

# **Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 (MITI 4.2)**

T.B. Moyers<sup>1</sup>, J.K. Manuel<sup>2</sup>, & D. Ernst<sup>3</sup>

University of New Mexico

<sup>1</sup>Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA)

<sup>2</sup>Department of Veterans Affairs

<sup>3</sup>Denise Ernst Training & Consultation

Citation recommandée:

Moyers, T.B., Manuel, J.K., & Ernst, D. (2014). Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2. Unpublished manual.

Nous sommes reconnaissantes aux personnes ayant révisé ce manuel :

Lisa Hagen Glynn - Cristiana Fortini

## **VERSION FRANCAISE**

Adaptée et traduite de l'anglais par  
Cristiana Fortini<sup>1</sup>

Patrick Berthiaume<sup>2</sup> et Jacques Gaume<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'alcoologie

Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire

Centre hospitalier universitaire vaudois - CHUV

Lausanne, Suisse

<sup>2</sup>Formations Perspective Santé

Québec, Canada



## Table des matières

<b>A. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<i>But du MITI</i> .....	1
<b>B. COMPOSANTES DU MITI</b> .....	<b>1</b>
<b>C. DÉSIGNATION D'UN CHANGEMENT CIBLE</b> .....	<b>2</b>
<b>D. SCORES GLOBAUX</b> .....	<b>2</b>
Cultiver le discours-changement.....	3
Modérer le discours-maintien.....	5
Partenariat.....	7
Empathie.....	9
<b>E. DÉCOMPTE DES COMPORTEMENTS</b> .....	<b>11</b>
<i>E.1. Subdiviser le discours de l'intervenant</i> .....	11
<i>E.2. Exemples de subdivisions</i> .....	12
<i>E.3. Quand faut-il subdiviser ?</i> .....	13
<i>E.4. Codes de comportement</i> .....	14
Donner de l'Information (INF).....	14
Persuader (PE).....	15
Persuader avec Permission (PEP).....	16
Questions (QU).....	18
Reflets.....	18
Reflét Simple (RS).....	19
Reflét Complexe (RC).....	19
Comportements Adhérents à l'EM (Adh-EM).....	22
Valoriser (VAL).....	23
Chercher la Collaboration (CC).....	24
Accentuer l'Autonomie (AA).....	26
Comportements Non-Adhérents à l'EM (Nadh-EM).....	27
Persuader (PE).....	27
Confronter (CO).....	27
<b>F. ÉNONCÉS NON CODÉS DANS LE MITI</b> .....	<b>30</b>
<b>G. CHOISIR LA LONGUEUR ET LE TYPE DU SEGMENT CODÉ</b> .....	<b>30</b>
<b>H. SCORES COMPOSITES</b> .....	<b>31</b>
<b>I. SEUILS DE COMPÉTENCE DE BASE ET DE MAÎTRISE DU CLINICIEN</b> .....	<b>31</b>
<b>LISTE DES CODES MITI</b> .....	<b>32</b>
<b>ANNEXE A - Le MITI est-il approprié à votre intervention ?</b> .....	<b>33</b>
<b>ANNEXE B - Questions fréquentes</b> .....	<b>35</b>
<b>MITI 4.1 : FEUILLE DE CODAGE</b> .....	<b>38</b>

## A. INTRODUCTION

### But du MITI

Dans quelle mesure l'usage de l'entretien motivationnel (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'adhérence à la technique de l'entretien motivationnel lors d'études cliniques
2. en tant qu'outil de feedback structuré et formel visant à améliorer la pratique dans un cadre autre que la recherche
3. en tant que critère de sélection pour la formation et le recrutement (pour plus d'information à ce sujet, voir la section « Questions fréquentes » de l'annexe B ; en cours de développement)

Le MITI évalue les processus qui composent l'EM, notamment développer le lien, focaliser, évoquer et planifier. Une évaluation par le MITI pourrait ne pas être appropriée pour des sessions dans lesquelles un objectif ou un changement cible n'est pas identifié (voir « Identifier un changement cible », section C), malgré que certains de ses éléments puissent être utiles pour évaluer et fournir un retour quant aux compétences liées au développement du lien.

## B. 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 d'une interaction en codant certaines de ses caractéristiques sur une échelle de Likert à cinq points. Ces scores permettent de saisir l'impression globale ou l'évaluation générale à propos d'une dimension, parfois appelée la « gestalt ». Quatre dimensions globales sont codées : Cultiver le discours-changement (en anglais, *cultivating change talk*), Modérer le discours-maintien (en anglais, *softening sustain talk*), Partenariat et Empathie. Cela signifie que chaque codage par le MITI va compter quatre scores globaux.

Pour le décompte des comportements, le codeur doit comptabiliser chaque apparition de différents comportements de l'intervenant. Ces pointages se font sur l'ensemble du passage choisi. Le codeur n'a pas à juger de la qualité générale ou de l'adéquation du comportement comme dans le cas du score global, mais doit simplement identifier et compter les comportements.

En règle générale, les scores globaux et le décompte des comportements sont évalués dans le cadre d'un passage unique d'une séquence audio. La durée recommandée d'un échantillon est de 20 minutes, défini de façon aléatoire. Des séquences plus courtes ou plus longues peuvent être utilisées, mais il faudra veiller à l'attribution et à l'interprétation des scores globaux pour de tels échantillons. Il faut s'assurer que le choix de l'échantillon soit fait

au hasard, surtout dans le domaine de la recherche, de manière à pouvoir faire des inférences appropriées quant à l'adhérence à l'EM pour l'entier de l'entretien.

L'enregistrement peut être arrêté 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 écoute en groupe ceci est moins dérangeant). Certains codeurs préféreront ainsi effectuer 2 écoutes avant d'avoir atteint une certaine expertise dans l'utilisation du système de codage. Dans ce cas, la première écoute sera consacrée aux scores globaux et la deuxième au décompte des comportements.

### **C. DÉSIGNATION D'UN CHANGEMENT CIBLE**

Le MITI requiert de se focaliser sur un changement cible particulier et de maintenir une direction spécifique vers ce changement tout au long de la conversation. Un objectif de changement, parfois appelé comportement cible, peut être très spécifique et comportemental (par exemple, réduire sa consommation d'alcool, surveiller sa glycémie, s'inscrire dans un programme de traitement). *Les codeurs doivent être informés du changement cible de l'interaction, avant le codage.* Ils noteront cette information sur la feuille de codage avant de commencer à coder. Ceci leur permettra de mieux évaluer si le clinicien oriente l'intervention vers l'objectif et s'il fait exprimer le client dans ce sens.

### **D. SCORES GLOBAUX**

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 en évaluant simultanément plusieurs petits éléments, l'appréciation de l'ensemble par le codeur est prépondérante. Les scores globaux devraient refléter l'évaluation holistique de l'intervenant, qui ne peut pas nécessairement être découpée en éléments isolés.

Les scores globaux sont obtenus sur une échelle de Likert à 5 points, avec un score minimum de « 1 » et maximum de « 5 ». Le codeur se situe au départ au point « 3 » pour ensuite se déplacer vers le haut ou vers le bas. Un « 3 » peut aussi désigner une intervention mixte. Un « 5 » ne sera généralement pas attribué si l'intervention comporte des exemples clairs d'une moins bonne pratique.

## Cultiver le discours-changement (CDC)

Faible			Elevé	
1	2	3	4	5
Le clinicien ne porte aucune attention, ou aucune préférence, au langage du patient en faveur du changement	Le clinicien porte une attention sporadique au langage du patient en faveur du changement ; il manque fréquemment des opportunités d'encourager le discours-changement	Le clinicien porte souvent une attention au langage du patient en faveur du changement, mais manque quelques opportunités d'encourager le discours-changement	Le clinicien porte une attention constante au langage du patient en faveur du changement et fournit des efforts pour l'encourager	Le clinicien fait preuve d'un effort marqué et constant pour augmenter la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du changement

Cette échelle mesure à quel point le clinicien encourage activement l'émergence du langage du patient en faveur du changement cible, ainsi que la confiance du patient en sa capacité à changer.

Pour attribuer un score *élevé* à cette échelle, un objectif de changement doit être clair et la conversation doit être largement focalisée sur le changement, le clinicien cultivant activement le discours-changement dès que cela est possible.

Un score *faible* indique que le clinicien ne porte pas d'attention au langage du patient portant sur le changement, soit parce qu'il ne le reconnaît pas et ne le relève pas, soit parce qu'il donne priorité à d'autres aspects de l'interaction (tels que anamnèse, évaluation, écoute non-directive). Des interactions faibles sur l'échelle de Cultiver le Discours-Changement peuvent quand même contenir une forte empathie et être cliniquement appropriées.

### Scores

#### 1. Le clinicien ne porte aucune attention, ou aucune préférence, au langage du patient en faveur du changement.

Exemples :

- Demande uniquement un historique du problème
- Structure la conversation uniquement autour des problèmes/difficultés rencontrés par le patient
- Ne s'intéresse et ne se soucie pas des valeurs du patient, ses forces, espoirs, succès passés
- Fournit de l'éducation comme seul mode d'interaction
- Amène des raisons de changer au lieu de les faire émerger par le patient
- Ignore le discours-changement lorsqu'il apparaît

**2. Le clinicien porte une attention sporadique au langage du patient en faveur du changement ; il manque fréquemment des opportunités d'encourager le discours-changement.**

Exemples :

- Porte une attention superficielle au langage du patient autour de l'objectif de changement
- Ne demande pas quels seraient les bénéfices du changement
- Ne se montre pas curieux ou fait preuve d'un intérêt minime quant aux valeurs, forces et succès passés du patient

**3. Le clinicien porte souvent une attention au langage du patient en faveur du changement, mais manque quelques opportunités d'encourager le discours-changement**

Exemples :

- Manque des opportunités pour encourager l'émergence de langage en faveur du changement
- Peut accorder un temps équivalent au discours-maintien et au discours-changement, par exemple en faisant une balance décisionnelle alors qu'un élan vers le changement avait déjà émergé

**4. Le clinicien porte une attention constante au langage du patient en faveur du changement et fournit des efforts pour l'encourager.**

Exemples :

- Le plus souvent, reconnaît les raisons de changer du patient et les explore lorsqu'elles émergent
- Répond souvent au discours-changement avec des reflets qui n'encouragent pas une exploration plus approfondie de la part du patient
- Se montre curieux lorsque le patient exprime du discours-changement
- Peut explorer les valeurs, forces, espoirs et succès passés du patient en lien avec le changement cible

**5. Le clinicien fait preuve d'un effort *marqué et constant* pour augmenter la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du changement.**

Exemples :

- Au cours de leurs échanges, le clinicien influence et façonne le langage du patient en faveur du changement
- A recours à des exercices ou tâches thérapeutiques afin de susciter et renforcer le discours-changement
- Ne manque généralement pas d'opportunités pour explorer plus profondément le discours-changement du patient
- Suscite de façon stratégique le discours-changement et y répond de façon constante lorsqu'il émerge
- Manque rarement des opportunités de développer l'élan du discours-changement

## Modérer le discours-maintien (MDM)

Faible			Elevé	
1	2	3	4	5
Le clinicien répond systématiquement au langage du patient de façon à augmenter la fréquence ou la profondeur du discours en faveur du statu quo	Le clinicien choisit généralement de se centrer sur le langage du patient en faveur du statu quo : il l'explore, s'y focalise, y répond	Le clinicien accorde une préférence au langage du patient en faveur du statu quo, mais peut par moments dévier son attention du discours-maintien	Le clinicien évite généralement de mettre l'accent sur le langage du patient en faveur du statu quo	Le clinicien fait preuve d'un effort marqué et constant pour faire baisser la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du statu quo

Cette échelle mesure à quel point le clinicien évite de se centrer sur les raisons de ne pas changer ou de maintenir le statu quo.

