité de pensée : Et je vous entends vous battre avec cette question « qu'est-ce que je veux ? Est-ce le moment pour moi de changer ? Ce test de dépistage des drogues est-il un signe pour que je me réveille ? »

Codes des comportements

1. Donner de l'information

Cette catégorie est utilisée quand l'intervenant donne de l'information, éduque, donne du feedback ou donne son avis personnel. Lorsque l'intervenant donne son avis sans donner de conseil, cette catégorie doit être utilisée. Il n'y a pas de sous-codes pour cette catégorie. Des exemples spécifiques d'information donnée incluent :

1a Donner un feedback après l'utilisation d'outils d'évaluation

Vous avez indiqué une consommation d'environ 18 verres standards par semaine. Ceci vous place au 96^{ème} percentile concernant la consommation d'alcool des hommes américains (donner de l'information)

1b Avis personnel donné à un patient qui n'est pas encore en traitement chez vous

Votre médecin m'a dit que vous vous battez avec vos contrôles de glycémie (donner de l'information)

J'ai parlé avec votre femme et elle m'a dit qu'elle s'inquiétait vraiment de votre consommation (donner de l'information)

1c Exprimer des idées ou concepts relatifs à l'intervention

Ce travail à domicile au sujet de vos craving est important parce que nous savons que le craving induit souvent des rechutes. Un craving peut être comme une sonnette d'alarme qui vous dirait de faire les choses différemment.

1d Information à propos d'un sujet

*cancer de 5 fois. Pour le cancer du côlon, le risque est encore d'avantage diminué.
(donner de l'information)*

Si je me rends compte que vous avez rechuté, je serai obligé de le dire à votre officier de probation (donner de l'information) (un codeur pourrait considérer ceci comme une Non-adhérence à l'EM)

Les codeurs ne doivent pas distinguer entre ces quatre types. Une fois que le codeur a décidé d'attribuer un comportement à la catégorie "Donner de l'information", il ne doit pas le décrire davantage.

*Différence entre « Donner de l'information » et « Non-adhérence à l'EM »
Donner de l'information ne doit pas être confondu avec donner un conseil, menacer, confronter ou diriger.*

Vous disiez pendant l'évaluation que vous consommez habituellement 18 verres standards par semaine. Ceci dépasse de beaucoup ce que vous appelez une consommation sociale (non-adhérent à l'EM, juger)

Suivez la progression de vos craving en utilisant ce carnet et apportez-le la semaine prochaine pour qu'on en discute (diriger)

Bon, vous ne mangez que 2 fruits par jour si on en juge d'après ce tableau, alors que vous disiez en manger 5. C'est facile de se décevoir soi-même, hein ? (confronter)

Ca a marché pour moi et ça marchera pour vous si vous essayez. Il faut juste que nous trouvions la bonne réunion AA pour vous. Vous êtes juste mal tombé (conseiller)

2. Questions

2a Question fermée (QF)

Ce code est choisi lorsque l'intervenant pose une question à laquelle le patient peut répondre par « oui » ou par « non ».

Avez-vous pris de l'héroïne cette semaine ?

Avez-vous mangé 5 fruits et légumes cette semaine ?

Avez-vous eu des problèmes de mémoire ?

On utilise également ce code lorsque la question permet seulement une réponse restrictive ou pour coder les questions d'un questionnaire.

Combien de temps avez-vous pris de l'héroïne ?

Combien de fruits et légumes avez-vous mangé cette semaine ?

Qui est le président des USA ?

2b Question ouverte (QO) On code « Question ouverte » lorsque la question de l'intervenant offre l'opportunité d'y

Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un

répondre de façon étendue. La question génère de l'information ou permet au patient de donner son point de vue ou de l'explorer lui-même. La question ouverte offre des surprises à l'intervenant.

Des questions de type « *Pouvez-vous-m'en dire un peu plus ?* » ou des affirmations du type « *Racontez-moi* » sont codées comme questions ouvertes à moins qu'elles ne soient exprimées sur un ton dirigeant ou confrontant.