Pour atteindre un score *élevé*, le clinicien devrait éviter de s'attarder dans des discussions autour des difficultés ou de l'absence d'attrait du changement. Même si le clinicien peut choisir de se centrer sur le discours-maintien pour favoriser le lien avec le patient, il ne devrait le faire que pendant un temps, amenant ensuite la discussion sur un terrain favorable au renforcement de la motivation.

Un score *faible* sur l'échelle de Modérer le Discours-Maintien sera attribué lorsque le clinicien se focalise de façon considérable sur les barrières au changement, même s'il a recours aux techniques de l'entretien motivationnel (par exemple, poser des questions ouvertes, refléter, valoriser, etc.) pendant la conversation pour faire exprimer et pour refléter le discours-maintien.

### Scores

#### 1. Le clinicien répond systématiquement au langage du patient de façon à augmenter la fréquence ou la profondeur du discours en faveur du statu quo

Exemples :

- Demande explicitement au patient de fournir des arguments contre le changement, interroge sur les difficultés
- Cherche activement à faire élaborer le patient lorsque celui-ci fournit du discours-maintien, par des questions, des reflets ou des valorisations
- Porte une attention particulière et renforce le discours-maintien lorsqu'il émerge avec du discours-changement
- Se montre curieux et centré sur les raisons de ne pas changer du patient de façon soutenue

**2. Le clinicien choisit généralement de se centrer sur le langage du patient en faveur du statu quo : il l'explore, s'y focalise, y répond**

Exemples :

- Approfondit souvent les barrières et les difficultés du changement lorsque le patient les aborde
- Demande au patient d'aborder les barrières au changement plus qu'une fois au cours de la conversation, même si celui-ci n'en parle pas spontanément
- Reflète souvent les bénéfices du statu quo

**3. Le clinicien accorde une préférence au langage du patient en faveur du statu quo, mais peut par moments dévier son attention du discours-maintien**

Exemples :

- Manque quelques opportunités de dévier l'attention du discours-maintien
- Se focalise sur les avantages du statu quo même lorsque le patient émet du discours-changement

**4. Le clinicien évite généralement de mettre l'accent sur le langage du patient en faveur du statu quo**

Exemples :

- Ne demande pas explicitement quelles sont les raisons de ne pas changer
- Accorde une importance minimale au discours-maintien lorsqu'il apparaît
- Ne cherche pas à élaborer le discours-maintien
- Ne se montre pas curieux ni se focalise sur les raisons du patient de maintenir le statu quo
- Ne s'attarde pas dans des discussions portant sur les barrières au changement

**5. Le clinicien fait preuve d'un effort *marqué et constant* pour faire baisser la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du statu quo**

Exemples :

- Utilise des exercices ou tâches thérapeutiques structurées dans le but de dévier la discussion du discours-changement vers le changement cible
- Peut avoir recours à des reflets doubles (terminant par un reflet du discours-changement) pour éloigner la conversation du discours-maintien

## Partenariat (PAR)

Faible			Elevé	
1	2	3	4	5
Le clinicien prend activement le rôle de l'expert durant la plus grande partie de l'interaction. La collaboration ou le partenariat est absent	Le clinicien saisit superficiellement les occasions pour collaborer	Le clinicien incorpore les apports du patient, mais le fait de façon légère ou irrégulière	Le clinicien encourage la collaboration et le partage de pouvoir de façon à ce que les apports 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 apports du patient influencent notablement la nature de l'entretien

Cette échelle est censée mesurer à quel point le clinicien transmet qu'il considère que le patient est prioritairement celui qui détient l'expertise et la sagesse liées au changement.

Un score *élevé* est attribué aux cliniciens qui vivent l'entretien comme un échange entre deux partenaires égaux, les deux détenant des connaissances utiles à la résolution du changement considéré.

Un score *faible* reflète un clinicien qui adopte un rôle d'expert durant la plus grande partie de l'entretien et qui a une grande influence sur la nature de l'interaction.

### Scores

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

Exemples :

- Adopte explicitement le rôle de l'expert en définissant le problème, en prescrivant les objectifs ou en définissant le plan d'action
- Impose activement son agenda pour la majorité de l'interaction avec le patient
- Nie ou minimise les idées du patient
- Domine la conversation
- Contre-argumente lorsque le patient propose une approche alternative
- A souvent un réflexe correcteur

#### **2. Le clinicien saisit superficiellement des occasions pour collaborer.**

Exemples :

- Abandonne rarement son rôle d'expert
- Aborde peu ou superficiellement les apports du patient
- Souvent sacrifie les opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de problème, préférant alors apporter des connaissances ou son expertise

- Répond peu ou superficiellement aux sujets que pourrait amener le patient, ses connaissances, ses idées, ses préoccupations
- Peut, occasionnellement, corriger le patient ou démentir ce qu'il dit

### **3. Le clinicien incorpore les apports du patient, mais le fait de façon légère ou irrégulière**

Exemples :

- Peut saisir une opportunité pour collaborer, mais ne structure pas l'interaction dans le but de solliciter une collaboration
- Peut manquer des opportunités de collaborer lorsqu'elles sont initiées par le patient
- Le réflexe correcteur est largement absent
- Sacrifie certaines opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de problème, pour apporter plutôt des connaissances ou son expertise
- Semble ne pas savoir comment avancer avec le patient ; ne lutte ni ne danse

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

Exemples :

- Structure par moments l'entretien de façon à encourager les apports du patient
- Cherche à se mettre d'accord avec le patient sur de la définition du problème, de l'agenda, des objectifs
- Sollicite le point de vue du patient, pas seulement de façon superficielle et sommaire
- Implique le patient dans le processus de résolution de problèmes ou brainstorming
- 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 apports du patient influencent notablement la nature de l'entretien**

Exemples :

- Négocie avec authenticité l'agenda et les objectifs de l'entretien
- Se montre curieux quant aux idées du patient, par des questions et une écoute attentive
- Facilite l'évaluation des options et la planification par le patient
- Identifie explicitement le patient comme l'expert et le décideur
- Ajuste son apport de conseils et d'expertise aux apports du patient
- Privilégie la discussion autour des forces et ressources du patient plutôt que l'investigation des déficits

## Empathie (EMP)

Faible			Elevé	
1	2	3	4	5
Le clinicien 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 déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le point de vue du patient. Il fait preuve d'une compréhension correcte de la vision du patient, la compréhension étant toutefois 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 et n'a pas encore dit

Cette échelle mesure à quel point le clinicien comprend ou fait l'effort de saisir le point de vue et le vécu du patient (c'est à dire, à quel point il réussit à se mettre à la place du patient pour s'approprier ses pensées et ses sentiments). L'empathie ne doit pas être confondue avec la chaleur humaine, l'acceptation, le soutien, 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.

Les cliniciens à qui l'on attribue un score *élevé* sur l'échelle d'Empathie montrent qu'ils comprennent la vision du patient par différents moyens, tels que des reflets complexes qui semblent anticiper ce que le patient a voulu dire mais n'a pas dit, des questions pertinentes basées sur l'écoute de ce qui a été dit, et une appréciation exacte de l'état émotionnel du patient.

Les cliniciens à qui l'on attribue un score *faible* sur l'échelle d'Empathie ne semblent pas s'intéresser au point de vue du patient.

### Scores

#### 1. Le clinicien n'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient

Exemples :

- Récolte uniquement des informations factuelles
- 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 souvent 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 :

- Peut faire quelques reflets adéquats, mais il se peut qu'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

**4. Le clinicien déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le point de vue du patient. Il fait preuve d'une compréhension correcte de la vision du patient, la compréhension étant toutefois 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
- Exprime que les préoccupations du patient sont normales ou ressemblent à celles d'autres personnes

**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 encore 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
- Souvent encourage le patient à élaborer, au-delà de ce qui est nécessaire pour simplement suivre l'histoire
- Fait de nombreux reflets complexes adéquats

## E. DÉCOMPTE DES COMPORTEMENTS

Le décompte des comportements a pour but de saisir différents comportements spécifiques sans tenir compte de comment ils s'insèrent dans l'impression générale de l'utilisation de l'EM. Les décomptes de comportement résultent d'un processus faisant appel à des règles de catégorisation et des règles décisionnelles, en contraste avec les scores globaux qui proviennent d'une impression générale. Le codeur devrait s'abstenir de se reposer sur des interprétations pour attribuer un code de comportements.

### E.1. Subdiviser le discours de l'intervenant

La séquence à coder peut être divisée en « tours de parole » (en anglais, *volleys*), définis comme des segments ininterrompus de parole du clinicien. Un tour de parole commence lorsque le clinicien commence à parler et se termine par la prise de parole par le patient (à l'exception des commentaires tels que « d'accord, ok, bien »).