Pouvez-vous me dire comment se sont déroulées vos envies d'héroïne depuis la dernière fois qu'on s'est vu ?

Parlez-moi de votre consommation de fruits et légumes de cette semaine.

Comment pensez-vous aborder ce problème ?

En général, les questions enchaînées (avant que le patient ait le temps de répondre) sont codées comme une seule question. Parfois, le thérapeute enchaîne les questions en posant d'abord une question ouverte, puis en proposant plusieurs exemples de réponses au patient. Ces questions seront codées comme une seule question ouverte (pas comme une question ouverte et 2 questions fermées).

De quelle manière votre consommation d'alcool vous a-t-elle posé problème ? A-t-elle par exemple posé problème dans le cadre de vos relations ou de votre situation financière ? Ou a-t-elle posé des problèmes de justice ou de santé ? Vous êtes-vous senti mal avec cela ?

2c. Reflets qui tournent en questions

Parfois, l'intervenant essaie de faire un reflet qui se termine cependant par une inflexion de voix interrogative (donnant l'impression qu'il s'agit d'une question). Ce type d'intervention est codé comme une question (ouverte ou fermée), PAS comme un reflet.

3. Reflet

Cette catégorie est sensée saisir les interventions d'écoute réflexive faites par l'intervenant *en réponse* à une intervention du patient. Un reflet peut apporter un autre sens ou davantage d'information, mais il vise essentiellement à saisir et à retourner au patient quelque chose qu'il vient de dire. Les reflets sont séparés en 2 catégories, simples ou complexes.

3a Reflet simple (Rs)

Les reflets simples témoignent de la capacité de compréhension de l'intervenant ou facilitent les échanges patient/intervenant. Ils ne sont pas porteurs ou amplificateurs du sens (ou emphase) de ce que le patient vient de dire. Un reflet simple peut accentuer une émotion très importante ou intense du patient, mais ne va pas plus loin que le propos original du patient. Les résumés de plusieurs propos du patient fait par un intervenant peuvent être codés comme un seul reflet simple *si* l'intervenant n'utilise pas ce reflet pour ajouter une nouvelle direction ou un nouveau sens au propos initial.

3b Reflet complexe (Rc)

Les reflets complexes ajoutent clairement une nouvelle direction ou un nouveau sens au propos initial du patient. Ils visent à donner de ce propos une vision plus approfondie et plus complexe. Parfois l'intervenant accentue une partie du propos du patient pour en soulever l'importance ou pour modifier la direction que prend la discussion. L'intervenant peut enrichir le contenu du propos en faisant ressortir les subtilités ou des évidences par de-là les mots du patient. Il peut aussi combiner plusieurs propos du patient pour en faire un résumé dont la nature apparaît complexe.

Exemple : amende pour excès de vitesse

Patient : *C'est sa 3^{ème} amende pour excès de vitesse en 3 mois. Notre assurance va bientôt sortir de ses gonds. Je pourrais la tuer. Elle ne se rend pas compte que nous aurions besoin de cet argent pour autre chose ?*

Intervenant : *Vous êtes hors de vous pour cela.* (reflet simple)

Intervenant : *C'est vraiment le comble pour vous.* (reflet complexe)

Exemple : contrôle de la glycémie

Intervenant : *Vous a-t-on déjà informé à propos du contrôle de la glycémie ?*

Patient : *Vous plaisantez ? J'ai suivi tous les cours, j'ai les vidéos, je reçois la visite de l'infirmière à domicile. J'ai reçu toute sorte de conseils sur comment faire pour mieux faire, mais je ne le fais pas. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être qu'au fond de moi je veux mourir, vous savez.*

Intervenant : *Vous êtes très découragé à ce propos* (reflet simple)

Intervenant : *Vous n'avez pas encore fait l'effort maximal dont vous êtes capable* (reflet complexe)

Exemple : l'indépendance de ma mère

Patient : *Ma mère me rend fou. Elle dit qu'elle veut rester indépendante, mais elle m'appelle 4 fois par jour pour me raconter des banalités. Et ensuite, elle s'énerve quand je lui donne des conseils.*