Un tour de parole du clinicien se compose d'une ou plusieurs « unités de pensée » (en anglais, *utterance*). Une unité de pensée est définie comme une pensée complète (Gottnam, Markman & Notarius, 1977 ; Weiss, Hops & Patterson, 1973). Des codes de comportement sont attribués aux unités de pensée du clinicien, mais pas toutes les unités de pensée ne recevront un code de comportement (voir F. Énoncés non codés dans le MITI).

Un seul code peut être attribué à une unité de pensée, et un code ne peut être attribué qu'une seule fois par tour de parole. Par exemple, « votre consommation vous inquiète » est une unité de pensée qui recevra un code. Par contre, le tour de parole « votre consommation vous inquiète ; est-ce que cela a déjà été un problème dans le passé ? » est subdivisé en deux unités de pensées recevant chacune un code. Ainsi, dans un tour de parole assez long, si le clinicien reflète, confronte, donne de l'information, puis pose une question, un code sera attribué à chaque unité. De la même façon, si le clinicien accentue l'autonomie et valorise dans un même tour de parole, les deux codes seront attribués. (\*\* Notez que cette règle de subdivision pour des unités de pensées relevant des codes Adhérence-EM et Non-Adhérence-EM diffère de celle des versions précédentes du MITI).

Les reflets sont abordés différemment. Un seul code reflet est attribué par tour de parole, quelle que soit la combinaison de reflets simples et complexes. Si un reflet complexe est présent, le code « Reflet Complexe (RC) » sera attribué. Sinon, on choisira le code « Reflet Simple (RS) ». Par exemple, un tour de parole dans lequel le clinicien fait un reflet simple, pose une question et termine par un reflet complexe recevra deux codes : Reflet Complexe et Question.

Enfin, pour ce qui est des questions, une seule par tour de parole sera codée dans le MITI 4.2. Si le clinicien pose plusieurs questions dans un même tour de parole, un seul code Question sera attribué.

Le nombre maximum de codes par tour de parole s'élève à 8. Chacun de ces codes ne peut être attribué qu'une seule fois dans un tour de parole:

- Donner de l'information (INF)

- Persuader (PE) ou Persuader avec Permission (PEP)
- Question (QU)
- Reflet Simple (RS) ou Reflet Complexe (RC)
- Valoriser (VA)
- Chercher la collaboration (CC)
- Accentuer l'Autonomie (AA)
- Confronter (CO)

**Règle décisionnelle** : si le codeur hésite à subdiviser ou non un segment en unités de pensée, la règle par défaut devrait être de décider de *subdiviser moins*.

## E.2. Exemples de subdivisions

*Prenons l'intervention suivante d'un clinicien :*

Laissez-moi vous demander: vu que vous avez été forcé à venir ici, et que vous avez l'impression que tout le monde s'acharne sur vous, que tout le monde s'en prend à vous par rapport à votre consommation d'alcool, qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous allez passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ?

Cette intervention est subdivisée de la manière suivante :

- Première unité de pensée :

Laissez-moi vous demander: vu que vous avez été forcé à venir ici, et que vous avez l'impression que tout le monde s'acharne sur vous, que tout le monde s'en prend à vous par rapport à votre consommation d'alcool, (Reflet Complexe)

- Deuxième unité de pensée :

Qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous allez passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ? (Chercher la Collaboration)

*E.2.b. Voyons cette autre intervention d'un clinicien :*

Ce que vous dites est tout à fait vrai, c'est à vous de décider. Personne ne fera 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 ces questions « 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 ? »

Cette intervention est subdivisée de la manière suivante :

- 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. 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. (Accentuer l'Autonomie)

- Deuxième unité de pensée :

Et je vous entends vous battre avec ces questions « 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 ? » (Reflét Complexe)

*Voyons cette autre intervention d'un intervenant :*

Pour répondre à votre question, il est recommandé de manger au moins 5 fruits et légumes par jour. Bien sûr, c'est à vous à décider ce qui serait possible pour vous. Cela ferait combien de plus par jour ? En êtes-vous capable ?

Cette intervention est subdivisée de la manière suivante :

- Première unité de pensée :

Pour répondre à votre question, il est recommandé de manger au moins 5 fruits et légumes par jour. (Donner de l'Information)

- Deuxième unité de pensée :

Bien sûr, c'est à vous à décider ce qui serait possible pour vous. (Accentuer l'Autonomie)

- Troisième unité de pensée :

Cela ferait combien de plus par jour ? En êtes-vous capable ? (Question)

*Voyons cette autre intervention d'un intervenant :*

Vous semblez épuisé. Je sais que moi je l'étais lorsque j'ai dû affronter ce même problème. Vous voulez trouver une solution et vous travaillez dur pour y arriver !

Cette intervention est subdivisée de la manière suivante :

- Première unité de pensée :

Vous semblez épuisé. (Reflét, peut être Simple ou Complexe)

- Deuxième unité de pensée :

Je sais que moi je l'étais lorsque j'ai dû affronter ce même problème. (parler de soi, en anglais *self-disclosure*, non codé)

- Troisième unité de pensée :

Vous voulez trouver une solution et vous travaillez dur pour y arriver ! (Valoriser)

### **E.3. Quand faut-il subdiviser ?**

Les énoncés du patient tels que « oui », « c'est ça » qui n'interrompent pas la parole de l'intervenant sont considérés comme des éléments facilitateurs et ne devraient pas interrompre le tour de parole lorsqu'on le code. Toutefois, si le patient répond à une question directe ou à un reflét par un « oui » ou un « c'est ça », le tour de parole de l'intervenant sera subdivisé. Gardez en tête que la règle par défaut est de subdiviser moins.

Par exemple, l'intervenant dit :

Voyons si je comprends bien. Vous n'êtes pas content d'être ici aujourd'hui mais vous êtes d'accord d'envisager de changer certaines choses. Vous vous rendez compte que

vosre consommation d'alcool vous cause quelques soucis et vous pensez qu'il pourrait être temps de changer quelque chose.

Si le patient dit « oui » tout au long de la séquence afin de valider les dires de l'intervenant, le tour de parole ne sera pas subdivisé.

Par contre, si l'intervenant dit par exemple :

Vous êtes vraiment inquiet par rapport à votre consommation d'alcool et vous vous sentez prêt à faire quelques changements. Pensez-vous qu'il soit temps de discuter d'un traitement ?

Ici, si le patient répond avec un « oui » indiquant qu'il est temps d'envisager un traitement, l'unité de pensée serait interrompue par l'intervention du patient et un nouveau tour de parole démarrerait avec la prochaine unité de pensée de l'intervenant.

Lorsque l'on tente de « suivre » un échange rapide qui contient de nombreux éléments facilitateurs, le codeur se souviendra que la règle par défaut est de subdiviser moins d'unités de pensée plutôt que plus.

#### **E.4. Codes de comportement**

---

##### **Donner de l'Information (INF)**

---

Cette catégorie est utilisée quand l'intervenant donne de l'information, éduque, donne un feedback ou exprime une opinion professionnelle sans persuader, conseiller ou mettre en garde. Typiquement, le ton de l'information est neutre, et le langage employé pour transmettre de l'information générale n'implique pas que celle-ci soit spécifiquement applicable au patient, ni que celui-ci doive en faire quelque chose.

Exemples :

Si je m'en réfère à mon expérience professionnelle, je pense qu'entreprendre une réhabilitation cardiaque est la meilleure option pour la plupart des personnes dans votre situation.

D'après les recommandations, les femmes ne devraient pas boire plus que sept verres d'alcool par semaine.

*Les phrases de structure ne sont pas codées «Donner de l'Information ».*

Il s'agit de phrases qui indiquent ce qui va se passer durant l'entretien, des instructions pour un exercice, la prise de rendez-vous, la discussion autour du nombre ou du calendrier des séances pour un protocole de recherche, etc.

Exemples de phrases de structure :

Je voudrais que vous regardiez cette liste de forces et que vous en choisissiez deux ou trois qui vous correspondent.

On pourrait jeter un œil sur votre plan de traitement et voir ce qu'il faudrait changer.  
Il nous reste encore deux séances après celle-ci, nous devrions les planifier.

### *Différencier « Donner de l'Information » d'autres codes de comportement.*

Donner de l'Information ne doit pas être confondu avec persuader, confronter, ou persuader avec permission.

Si je m'en réfère à mon expérience professionnelle, je pense qu'entreprendre une réhabilitation cardiaque est la meilleure option pour vous. (Persuader)

Si je m'en réfère à mon expérience professionnelle, je pense qu'entreprendre une réhabilitation cardiaque est la meilleure option pour vous. Que pensez-vous de cette option ? (Persuader avec Permission ; Chercher la Collaboration)

Vous avez indiqué dans le questionnaire que vous buvez environ 18 verres d'alcool par semaine. Ceci dépasse de loin une consommation sociale. (Confronter)

Selon ce tableau, vous ne mangez que 2 fruits par jour, alors que vous disiez en manger 5. Il est facile de se voiler la face. (Confronter)

Ça a marché pour moi, et ça marchera pour vous si vous essayez. Nous devons vous trouver la bonne réunion AA. Vous n'avez juste pas encore trouvé la bonne. (Persuader)

Je vous encourage à toujours porter un casque de vélo. Il vous protégera en cas d'accident. (Persuader)

Aujourd'hui nous allons parler de stratégies qui ont fonctionné pour d'autres. (non codé, Structure)

Le choix vous appartient, mais à mon avis, poursuivre le programme de traitement serait une bonne chose pour vous. (Accentuer l'Autonomie ; Persuader avec Permission)

Continuer à boire autant peut vraiment endommager votre foie. (Persuader)

---

## **Persuader (PE)**

---

Le clinicien tente activement de changer l'opinion, l'attitude, ou le comportement du patient, en recourant à la logique, à l'argumentation, à des faits, ou en parlant de soi (et en faisant un lien explicite entre ces stratégies et la nécessité de changer). Le code Persuader sera aussi attribué si le clinicien fournit une information biaisée, des conseils, suggestions, trucs, opinions, solutions à des problèmes *sans* une mention explicite ou un signe contextuel fort qui accentue l'autonomie du patient dans sa façon de recevoir cette recommandation.

Notons que si le clinicien donne une information de façon neutre, sans une intention explicite d'influencer ou convaincre le patient, le code Donner de l'Information sera attribué.

**Règle décisionnelle** : si le codeur n'arrive pas à se décider entre les codes Persuader et Donner de l'Information, le code Donner de l'Information sera attribué. Cette règle décisionnelle a pour but de mettre la barre relativement haute pour l'attribution du code Persuader.

Vous n'arriverez pas à manger 5 fruits et légumes par jour si vous n'ajoutez pas des fruits à votre petit-déjeuner. (Persuader)

J'étais en surpoids mais j'ai décidé de prendre ma vie en main. Ce serait mieux pour vous d'en faire autant. (Persuader)

Vous ne savez pas à quel point votre vie pourrait être belle si vous arrêtez complètement de boire. (Persuader)

Et bien, votre père était un consommateur à risque alors il y a bien des chances que vous le soyez aussi. (Persuader)

Nous savons que les enfants d'alcooliques ont un risque accru d'avoir une consommation problématique. (Donner de l'Information)

J'ai de l'information sur les risques que vous courez par rapport à votre consommation et je me demande si je peux vous en faire part. (Chercher la Collaboration)

Tout ceci me fait dire que ce sera très difficile pour vous de gérer votre niveau de glycémie sans avoir recours à une médication. Je ne vous en parlerais pas si je ne pensais pas que c'est vraiment la meilleure solution pour vous. C'est mon travail de vous faire aller mieux, et je prends cela très au sérieux. (Persuader)

Si vous utilisez un préservatif chaque fois que vous avez des rapports, vous ne devez jamais vous inquiéter de savoir si vous avez contracté une maladie sexuellement transmissible. Ce serait génial, non ? (Persuader)

Avant nous pensions que mettre les enfants à la garderie n'était pas bon pour eux, mais aujourd'hui des preuves montrent que cela les aide à développer de meilleures compétences sociales que les enfants qui n'y vont pas. (Donner de l'Information)

Avec tout ce qui vous arrive ces temps-ci, comment pouvez-vous croire que ce ne serait pas une bonne idée de mettre vos enfants à la garderie quelques jours par semaine? (Persuader)

---

### **Persuader avec Permission (PEP)**

---

Persuader avec Permission est attribué lorsque le clinicien insiste sur la collaboration ou l'autonomie lorsqu'il persuade. La condition de permission peut être remplie lorsque :

- Le patient demande clairement au clinicien son opinion quant à quoi faire ou comment faire.
- Le clinicien demande clairement la permission au patient pour lui donner un conseil, lui proposer des suggestions, lui donner une opinion, partager un feedback, exprimer des préoccupations, lui faire des recommandations, ou pour aborder un sujet particulier.
- Le clinicien a recours à du langage qui soutient l'autonomie du patient lorsqu'il donne le conseil, de façon à ce que le patient puisse choisir de l'écarter, de l'ignorer, ou d'en évaluer la pertinence personnellement.

Le clinicien peut demander une permission générale (par exemple, « Qu'en dites-vous si aujourd'hui nous abordons les pré-requis de votre probation ? ») ou une permission spécifique à un thème ou une action (par exemple, « Si vous êtes d'accord, j'aimerais

partager avec vous quelques idées qui ont été utilisées par d'autres pour contrôler leur glycémie »).

La permission peut être obtenue avant, pendant, ou après la persuasion, mais doit être proche dans le temps. Si Persuader avec Permission s'accompagne de Chercher la Collaboration ou Accentuer l'Autonomie, les deux codes seront attribués.

Si le clinicien a demandé une permission générale, celle-ci ne doit pas être répétée à chaque intervention ou suggestion. La « condition de permission » peut durer quelques minutes. Si le clinicien change de sujet, devient plus directif, se met à rajouter du contenu (devient l'expert), ou commence à prescrire un plan de changement sans redemander la permission, il est possible que le clinicien reçoive un code Persuader.

Notons que si le clinicien fournit de l'information ou un conseil de façon neutre, on choisira plutôt le code Donner de l'Information. Si le codeur est incertain, le code Donner de l'Information doit être préféré.

Votre père était un consommateur excessif, ce qui vous met plus à risque. Mais chacun est unique. Quelles sont vos réflexions à ce sujet ? (Persuader avec Permission ; Chercher la Collaboration)

Pour certains de mes patients, la garderie peut être une véritable bouée de secours lorsque le quotidien devient contraignant comme le vôtre. Mais je sais que vous avez quelques préoccupations à ce sujet, alors peut-être que ce n'est pas une option pour vous. (Persuader avec Permission ; Chercher la Collaboration)

J'ai quelques idées pour que vos enfants vous aident davantage. J'ai une patiente qui a réussi à faire ranger la chambre à son fils avec un système d'étoiles. Chaque fois qu'il range sa chambre il reçoit une étoile, et avec 7 étoiles il peut choisir un film à voir le samedi soir. (Persuader)

#### Exemple : Introduire un traitement à l'insuline

Votre glycémie glyquée est supérieure à 12 pour la troisième fois. En général, ceci signifie un risque accru de complications. (Donner de l'Information)

Si on regarde votre glycémie glyquée, il est évident que malgré vos efforts, vous avez des difficultés à contrôler votre niveau de sucre dans le sang. Mon meilleur conseil à ce stade serait de vous faire passer à l'insuline injectable et abandonner le traitement oral. Mais je ne sais pas si c'est quelque chose que vous pourriez envisager. J'aimerais connaître votre point de vue. (Persuader avec Permission ; Chercher la Collaboration)

*Clinicien* : J'ai examiné vos résultats de laboratoire, et je me demande si je peux partager quelques idées avec vous sur comment vous pourriez améliorer votre glycémie. (Chercher la Collaboration)

*Patient* : Bien sûr, je suis curieux d'entendre votre point de vue.

*Clinicien* : Si on regarde votre glycémie glyquée, il est évident que malgré vos efforts, vous avez des difficultés à contrôler votre niveau de sucre dans le sang. Mon meilleur conseil à ce stade serait de vous faire passer à l'insuline injectable et abandonner le traitement oral. Mais je ne sais pas si c'est quelque chose que vous pourriez envisager.

J'aimerais connaître votre point de vue. (Persuader avec Permission ; Chercher la Collaboration)

#### Exemple : Education

*Clinicien* : J'ai une autre patiente qui a un enfant du même âge que le vôtre. Je me demande si vous seriez intéressé à entendre son expérience. (Chercher la Collaboration)

*Patient* : Si ça peut aider...

*Clinicien* : Elle a réussi à faire ranger sa chambre à son fils avec un système d'étoiles. Chaque fois qu'il range sa chambre il reçoit une étoile, et avec 7 étoiles il peut choisir un film à voir le samedi soir. (Persuader avec Permission)

#### Exemple : Arrêt du tabac

*Clinicien* : Seriez-vous d'accord que je vous parle de quelques moyens pour arrêter de fumer ? (Chercher la Collaboration)

*Patient* : Oui.

*Clinicien* : J'ai vu pas mal de succès chez des patients qui ont utilisé des chewing-gums à la nicotine. (Persuader avec Permission)

#### *Règle décisionnelle pour Persuader et Persuader avec Permission*

**Règle décisionnelle** : lorsque Persuader ET Persuader avec Permission apparaissent dans la même unité de pensée, le codeur devrait attribuer uniquement le code Persuader avec Permission. Des interventions de type Persuader ne seront par conséquent pas codées. Si le codeur estime que ces interventions non codées affectent la collaboration entre le clinicien et son patient, il le reflètera dans le score global Partenariat.

---

#### **Questions (QU)**

---

Toute question du clinicien (ouverte, fermée, évocatrice, factuelle, etc.) est codée comme Question, mais seule une question par tour de parole est codée. Par conséquent, si le clinicien pose quatre questions différentes dans un seul tour de parole, seule une question sera codée.

Dans le MITI 4.2, les questions ouvertes et fermées ne sont pas différenciées ; le codeur écoutera les questions du clinicien avec les scores globaux en tête. Par exemple, beaucoup de questions qui ont pour but de récolter de l'information *peuvent* amener un score faible en Partenariat et réduire les opportunités de Modérer le Discours-Maintien.

---

#### **Reflets**

---

Cette catégorie vise à saisir les reflets effectués par le clinicien *en réponse* aux dires du patient. Les reflets peuvent apporter un autre sens ou une nouvelle piste, mais ils visent essentiellement à saisir et à restituer au patient quelque chose qu'il vient de dire. Les reflets peuvent être Simples ou Complexes.

---

### *Reflét Simple (RS)*

---

Les reflètes simples témoignent de la compréhension de l'intervenant ou facilitent les échanges patient/intervenant. Ils ne rajoutent pas ou peu de sens à ce que le patient vient de dire. Un reflet simple peut mettre en évidence 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.

---

### *Reflét Complexe (RC)*

---

Les reflètes 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 des 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 est directionnelle.

#### Exemple : Amende pour excès de vitesse

*Patient* : C'est sa 3ème 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 ?

*Clinicien* : Vous êtes très en colère (Reflét Simple)

ou

*Clinicien*: Là, c'est la goutte de trop ! (Reflét Complexe)

#### Exemple : Contrôle de la glycémie

*Clinicien*: 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.

*Clinicien*: Vous êtes plutôt découragé (Reflét Simple)

ou

*Clinicien*: Vous ne comprenez pas pourquoi vous vous sabotez vous-même (Reflét Complexe)

#### Exemple : 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 demander des banalités. Et ensuite, elle s'énerve quand je lui donne des conseils.

*Clinicien*: La situation est tendue avec votre mère (Reflet Simple)

ou

*Clinicien*: Vous avez du mal à comprendre ce que votre mère attend vraiment de vous (Reflet Complexe)

ou

*Clinicien*: Avez-vous de la peine à comprendre ce qu'elle attend de vous ? (Question)

ou

*Clinicien*: Que pensez-vous que votre mère attend de vous vraiment ? (Question)

### Exemple : Tabagisme

*Patient* : Je suis fatigué qu'on me dise tout le temps ce que je dois faire. Personne ne comprend à quel point c'est difficile pour moi.

*Clinicien*: Est-ce que cela vous dépasse ? (Question)

ou

*Clinicien* : Vous êtes frustré et en colère. (Reflet Complexe)

**Règle décisionnelle** : quand un codeur n'arrive pas à choisir entre un reflet simple ou complexe (y compris pour un résumé), il choisira le reflet simple par défaut.