Intervenant : *La situation est tendue avec votre mère* (reflet simple)

Intervenant : *Vous avez la tâche difficile de comprendre ce que votre mère attend vraiment de vous* (reflet complexe)

Intervenant : *Avez-vous de la peine à comprendre ce qu'elle attend de vous ?* (question fermée)

Intervenant : *Que pensez-vous que votre mère attend de vous vraiment ?* (question ouverte)

REGLE DECISIONNELLE : quand un codeur n'arrive pas à choisir entre un reflet simple ou complexe, il choisira le reflet simple par défaut.

3c Enchaînement Reflet – Question

Parfois l'intervenant commence avec un reflet et poursuit par une question (ouverte ou fermée) pour vérifier la validité de son reflet. Les 2 éléments doivent être codés.

Ainsi vous ne voulez plus jamais prendre de l'héroïne. Est-ce juste ? (Reflet, Question fermée)

*Votre patron vous a dit que vous ne pourrez plus faire d'heures supplémentaires.
Comment allez-vous faire ? (Reflét, Question ouverte)*

3d. Reflét tourné en question

Occasionnellement, l'intervenant fait une intervention qui a les critères d'un reflét, mais qui se termine par une inflexion de la voix qui en fait une question. Ces interventions sont codées comme des questions (fermées ou ouvertes), PAS comme des refléts (cf 2c.)

4. Adhérence à l'EM (Adh-EM)

Cette catégorie est utilisée pour saisir les attitudes de l'intervenant qui sont compatibles avec les techniques enseignées pour l'approche motivationnelle. Les codeurs auront tendance à coder des exemples de pratique motivationnelle qui paraissent particulièrement bons, même s'ils ne collent pas exactement avec la technique. A la place, le codeur devrait les mettre dans la catégorie « Empathie » ou « Esprit motivationnel » du codage global et réserver le code « Adhérence à l'EM » seulement aux comportements désignés par ce code. Cette catégorie comprend :

4a Demander la permission avant de donner un conseil ou une information, ou demander ce que le patient sait déjà sur un sujet *avant* de lui donner conseil ou information. Cette demande de permission est implicite lorsque le patient demande lui-même une information ou un conseil auquel le thérapeute répond. Il existe aussi des formes indirectes de demandes de permission, par exemple si le thérapeute invite le patient à ne pas forcément tenir compte de son conseil.

J'ai quelques informations sur la manière de réduire le risque du cancer du côlon et je me demande si on pourrait en parler ensemble (Adh-EM)

Que vous a-t-on déjà dit au sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? (Adh-EM)

Peut-être que cela ne vous conviendrait pas, mais certains de mes patients utilisent l'alarme de leur montre pour se rappeler d'examiner leur glycémie 2 heures après le repas (Adh-EM)

Note : si la permission a été demandée avant que le conseil ait été donné, on n'utilise pas le code *non-adhérent* pour le conseil qui suit. On code l'ensemble de la séquence dans la catégorie Adhérence à l'EM.

4b Valoriser le patient en faisant un commentaire positif ou en le félicitant. Valoriser peut aussi prendre la forme d'un commentaire sur les ressources du patient, ses compétences et les efforts qu'il fait dans différents domaines (pas seulement par rapport au comportement ciblé).

Vous êtes le genre de personnes qui allez au bout des choses dès le moment où vous vous êtes décidé à faire quelque chose (Adh-EM)

C'est important pour vous d'être un bon parent, comme les vôtres l'ont été pour vous (Adh-EM)

4c Valoriser l'autonomie personnelle du patient, sa liberté de choisir, sa capacité à décider.

Oui, vous avez raison. Personne ne peut vous forcer à arrêter de boire (Adh-EM)

Vous êtes celui qui se connaît le mieux ici. Que pensez-vous qu'il faudrait faire dans le cadre de ce traitement ? (Adh-EM)

C'est vous qui décidez de la quantité de fruits et légumes que vous allez manger (Adh-EM)

Vous avez une bonne idée à ce sujet! (Adh-EM)

4d Soutenir le patient par des interventions de compassion ou de sympathie.