### *Série de reflets*

Lorsque l'intervenant fait une série de reflets simples et complexes dans le même tour de parole, seul le code Reflet Complexe sera donné. Les reflets viennent souvent l'un à la suite de l'autre, et subdiviser de façon excessive peut engendrer des difficultés de fiabilité et éloigner du sens du tour de parole. Par conséquent, si l'intervenant fait un Reflet Simple, suivi d'un Renforcer l'Autonomie, puis d'un Reflet Complexe, on codera Renforcer l'autonomie et Reflet Complexe.

### Exemple : Echec avec un régime

*Patient* : Je me plante constamment avec ce régime. Je m'en sors pendant un moment, puis je me retrouve à manger tout un paquet de biscuits. Vous savez combien de calories ça contient ? Jamais je n'aurais cru que ce serait si difficile.

*Clinicien* : Vous faites deux pas en avant et un en arrière. Cela ne vous satisfait pas. Et ce qui est difficile est qu'une chose si normale pour vous, telle qu'une boîte de biscuits, puisse être si nuisible à votre poids. Si vous pensiez que ça allait être si dur, vous n'auriez peut-être jamais essayé de perdre du poids. (Reflet Complexe)

*Patient* : Non, je dois perdre du poids. Même si je dois accepter de ne plus manger un seul biscuit de ma vie, il faut que j'arrête de me tuer avec mon poids.

*Clinicien* : Vous tenez tellement à perdre du poids que vous seriez même prête à vous passer de biscuits pour toujours. (Reflet Complexe, valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-Changement)

ou

*Clinicien* : En réalité, vous ne devez pas vous priver de n'importe quel aliment complètement. La recherche montre que si vous essayez de vous priver de nourriture que vous aimez, vous finirez juste par en manger encore plus. La meilleure solution est d'en manger modérément. (Persuader)

### *Enchaînement Reflet – Question*

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

*Patient* : Je ne peux pas continuer à consommer comme ça.

*Clinicien* : Vous êtes certain de ne plus jamais vouloir consommer de l'héroïne. C'est bien ça ? (Reflet Complexe, Question)

*Patient* : A cause de ce qui s'est passé, mon chef dit que je suis en sursis. Je ne peux plus faire d'heures supplémentaires et donc plus de bonus. Rien.

*Clinicien* : Votre chef vous interdit de faire des heures supplémentaires à cause de cet incident. Qu'est-ce que vous faites de ça ? (Reflet Simple, Question)

### *Éléments de contextualisation servant de reflets*

Parfois le clinicien pose une question et la précède d'information servant à préparer le patient au contexte de la question. C'est comme si le clinicien disait « souvenez-vous de ce que vous avez déjà dit ; maintenant je souhaite vous poser la question suivante ». Ces éléments d'information juste avant une question ne devraient *pas* être codés comme des reflets. Ils doivent être considérés comme des éléments qui amènent un contexte à la question qui ne sont donc pas codés.

Si l'intervenant marque un arrêt ou fait une distinction entre cette contextualisation et la question, alors un reflet peut être codé. Pour que cela soit le cas, le patient devra avoir la possibilité de répondre d'une façon ou d'une autre avant que la question ne soit posée.

*Clinicien* : Vous disiez que vous n'êtes pas retourné au magasin où vous aviez volé des bonbons. Avez-vous l'impression que vous l'évitez ? (Question)

ou

*Clinicien* : Vous disiez que vous n'êtes pas retourné au magasin où vous aviez volé des bonbons. (Reflet Simple)

*Patient* : C'est ça.

*Clinicien* : Avez-vous l'impression que vous l'évitez ? (Question)

Si le codeur estime que le but du reflet est de fournir un contexte à la question, alors le reflet ne sera pas codé.

---

## Comportements Adhérents à l'EM (Adh-EM)

---

Il est important de noter que de nombreux exemples de bonne pratique de l'EM ne recevront pas de code Adh-EM. Une erreur commune aux codeurs novices (et aux praticiens experts en EM) consiste à repérer un exemple de bonne pratique et à vouloir le faire correspondre à une des catégories Adh-EM. Il faut être attentif à n'utiliser que les codes Adh-EM fournis ici, et à ne les attribuer que si le cas particulier correspond clairement au code. En cas de doute, il sera mieux de sélectionner un autre code. Souvenez-vous que les scores globaux permettent de tenir compte de ces exemples de bonne pratique en EM qui sont difficiles à saisir dans les décomptes de comportements.

\*\* Contrairement aux versions antérieures du MITI, chaque type de comportement Adh-EM est codé et comptabilisé séparément.

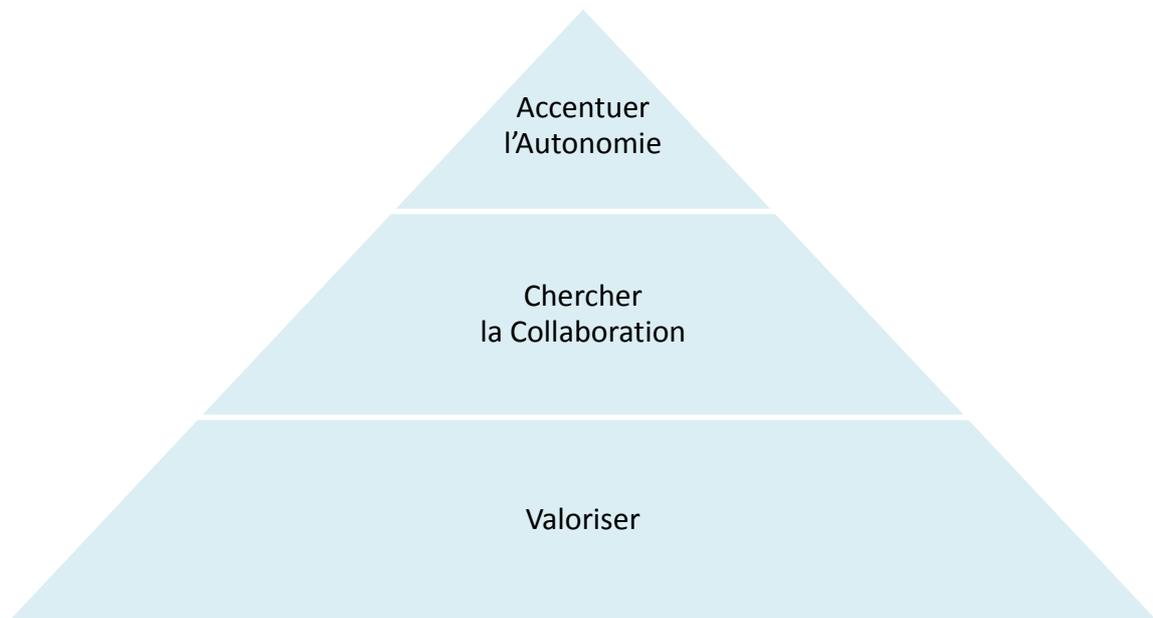
*Que se passe-t-il lorsqu'un comportement peut correspondre à plus qu'une catégorie d'Adh-EM ?*

Le plus souvent, le codeur pourra attribuer un code avec certitude. Il peut arriver, cependant, qu'un codeur doive coder une unité de pensée qui pourrait correspondre à plus qu'une catégorie d'Adh-EM. Comme avec tous les autres codes du MITI, une incertitude se résout par des règles décisionnelles. En anglais, ces règles sont appelées « *trumping rules* »<sup>1</sup>, car elles indiquent quel code prendra le dessus en cas de doute.

La hiérarchie suivante sera utilisée pour déterminer quel code d'Adh-EM attribuer (voir Figure 1). Si le codeur hésite, c'est le code le plus bas qui sera attribué par défaut. Par exemple, si le codeur hésite entre Accentuer l'Autonomie et Chercher la Collaboration, il choisira le code Chercher la Collaboration. Le code inférieur sera attribué *lorsque le codeur est incertain*. Pour donner le code plus élevé, le codeur doit être raisonnablement confiant qu'il s'agit bien de cette catégorie. En cas d'incertitude, le code par défaut sera le plus bas. L'objectif de cette pyramide est de faire en sorte que les codes plus importants dans l'EM ne soient pas assignés trop facilement. Les Valorisations, par exemple, sont relativement peu « coûteuses » pour le clinicien, alors qu'Accentuer l'Autonomie représente un défi plus important et comporte un plus grand intérêt théorique. Ainsi, la barre est intentionnellement plus haute pour le code Accentuer l'Autonomie.

---

<sup>1</sup> En anglais, « trump » (origine remontant aux années 1580) :  
Verbe : surpasser ou prendre le dessus  
Nom : atout (carte de jeu qui détermine la plus forte couleur)



**Figure 1** : Règles décisionnelles pour les codes Adh-EM

*Et si le codeur hésite entre un des codes Adh-EM et un autre code (tel que Question ou Reflet) ?*

Dans le doute, le codeur ne codera *pas* Adh-EM. Ainsi, si un énoncé peut être codé Adh-EM ou un autre code, c'est l'autre code qui devrait être attribué. Un code Adh-EM ne devrait être donné que si on tombe clairement dans cette catégorie. En cas d'incertitude, l'autre code sera privilégié.

---

#### *Valoriser (VAL)*

---

Une valorisation (VAL) est une unité de pensée qui met en valeur un aspect positif du patient. Pour être considérée comme une Valorisation, l'unité de pensée doit faire référence à des forces, des efforts ou des mérites du patient. L'intervention doit être sincère et refléter quelque chose d'authentique chez le patient. Elle ne doit pas forcément être centrée sur le changement cible et peut « récompenser » le patient par rapport à un trait, un comportement, un accomplissement, une compétence, ou une force. Les Valorisations sont souvent des reflets complexes, et s'il s'agit clairement d'une valorisation, elle sera codée comme telle.

Le clinicien qui se montre d'accord avec son patient, qui fait l'éloge de celui-ci, qui l'applaudit, ne recevra pas nécessairement un code VAL. Ce code doit être explicitement lié au comportement du patient ou à des caractéristiques particulières de celui-ci. La valorisation doit être authentique et ne pas être seulement une attitude pour faciliter la discussion.

**\*\*** Notons que cette définition de Valorisation est plus stricte que celle utilisée dans *L'entretien Motivationnel* (Miller & Rollnick, 2013) et dans les versions antérieures du MITI.

Spécifiquement, les encouragements (« *C'est toujours difficile au début* ») ne sont plus codés dans cette version du MITI.

Lorsque le codeur n'est pas sûr si une unité de pensée est assez spécifique ou forte pour mériter un code de Valorisation, *celui-ci ne sera pas donné.*

Vous avez trouvé beaucoup de bonnes idées sur comment réduire votre consommation d'alcool. Beau travail de brainstorming. (Valorisation)

C'est important pour vous d'être un bon parent, tout comme vos parents l'ont été pour vous. (Valorisation)

Je suis vraiment fier de vous. (Pas codé, pas spécifique)

Vous avez été capable d'éviter les sucreries pendant toutes les vacances et vous êtes fier de votre réussite, ça a payé ! (Valorisation ; prend le dessus sur le Reflet)

Vous êtes le type de personne qui prend ses responsabilités au sérieux, et qui veut bien faire. (Valorisation)

Avec les problèmes de parking et la pluie, ce n'est pas facile de venir ici. J'apprécie que vous continuiez à venir. (Valorisation)

Je sais que c'est très difficile d'arrêter de fumer. (Soutien, non codé)

C'est génial ! (non codé)

Bravo ! (non codé)

Vous tenez tellement à être un bon parent. Je suis impressionné par votre détermination à vous accrocher même lorsque les choses se compliquent ! (Valorisation)

Vu ce que vous m'avez dit de votre succès passé à perdre du poids, je suis confiant que vous réussirez de nouveau lorsque vous réessayeriez. (Valorisation)

Vous êtes bien découragé. Vous espériez ne pas du tout manger des sucreries cette dernière semaine. Cela me frappe que, malgré que vous en ayez mangé deux fois, c'est nettement moins que quand vous en mangiez tous les jours. C'est un grand changement ! (Valorisation)

### *Règle de décision lors de répétitions de Valorisations légères*

Les cliniciens recourent parfois à de nombreuses affirmations en les répétant plusieurs fois au cours d'une conversation. En général, les premières fois ces mots peuvent sembler crédibles et être codés comme Valorisation si le codeur estime qu'ils tombent vraiment dans cette catégorie. Après cela, ils ne seront plus codés.

---

### *Chercher la Collaboration (CC)*

---

Ce code est attribué lorsque le clinicien cherche explicitement à partager le pouvoir ou valider l'expertise du patient. Ceci peut être le cas quand le clinicien recherche, de façon authentique, un consensus avec son patient au sujet des tâches, des objectifs ou de la direction de l'entretien. Ce code peut être donné si le clinicien demande au patient ce qu'il

pense d'une information fournie. Il est typiquement attribué lorsque l'intervenant demande la permission de partager une information ou un conseil.

Lorsque le clinicien s'enquiert des connaissances du patient, ou de sa compréhension autour d'un sujet particulier, ce sera codé comme Question. Ceci n'est pas considéré comme Chercher la Collaboration.

J'ai de l'information sur comment réduire votre risque de cancer du colon. Seriez-vous d'accord que nous en discussions ensemble ? (Chercher la Collaboration)

Que vous a-t-on déjà dit sur la consommation d'alcool pendant la grossesse ? (Question)

Seriez-vous d'accord que nous discussions un moment des recommandations en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse ? (Chercher la Collaboration)

Ceci ne marchera peut-être pas pour vous, mais certains de mes patients ont trouvé utile de mettre une alarme sur leur montre pour se rappeler de contrôler leur glycémie deux heures après le déjeuner. (Chercher la Collaboration, selon le contexte Persuader avec Permission)

Comment puis-je vous aider avec cela ? (Chercher la Collaboration)

Seriez-vous d'accord que nous parlions un moment du tabac ? Je sais que vous n'êtes pas venu pour ça. (Chercher la Collaboration)

J'ai les résultats de vos examens. Voulez-vous les parcourir ? (Chercher la Collaboration)

#### Note

Les séquences Demander-Partager-Demander (en anglais, *Elicit-Provide-Elicit*) peuvent être ou *ne pas être* des exemples de Chercher la Collaboration. Chaque partie est généralement codée séparément.

Demander-Partager-Demander sans Chercher la Collaboration :

*Clinicien* : Que savez-vous déjà de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? (Question)

*Patient* : Je sais que c'est mieux si je ne bois pas.

*Clinicien* : Oui, il est recommandé que les femmes s'abstiennent de boire pendant la grossesse. (Donner de l'Information)

Demander-Partager-Demander avec Chercher la Collaboration :

*Clinicien* : Que savez-vous déjà de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? (Question)

*Patient* : Je sais que c'est mieux si je ne bois pas.

*Clinicien* : Que faites-vous de cette information ? Comment est-ce que cela colle avec vos habitudes ? (Chercher la Collaboration)

Tandis que :

*Clinicien* : Que savez-vous déjà à propos des différents moyens pour arrêter de fumer? (Question)

*Patient* : Je sais que le patch est censé être le moyen le plus efficace. Pendant combien de temps on peut le garder ? Est-ce que ça marche juste pour une semaine ou deux ?

*Clinicien* : Le patch est un moyen d'arrêter de fumer. C'est une méthode efficace, qui est typiquement utilisée environ 4 à 6 mois. (Donner de l'information)

---

### *Accentuer l'Autonomie (AA)*

---

Ces unités de pensée mettent clairement en évidence la responsabilité du patient quant aux décisions et aux actions liées au changement. Elles insistent sur la sensation de contrôle, de liberté de choix, d'autonomie personnelle, de capacité ou d'obligation à décider de ses attitudes et actions. Il ne s'agit *pas* d'unités de pensées qui mettent spécifiquement en valeur le sentiment d'auto-efficacité du patient, sa confiance, ou sa capacité à accomplir une tâche donnée.

Oui, vous avez raison. Personne ne peut vous forcer à arrêter de boire. (Accentuer l'Autonomie)

C'est vous qui vous connaissez le mieux. Comment pensez-vous que nous devrions organiser la suite ? (Accentuer l'Autonomie)

La quantité de fruits et légumes que vous choisissez de manger dépend de vous. (Accentuer l'Autonomie)

Il s'agit de votre vie. Vous êtes la seule à pouvoir décider quelle direction vous allez prendre. D'après vous, quel est le chemin que vous aurez envie de prendre en ce qui concerne l'exercice physique ? (Accentuer l'Autonomie)

C'est difficile pour vous. Etre en prison vous fait vous sentir comme si vous n'aviez aucun contrôle sur votre vie. Et on vous demande d'envisager un programme de traitement qui pourrait vous redonner ce contrôle, si vous choisissez de le suivre. Vous n'êtes pas sûre de ce que vous voulez choisir à ce stade. (Accentuer l'Autonomie)

Il s'agit pour vous à la fois d'une opportunité et d'un défi. Vous pesez les options et cherchez à décider quelle sera la meilleure pour vous. (Accentuer l'Autonomie)

### Exemple : Arrêter de boire

*Patient* : Je suis quasi sûr que je peux arrêter de boire pour de bon.

*Clinicien* : Vous vous sentez capable d'arrêter parce que vous l'avez déjà fait auparavant. (Reflet ; valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-Changement)

*Clinicien* : Un choix s'offre à vous et vous êtes assez sûr de la voie que vous voulez prendre. (Accentuer l'Autonomie)

*Clinicien* : Vous êtes assez sûr de la voie que vous voulez prendre. (Reflet ; valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-Changement)

*Clinicien* : Vous êtes prêt à arrêter. (Reflet ; valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-Changement)

### Exemple : Contrôler la glycémie

*Patient* : Je ne suis pas prêt à contrôler ma glycémie tous les jours, mais je pourrais le faire environ une fois par semaine.

*Clinicien* : En fin de compte, cela dépend vraiment de vous. C'est votre décision. (Accentuer l'Autonomie)

*Clinicien* : Une chose que vous envisagez de changer est de faire ces contrôles une fois par semaine. (Reflét Simple ; valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-Changement)

*Clinicien* : C'est vraiment difficile de le faire tous les jours. (Reflét Complexe ; baisse de valeur pour Modérer le Discours-Maintien)

### Exemple : Test VIH

*Patient* : La semaine dernière j'ai parlé avec l'infirmière de la possibilité de faire un test à domicile. Elle m'a dit que je pouvais l'acheter en pharmacie et avoir les résultats rapidement.

*Clinicien* : Vous avez déjà fait des pas pour trouver la solution qui vous convient. (Reflét ; valeur ajoutée pour Cultiver le Discours-changement)

*Clinicien* : Maintenant il s'agit de déterminer quel est la meilleure option pour vous et prendre la décision. (Accentuer l'Autonomie)

*Clinicien* : Vous hésitez à connaître la réponse. (Reflét Complexe)

*Clinicien* : J'ai quelques informations au sujet de ces kits à domicile. Etes-vous d'accord que je vous en parle ? (Chercher la Collaboration)

*Clinicien* : Excellent ! Vous avez atteint votre objectif ! (Valorisation)

*Clinicien* : Vous avez le courage de le faire. (Valorisation)

---

## **Comportements Non-Adhérents à l'EM (Nadh-EM)**

---

Il n'existe que deux codes Nadh-EM : Persuader et Confronter.

---

### *Persuader (PE)*

---

Voir ci-dessus, p.15.

---

### *Confronter (CO)*

---

Ce code est attribué lorsque le clinicien confronte le patient, de façon directe et sans ambiguïté, par une des attitudes suivantes : montre son désaccord, argumente, corrige, humilie, blâme, critique, étiquète, met en garde, fait la morale, ridiculise, ou remet en question l'honnêteté du patient. 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 reflét clairement émis sur un ton confrontant.

Reformuler une information négative 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.

**Règle décisionnelle** : Dans le cas assez peu probable où le codeur hésite entre coder une unité de pensée comme Confrontation ou Reflet, *aucun code ne sera attribué*.