Avec ces problèmes de parking et cette pluie, il n'a pas dû être facile de venir ici (Adh-EM)

Je sais qu'il est vraiment difficile d'arrêter de boire (Adh-EM)

Oui, vous avez vraiment beaucoup de soucis en ce moment (Adh-EM)

On n'utilise pas de sous-codes pour les comportements d'adhérence à l'EM. Le codeur doit simplement les identifier comme appartenant à cette catégorie et leur assigner le code Adhérence à l'EM.

REGLE DECISIONNELLE : on donne la priorité au code Adhérence à l'EM si le propos tombe *clairement* dans cette catégorie. En cas de doute, un autre code peut être utilisé (p.ex. Question Ouverte ou Reflet).

5. Non-adhérence à l'EM (NAdh-EM)

Cette catégorie vise à saisir les attitudes de l'intervenant qui ne sont pas compatibles avec l'approche motivationnelle. On n'utilise pas de sous-codes pour les comportements de non-adhérence à l'EM. Le codeur doit simplement les identifier comme appartenant à cette catégorie et leur assigner le code Non-adhérence à l'EM.

5a. Donner un conseil sans en avoir obtenu la permission en suggérant ou offrant des solutions sans que le patient l'ait permis. Souvent, le langage utilise des mots comme : vous devriez, pourquoi ne feriez-vous pas, essayez, vous pourriez, et si... etc. Notez que si l'intervenant demande *préalablement* la permission, on code différemment.

Pourquoi n'essayez-vous pas de faire les trajets avec un ami ? (Non-adhérence à l'EM)

Examiner votre glycémie 5 fois par jour c'est ce qu'il y a de mieux pour commencer (Non-adhérence à l'EM)

C'est peut-être moins terrible que ce que vous imaginez. D'habitude les gens sont civilisés, si on leur donne la chance de l'être (Non-adhérence à l'EM)

Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un

5b Confronter le patient par un désaccord direct et sans ambiguïté, argumenter, corriger, humilier, blâmer, critiquer, étiqueter, ridiculiser, recourir à un discours moralisateur ou remettre en question son honnêteté. De telles interventions peuvent donner lieu à des montées en symétrie qui s'accompagnent d'une désapprobation ou d'une attitude négative. Sont incluses des interventions où l'intervenant utilise une question ou un reflet clairement émis sur un ton confrontant.

Reformuler une information déjà connue du patient ou révélée par lui peut être soit un reflet soit une confrontation. La plupart des confrontations peuvent être correctement codées en prêtant une attention soigneuse au ton de la voix et au contexte.

Vous preniez de l'Antabus tout en continuant à consommer ? (Non-adhérence à l'EM)

Vous pensez que c'est une façon de traiter les gens qu'on aime ? (Nadh-EM)

Vous, vous êtes alcoolique. Vous ne le pensez pas, mais vous l'êtes (Nadh-EM)

Attendez une minute, votre hémoglobine glyquée est à 12. Je suis désolé, mais il n'est pas possible que vous ayez compté vos hydrates de carbonnes comme vous le dites, si c'est si haut (Nadh-EM)

5c Diriger le patient en lui donnant des ordres, des impératifs, en le commandant. Ce type de formulation est impérative :

Ne faites pas cela ! (Nadh-EM)

Ramenez ces devoirs la semaine prochaine (Nadh-EM)

Pour vous, il est nécessaire d'aller à 90 rencontres sur 90 jours (Nadh-EM)

Encore une fois, les codeurs ne doivent pas sous-catégoriser les comportements de non-adhérence à l'EM. Une fois que le codeur a décidé qu'il s'agit d'un comportement confrontant ou directif (ou de quelque chose qui se rapproche des autres comportements qui entrent dans cette catégorie), il lui assigne le code Non-adhérence à l'EM et continue le codage.