Vous preniez de l'Antabuse tout en continuant à consommer de l'alcool? (Confronter)

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

Vous, vous êtes alcoolique. Vous ne le pensez peut-être pas, mais vous l'êtes (Confronter)

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

Mais pensez donc à vos enfants ! (Confronter)

Vous ne vous préoccupez donc pas du tout de votre consommation d'alcool ? (Confronter ; le code Question n'est pas attribué car Confronter prend le dessus sur la Question)

La plupart des gens qui boivent comme vous ne pourront jamais reboire normalement. (Confronter)

Je me fais un peu du souci par rapport à votre projet de consommation contrôlée et je me demande si je peux vous en faire part. (Chercher la Collaboration)

Discipliner votre enfant par des punitions est une pente glissante. Ça semble pas mal au début, mais on ne sait pas vers quoi ça peut mener. (Confronter)

Souvenez-vous, vous m'aviez dit que votre cholestérol pourrait vous être fatal. Si vous n'arrivez pas à contrôler votre alimentation, vous risquez un arrêt cardiaque. (Confronter)

Et bien... les enfants qui ne sont pas gardés sous contrôle par leurs parents ont plus de risques d'abuser de substances. Je me demande comment vous considérez vos propres compétences en tant que parent à cet égard. (probablement Confronter – écouter le ton)

Si vous choisissez de continuer à boire, nous ne pourrons plus rien pour vous. (probablement Confronter – écouter le ton)

Lorsque le clinicien a recours à la confrontation pour mettre en valeur une force, une qualité ou une réussite personnelle, le code Valoriser devrait être pris en considération. Un code Confronter n'est pas obligatoire lorsque le clinicien tente clairement de valoriser ou soutenir le patient.

Exemple : Etre une mauvaise mère

*Patient* : Je suis une mère terrible.

*Clinicien* : Non, vous ne l'êtes *pas*. Vous avez des difficultés actuellement, il demeure que vous êtes toujours une très bonne mère. (Valoriser)

Exemple : Amélioration du taux de cholestérol

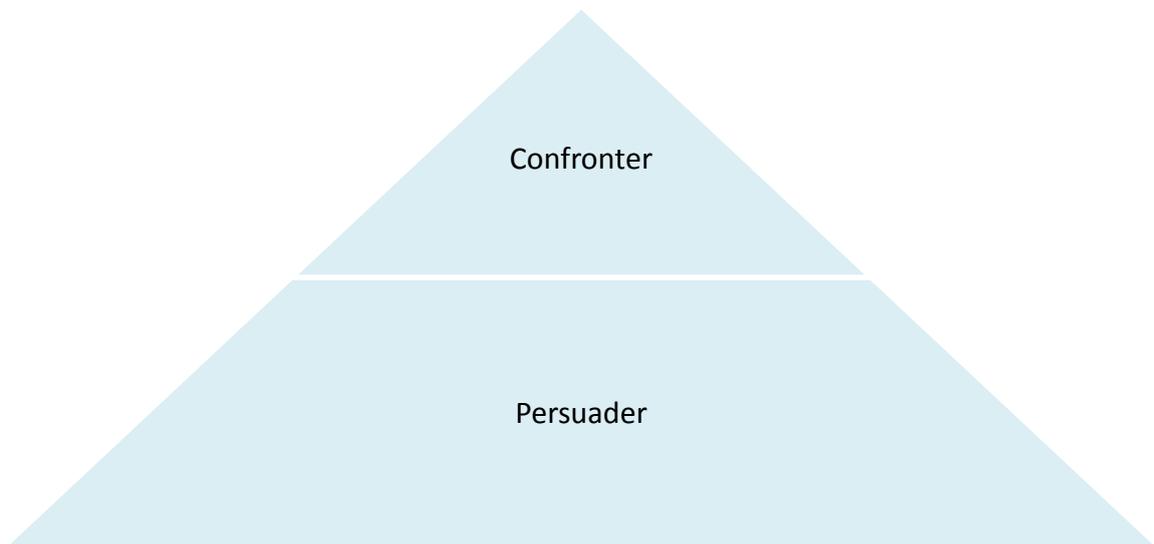
*Patient* : J'ai fait des progrès ce mois-ci. J'ai mangé au moins 3 fruits et légumes par jour.

*Clinicien* : Oui, mais votre cholestérol est toujours beaucoup trop élevé. (Confronter)

*Clinicien* : Vous avez fait de réels progrès dans votre régime alimentaire. Qu'est-ce que vous faites de cela par rapport à votre santé à long terme ? (Valoriser ; Chercher la Collaboration)

### *Règles décisionnelles pour Nadh-EM*

Parfois, la persuasion et la confrontation peuvent se chevaucher et pourraient être codées de différentes façons. Dans ce cas, la hiérarchie suivante devrait être utilisée (voir Figure 2).



**Figure 2** : Règles décisionnelles pour Nadh-EM

## F. ÉNONCÉS NON CODÉS DANS LE MITI

Le MITI n'est pas un système de codage exhaustif. Certains propos du clinicien ne seront pas codés.

*Exemples de propos du clinicien qui ne sont pas codés dans le MITI :*

Structure :

« À présent nous allons aborder... »

Salutations :

« Bonjour. Merci d'être venu aujourd'hui »

Éléments facilitateurs :

« D'accord, très bien »

Contenu d'une session précédente :

« La semaine dernière vous disiez être fatigué »

Pensées incomplètes :

« Vous avez dit... » (le patient interrompt)

Propos hors sujet :

« Il fait froid ici »

## G. CHOISIR LA LONGUEUR ET LE TYPE DU SEGMENT CODÉ

Le MITI a été développé en utilisant des segments de 20 minutes d'enregistrement de séances de psychothérapie. On peut aussi l'utiliser pour des segments plus longs (par exemple pour toute la séance). Nous tenons toutefois à avertir que nos tentatives d'augmentation de la durée du temps de codage ont été associées à :

- une difficulté de la part du codeur à avoir une concentration soutenue
- une difficulté à maintenir un jugement global en raison de l'augmentation des données et
- des difficultés logistiques pour obtenir un temps de travail ininterrompu dans des cas d'environnement de travail chargé.

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.

## H. SCORES COMPOSITES

La fréquence ou l'intensité d'un comportement ne suffisent pas à saisir le fonctionnement de l'EM. Nous avons donc considéré que des scores composites combinant plusieurs dimensions permettraient de mieux l'évaluer. 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 la compétence en EM, ainsi que les formules pour les calculer.

Score composite Technique (Tech)  
= (Cultiver le Discours-Changement + Modérer le Discours-Maintien) / 2

Score composite Relationnel (Rel)  
= (Partenariat + Empathie) / 2

Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)  
= RC / (RS + RC)

Rapport Reflet / Questions (R/Q)  
= (RS + RC) / QU

Total Adhérence à l'EM (Adh-EM)  
= CC+VA + AA

Total Non-adhérence à l'EM (Nadh-EM)  
= CO + PE

Notons que ces formules donnent des scores composites qui ne sont pas comparables aux versions précédentes du MITI.

## I. SEUILS DE COMPÉTENCE DE BASE ET DE MAÎTRISE DU CLINICIEN

Les seuils de compétence de base et de maîtrise recommandés pour les cliniciens sur la base du MITI sont présentés ci-dessous. Notez que ces seuils sont basés sur *l'opinion d'experts*, et qu'il manque à l'heure actuelle des données normatives ou validées pour les soutenir. 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.

	Suffisant (compétence de base) *	Bon (maîtrise) *
Score composite Relationnel	4	5
Score composite Technique	3	4
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	40%	50%
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	1:1	2:1
Total Adh-EM	*	*
Total Nadh-EM	*	*

\* Voir Annexe B, Question fréquente n°4.

## LISTE DES CODES MITI

### Scores globaux

Cultiver le Discours-Changeement	CDM
Modérer le Discours-Maintien	MDM
Partenariat	PAR
Empathie	EMP

### Décomptes de comportements

Donner de l'Information	INF
Persuader	PE
Persuader avec Permission	PEP
Question	QU
Reflét Simple	RS
Reflét Complexe	RC
Valoriser	VA
Chercher la Collaboration	CC
Renforcer l'Autonomie	AA
Confronter	CO

## ANNEXE A - Le MITI est-il approprié à votre intervention ?

L'entretien motivationnel peut souvent être utilisé pour aborder des situations et des changements de mode de vie plus globaux, qui n'impliquent pas un objectif de changement particulier. Le MITI sera d'utilité limitée pour ce type d'interventions. Lorsque l'on considère des changements plus abstraits, il est difficile pour les codeurs d'évaluer de façon fiable le langage autour du changement et, de manière encore plus importante, si l'intervenant fait évoquer ce langage et y répond de façon adéquate.

Le MITI est réellement approprié lorsque toutes les compétences de l'EM peuvent être utilisées dans l'entretien. Il ne serait par exemple pas adapté lorsque le clinicien choisit de façon appropriée de ne pas influencer le langage du patient dans une direction particulière ou lorsque l'entretien est axé uniquement sur les processus de développement du lien et de focalisation. Le codage peut alors aboutir à plusieurs scores faibles dans des domaines importants même si l'entretien est adéquat d'un point de vue clinique.

Le MITI a moins d'intérêt dans les situations suivantes :

- L'objectif de changement ne peut pas être défini comme un comportement (par exemple, prendre une décision)
- Le clinicien ne souhaite pas influencer le patient dans une direction particulière de changement (en anglais, *equipoise*)
- Le clinicien se centre intentionnellement uniquement sur le développement du lien et la focalisation.

### A.1. Et s'il y a plus qu'un seul changement cible ?

Il arrive parfois qu'une intervention ait plus qu'un changement cible (par exemple, adhérence au traitement et recherche de logement). A partir du moment où les deux cibles de changement relèvent de *comportements* du patient, le MITI peut être utilisé.

### A.2. Exemples de changements cible inappropriés pour un codage MITI

#### A.2.a. « Prendre une décision » : cible sans discours-changement clair

Si le changement cible est « prendre une décision », le discours-changement ne sera pas une face du dilemme (comme lorsque un changement désirable est spécifié), mais plutôt du langage à propos de la décision elle-même. Par exemple, lorsque l'objectif de changement est l'arrêt de la cigarette, on pourrait entendre le discours-changement suivant :

Je dois arrêter de fumer

Si je n'arrête pas, je tomberai malade

J'aurais tellement plus d'argent

Je veux être un bon exemple pour mes enfants

Si le changement cible est « *prendre une décision* à propos de la cigarette », aucun de ces propos ne seraient du discours-changement. Par contre, ceux-ci le seraient :

- Je dois prendre une décision
- Si je ne me décide pas, je ne changerai jamais
- Ce serait un tel soulagement de régler ça
- Je ne supporte pas d'être dans cette indécision

Il est possible de coder le discours-changement pour une prise de décision, mais cela est une tâche complexe qui n'a pas été évaluée de façon psychométrique et nous avons opté pour ne pas l'inclure dans le MITI 4.2.