REGLE DECISIONNELLE : Le code Non-adhérence à l'EM est choisi en priorité si la séquence tombe *clairement* dans cette catégorie. En cas de doute, un autre code (p.ex. Donner de l'information) devrait être donné.

Exemple : accès de colère

Patient : *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant? C'est vous le médecin.*

Intervenant : *Résoudre ceci seule ne vous a pas réussi, ainsi vous vous êtes enfin décidée à demander de l'aide (Nadh-EM)*

Patient : *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant? C'est vous le médecin.*

Intervenant : *Votre enfant est normal. Il ne s'agit pas d'accès de colère (Nadh-EM)*

E. CHOISIR LA LONGUEUR ET LE TYPE DU SEGMENT CODE

Le MITI a été développé pour l'utilisation de segments de 20 minutes d'enregistrement d'une séance de thérapie. On peut aussi l'utiliser pour des segments plus longs (par exemple pour toute la séance). Nous tenons pourtant à avertir qu'une prolongation de la durée du temps de codage s'accompagne de :

- 1) la difficulté de la part du codeur à avoir une concentration soutenue
- 2) la difficulté à maintenir un jugement global avec l'acquisition de (trop) nombreuses données et
- 3) difficultés logistiques à obtenir du temps pour un travail ininterrompu au cours d'une journée de travail chargée.

De la même façon, bon nombre de nos données proviennent de l'utilisation d'enregistrements audio plutôt que vidéo. Le MITI peut être utilisé pour coder des enregistrements vidéo, mais ne devrait pas être transformé pour le recueil d'informations visuelles.

F. SCORES COMPOSITES DU MITI

Parce que les indicateurs de la pratique de l'EM ne sont pas parfaitement saisis par un simple décompte de fréquence, nous avons trouvé que plusieurs domaines d'application de l'EM étaient mieux évalués par des scores composites que par le simple décompte des codes. Par exemple, le rapport entre les reflets et les questions donne une mesure concise d'un processus important de l'EM. Ci-dessous se trouve une liste partielle de scores composites qui servent de mesures pour déterminer les compétences dans l'application de l'EM, ainsi que les formules pour les calculer.

- Score d'Esprit Global = (Evocation + Collaboration + Autonomie/Soutien) / 3
- Pourcentage Reflets Complexes (%RC) = RC / Reflets totaux
- Pourcentage Questions Ouvertes (%QO) = QO / (QO + QF)
- Rapport Reflet / Questions (R / Q) = Reflets totaux / (QF + QO)
- Pourcentage Adhérence à l'EM (%Adh-EM) = Adh-EM / (Adh-EM + NAdh-EM)

G. STRATEGIES D'ENTRAINEMENT POUR LE MITI

*Donne-moi une erreur en tout temps féconde, pleine de semences, qui jaillirait avec ses propres corrections
Pareto (1848 – 1923)*

L'entraînement des codeurs vers la compétence, mesurée par la fiabilité inter-juge et compatible avec une référence absolue, nécessite habituellement un processus d'apprentissage par étape. Nous nous sommes rendu compte que les codeurs ont intérêt à commencer par des tâches simples et à ne passer à des tâches plus complexes qu'au moment où les tâches simples sont bien intégrées. Nous recommandons de commencer par les tâches

Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un

du niveau I jusqu'à atteindre une fiabilité standard avant de passer au niveau II. Dès que la fiabilité standard est atteinte pour les niveaux I et II le codeur peut se familiariser avec le niveau III. L'auto-entraînement par relecture de textes sur l'EM et par la visualisation de vidéos peut se faire en tout moment (peut-être même avant de commencer le niveau I).

L'utilisation d'un matériel transcrit pré-codé standardisé va permettre d'aider le codeur dans l'évaluation de ses compétences et des domaines où il devrait s'améliorer. Nous nous sommes rendus compte que les codeurs rencontrent souvent des difficultés dans tel ou tel domaine bien précis, ce qui nécessite une focalisation plus spécifique. Les domaines problématiques peuvent être identifiés par l'utilisation de transcriptions standardisées ressemblant à un quiz, existant pour chaque niveau. Souvent, il faut plus d'un quiz par niveau. Nous savons qu'un codeur a souvent besoin de 40 heures d'entraînement pour atteindre une fiabilité inter-juge en utilisant le MITI. De plus, des sessions de codage régulières (probablement hebdomadaires) seront nécessaires pour éviter toute dérive. L'expérience clinique (être un médecin/psychologue) n'a pas semblé prédire une plus grande facilité dans l'entraînement ni de meilleures compétences dans notre laboratoire.

Compétences de Niveau I : subdivision des unités de pensée, donner de l'information, questions ouvertes et fermées

Compétences de Niveau II : ajouter reflets, Adh-EM et NAdh-EM

Compétences de Niveau III : ajouter les scores globaux

Ci-dessous les compétences et seuils de compétences recommandés pour les cliniciens, basés sur le système de codage MITI. Notez que ses seuils sont basés sur l'opinion d'EXPERTS et qu'il manque à l'heure actuelle des données normatives ou d'autres données validées pour les soutenir. Nous sommes maintenant en train de rassembler des données normatives pour le MITI révisé. En attendant que ces données soient disponibles, ces seuils devraient être utilisés conjointement avec d'autres données permettant d'évaluer les compétences et capacités des cliniciens dans la pratique de l'EM.

Décompte des comportements ou seuils de scores totaux	Compétence débutante	Compétence
Scores globaux du thérapeute	Moyenne de 3,5	Moyenne de 4
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	1	2
Pourcentage de Questions Ouvertes (%QO)	50%	70%
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	40%	50%
Pourcentage Adhérence à l'EM (% Adh-EM)	90%	100%

MITI : Codage et interprétation

Interviewer : _____ Séquence :

Codeurs : _____ Date du codage :

SCORES GLOBAUX

Evocation		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Collaboration		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Autonomie / Soutien		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Direction		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Empathie		1 Bas	2	3	4	5 Élevé

DÉCOMPTE DES COMPORTEMENTS

Donner de l'information			
Adhérence à l'EM	Demander la permission, valoriser, encourager l'autonomie personnelle, soutenir		
Non-Adhérence à l'EM	Conseiller, confronter, diriger		
Question (sous-classifier)	Questions fermées		
	Questions ouvertes		
Reflet (sous-classifier)	Simple		
	Complexes		
	Total des Reflets		

Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un

SCORES ET INTERPRETATIONS

Décompte des comportements ou seuils de scores totaux	Débutants	Entraînés	Interviewer
Scores globaux du thérapeute	Moyenne de 3,5	Moyenne de 4	/
Rapport Reflets/Questions (Total R/Total Q)	1	2	
% Questions Ouvertes (QO/Total Q)	50%	70%	
% Reflets Complexes (RC/Total R)	40%	50%	
% Adhérence à l'EM (Adh/Adh+NonAdh)	90%	100%	

Liste des codes MITI

EVOCATION	(Score global d'évocation)
COLLABORATION	(Score global de collaboration)
AUTONOMIE / SOUTIEN	(Score global d'autonomie/soutien)
DIRECTION	(Score global de direction)
EMPATHIE	(Score global d'empathie)
ESPRIT	(Score global de l'esprit EM = moyenne d'évocation, collaboration, autonomie/soutien)
DI	(Donner de l'Information)
Adh-EM	(Adhérence à l'EM)
NAdh-EM	(Non-Adhérence à l'EM)
QO	(Question Ouverte)
QF	(Question Fermée)
Rs	(Reflet simple)
Rc	(Reflet complexe)

Note : Des codages transcrits d'entretiens motivationnels effectués dans le cadre des entraînements professionnels sont disponibles pour vous assister dans votre apprentissage de l'utilisation du MITI. Pour faciliter l'apprentissage, chaque entretien est codé 2 fois : une fois pour les scores globaux et une fois pour le décompte des comportements, même si, en pratique, les 2 tâches sont effectuées simultanément. Ces transcriptions, ainsi que le manuel MITI peuvent être téléchargés du site <http://casaa.unm.edu>.

Première phrase :