#### *A.2.b. « Devenir quelqu'un de meilleur » : changement cible qui n'est pas un comportement*

Lorsque le changement cible est un objectif non-comportemental, définir le discours-changement sera difficile. Par exemple, si l'objectif est de « devenir quelqu'un de meilleur », est-ce que les propos ci-après peuvent être qualifiés de discours-changement?

- Je dois apprendre à exprimer ma colère autrement
- Si je veux avoir plus d'amis je dois penser aux besoins des autres et non aux miens
- Je veux faire plus d'exercice et manger moins
- Je peux faire ça maintenant sans me sentir coupable !
- Je vais mieux aligner mes chakras

Déterminer si ces exemples relèvent ou non du discours-changement dépend complètement du contexte clinique (et de ce qui se passe dans la tête du clinicien). Par exemple, vouloir faire plus d'exercice et manger moins peut constituer du discours-changement pour un patient à qui on vient de diagnostiquer une obésité importante, mais pas pour un patient souffrant d'anorexie. Et il se pourrait qu'aucun de ces propos ne correspondent à « devenir quelqu'un de meilleur ». Le fait est que les codeurs ne peuvent pas identifier de façon fiable le discours-changement dans ces situations, et une fiabilité inter-codeurs ne peut être atteinte. Pour cette raison, le MITI 4.2 (comme les versions précédentes) nécessite que l'on spécifie un comportement cible à l'avance.

### **A.3. Que se passe-t-il si on ne souhaite évaluer que le développement du lien et la focalisation lors d'un échange ?**

Même lorsqu'un échange n'a pas pour but d'évoquer des arguments en faveur du changement, certaines échelles du MITI demeurent utiles pour évaluer les compétences de base du clinicien. Les scores globaux Partenariat et Empathie, ainsi que les décomptes de comportements Questions, Reflets, Adh-EM et Nadh-EM fournissent des informations intéressantes autour des aspects non-directifs d'un entretien. Ces éléments peuvent être utilisés et adaptés, avec référence appropriée à la source.

## **ANNEXE B - Questions fréquentes**

### **1. Que se passe-t-il si ma session dure moins de 20 minutes ?**

Les scores globaux peuvent être plus difficiles à mesurer dans des sessions de moins de 10 minutes. Pour des séquences extrêmement cortès (2-5 minutes), il serait mieux de ne coder que les décomptes de comportement.

### **2. Comment l'esprit de l'EM est-il saisi dans le MITI 4.2 ?**

L'esprit de l'EM n'est plus mesuré dans le MITI 4.2. Il demeure que certaines dimensions importantes de l'esprit de l'EM, telles que le partenariat et l'évocation des raisons de changer du patient, sont toujours mesurées par le MITI 4.2.

### **3. Que sont devenus les pourcentages de Adh-EM et Nadh-EM ?**

Dans les versions antérieures du MITI, on calculait les pourcentages des comportements Adh-EM ( $\%Adh-EM = Adh / (Adh + Nad)$ ) et Nadh-EM ( $\%Nadh-EM = Nadh / (Adh + Nad)$ ). Ces pourcentages n'étaient pas particulièrement utiles, surtout pour des échanges qui ne contenaient pas de comportements d'Adh-EM ou Nadh-EM. Les pourcentages d'adhérence et non-adhérence à l'EM étaient trompeurs et inintéressants, ils ont donc été abandonnés dans le MITI 4.2.

### **4. Quels sont les seuils de compétence du MITI 4.2 ?**

Déterminer les seuils de compétence du MITI 4.2 n'est pas aussi simple que pour les versions antérieures. Dans un sens, ceci vient du fait que notre compréhension de la pratique de l'EM s'est complexifiée ces dernières années, et par conséquent décider ce qui « acceptable » peut être un réel défi. Par ailleurs, presque tous les codes et scores composites ont été modifiés dans la nouvelle version et ne peuvent donc plus être comparés aux versions précédentes. Enfin, il nous manque les données empiriques pour formuler des recommandations au sujet de nombreux scores, même si nous espérons en récolter d'ici peu.

Quelques remarques :

- Dans le MITI 4.2, les seuils pour le score composite Relationnel sont plus élevés que pour le score composite Technique, aussi bien au niveau « suffisant » que « bon ». Ceci reflète le cadre théorique actuel de l'EM dans lequel les compétences relationnelles de développement du lien sont considérées comme pré-requises pour les éléments techniques d'évocation.
- Nous considérons qu'il existe assez de preuves empiriques pour retenir les seuils de reflets complexes et le ratio questions/reflets. Ces seuils ont été maintenus.
- Nous n'avons pas, intentionnellement, émis de recommandations spécifiques par rapport aux Adh-EM et Nadh-EM, vu qu'actuellement il nous manque les données

pour les déterminer. Nous encourageons à documenter tous les scores du MITI dans les essais cliniques pour lesquels le MITI est utilisé pour calculer la fidélité au traitement. En reliant ces scores à des résultats cliniques, des recommandations adaptées pourront rapidement être établies.

### **5. Que faire si techniquement il faudrait assigner le code Persuader avec Permission, mais que la permission ne semble pas authentique ou que l'information ressemble davantage à une Persuasion ?**

Les mesures globales, notamment le Partenariat, peuvent être influencées par la façon dont le clinicien fournit informations, conseils, suggestions ou opinions. Dans les situations suivantes, on pourrait justifier une baisse du score de Partenariat même lorsque le code Persuader avec Permission a été attribué.

- Le clinicien demande la permission pour presque toutes ces interventions.
- Le ton de la demande de permission n'est pas sincère ou sans conviction.
- Le clinicien ne laisse pas le temps au patient de répondre à la demande de permission avant de donner l'information.
- Le clinicien pousse les limites de la permission (par exemple, demande à partager une information sur la consommation d'alcool, le fait mais rajoute des informations sur d'autres aspects de modes de vie ou de comportements).
- Le clinicien demande et reçoit la permission pour un thème général puis « lâche » trop d'information, ceci pouvant durer plusieurs minutes.

### **6. Lorsqu'il n'y a pas de discours-maintien dans une session, comment attribuer un score à l'échelle Modérer le Discours-Maintien ?**

On ne peut pas savoir pourquoi le discours-maintien n'apparaît pas dans une session donnée. Il se peut que le patient n'en ait sincèrement pas à formuler, ou alors que le thérapeute ait été assez efficace que pour ne pas le faire émerger. Les codeurs ne peuvent pas le deviner. Des scores élevés à l'échelle MDM peuvent ainsi être attribués même en cas d'absence totale de discours-maintien. En fin de compte, on donne au clinicien le « bénéfice du doute » lorsqu'il n'y a pas de discours-maintien dans l'entretien, ce qui donne parfois des scores élevés qui peuvent paraître douteux. Ceci constitue un élément d'incertitude qui est acceptable.

Par contre, le score MDM sera bas lorsque le discours-maintien n'est pas fréquent mais que le clinicien y répond de façon inadéquate.

### **7. Que se passe-t-il lorsque le clinicien reflète ou accorde une attention particulière au discours-maintien dans le but d'être empathique ou de créer l'alliance ? Par exemple, dans**

**l'entretien « The Rounder »<sup>2</sup>, les 12 premières interventions du clinicien semblent reconnaître le discours-maintien, qui augmente ensuite. Comment se fait-il que clinicien ait un score BAS à l'échelle MDM ?**

Il arrive souvent qu'il faille faire un compromis entre les scores relationnels et les scores techniques. Un clinicien qui tente de modérer le discours-changement sans renforcer la collaboration le fera souvent sans succès. L'entretien « The Rounder » contient des exemples excellents de MDM plus tard dans la session, une fois que le partenariat est établi. *Le score global doit refléter la session entière, et le codeur doit prendre en compte la forme et la progression du langage du patient lorsqu'il attribue un score global.*

## **8. Comment faut-il scorer l'échelle MDM lors d'un exercice de balance décisionnelle ?**

Dans un exercice de balance décisionnelle classique, les deux faces du changement sont explorées de façon équitable. Il n'y a pas d'effort fourni pour modérer le discours-maintien, le but étant plutôt de le faire émerger pleinement. Dans ce cas, un score faible à l'échelle MDM sera attribué, sauf si le clinicien se « rattrape » plus tard dans l'entretien.

## **9. Peut-on attribuer le code Chercher la Collaboration lorsque le clinicien demande simplement au patient ce qu'il pense d'une information fournie, par exemple au cours du feedback d'une évaluation, ou dans un échange d'information de type Demander-Informer-Demander ?**

Le code CC peut être attribué chaque fois que le codeur estime que le clinicien fournit un effort authentique pour collaborer et partager le pouvoir avec le patient. Il ne devrait pas être attribué si le codeur ne perçoit pas un tel effort, par exemple si le clinicien veut évaluer la compréhension du patient sans explicitement tenter de partager le pouvoir. Des questions rhétoriques, à répétition, ou superficielles (« Qu'est ce que vous pensez de ça ? ») ne recevront pas nécessairement le code CC. Lorsque le codeur n'arrive pas à décider si le code CC est mérité ou non, il ne devrait pas l'attribuer.

---

<sup>2</sup> « The Rounder » est un entretien de formation en anglais, disponible en version codée et non codée sur le site de l'Université du Nouveau-Mexique (<http://casaa.unm.edu/code/miti.html>).

## MITI 4.1 : FEUILLE DE CODAGE

Enregistrement n° : \_\_\_\_\_

Codeur : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Changement cible : \_\_\_\_\_

Première phrase : \_\_\_\_\_

Dernière phrase : \_\_\_\_\_

### Scores globaux

Composants Techniques					
Cultiver le Discours-Changement (CDC)	1	2	3	4	5
Modérer le Discours-Maintien (MDM)	1	2	3	4	5
Composants Relationnels					
Partenariat (PAR)	1	2	3	4	5
Empathie (EMP)	1	2	3	4	5

### Décomptes de comportements

Codes	Décompte	Total
Donner de l'information (INF)		
Persuader (PE)		
Persuader avec Permission (PEP)		
Question (QU)		
Reflet simple (RS)		
Reflet Complexe (RC)		
Valoriser (VA)		
Chercher la Collaboration (CC)		
Accentuer l'Autonomie (AA)		
Confronter (CO)		