

The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)  
Code: version 2.0

Theresa B. Moyers, Tim Martin, Jennifer K. Manuel & William R. Miller

University of New Mexico  
Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

VERSION FRANCAISE

Traduit de l'anglais par Sophie Morandi  
Centre de Traitement en Alcoologie  
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC)  
CH - Lausanne

« *Apprends, compare, collectionne les faits !* »  
*Pavlov (1849 – 1936)*

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 : le score global et le décompte des comportements.

Pour obtenir le score global, le codeur doit apprécier l'ensemble de l'interaction en codant certaines de ses caractéristiques sur une échelle de Likert à 7 unités. Ces scores permettent de saisir l'impression globale ou l'évaluation générale à propos d'une dimension, parfois appelée la « gestalt ». Deux dimensions globales sont codées : l'**empathie** et l'**esprit de l'EM** (*MI Spirit*). Cela signifie que chaque codage par le MITI va aboutir à deux 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 7 points, le codeur devant se situer au départ au point 4 pour ensuite se déplacer vers le haut ou vers le bas.

### 1. Empathie

Cette échelle est destinée à voir dans quelle mesure le thérapeute comprend et/ou fait l'effort de comprendre le point de vue du patient.

## ***Comment reconnaître l'empathie ? Exemples de cliniciens plus ou moins empathiques***

### *Adhérence idéale*

L'empathie apparaît clairement lorsque l'intervenant montre activement qu'il a compris ce que le patient vient de dire. On l'observe aussi lorsque l'intervenant suit ou perçoit avec précision un exposé complexe fourni par le patient ou lorsqu'il l'explore pour en clarifier le contenu. L'écoute réflexive prend une part importante dans ce processus, mais le score global vise à saisir tous les efforts faits par l'intervenant pour comprendre le point de vue du patient et pour lui communiquer ce qu'il a compris.

### *Adhérence faible*

L'empathie manque lorsque l'intervenant montre peu d'intérêt pour le point de vue et les expériences du patient. Peu d'efforts vont dans le sens d'une compréhension approfondie d'événements et d'émotions complexes. Les cliniciens peu empathiques s'enquêtent d'informations factuelles ou suivent leur agenda, sans que cela ait pour but de comprendre le point de vue du patient.

## ***Comment différencier l'empathie d'autres types d'attitudes ?***

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. Il est possible pour un clinicien de :

- travailler durement pour comprendre le point de vue du patient sans être trop chaleureux ou gentil pendant ce processus (empathie vs chaleur humaine)
- comprendre parfaitement sans être pour autant d'accord avec le point de vue du patient (empathie vs acceptation)
- assurer une bonne présence auprès du patient et être authentique sans pour autant faire d'effort pour comprendre réellement son point de vue (authenticité vs empathie)
- fournir de l'aide au patient, lui rendre des services sans pour autant essayer de comprendre et de prendre en considération son point de vue (prendre la défense du patient vs empathie)

## **2. Esprit de l'entretien motivationnel (*MI Spirit*)**

Le codage vise à saisir l'aptitude générale de l'intervenant à utiliser l'EM. Il se focalise sur trois caractéristiques qui sont : l'**évocation**, la **collaboration** et l'**autonomie**. Ces dimensions se superposent souvent ou se mélangent l'une dans l'autre, d'où la nature globale de cette échelle. Le codeur devrait considérer les 3 dimensions lorsqu'il choisit une valeur à mettre sur l'échelle et un score bas dans l'une de ces dimensions devrait être reflété par un score d'esprit globalement plus bas. Toutefois, le codage global devrait permettre de saisir l'ensemble ou la « gestalt » de l'adhérence du clinicien à l'esprit motivationnel, sans que les diverses composantes soient désignées séparément.

## *A quoi cela ressemble-t-il ? Exemples de cliniciens plus ou moins adhérents à l'esprit motivationnel*

### *Adhérence idéale*

La **collaboration** est apparente lorsque les cliniciens négocient avec leurs patients et évitent de prendre une position autoritaire. Les cliniciens collaborants montrent du respect pour une variété d'idées sur la manière dont le changement peut se faire et peuvent accepter des différences entre leurs propres objectifs idéaux et ceux auxquels les patients sont d'accord d'adhérer. Ils évitent la persuasion et se focalisent plutôt sur le soutien et l'exploration des inquiétudes et des idées du patient. Ces cliniciens évitent les rapports de force et considèrent leurs patients comme des partenaires.

L'**évocation** apparaît clairement lorsque les cliniciens s'appliquent à faire parler les patients de leurs idées plutôt qu'à les éduquer ou à donner leur propre opinion sans que le patient la leur ait demandé. Ils laissent à leur patient le bénéfice du doute quant à leur volonté de changer et portent leur attention aux désirs et raisons qui amèneraient un patient à vouloir changer. Les cliniciens permettant l'évocation veulent surtout aider leurs patients à s'entendre dire les raisons qui devraient ou pourraient les faire changer de comportement.

Les cliniciens qui **soutiennent l'autonomie** peuvent accepter que le patient ne veuille pas changer. Ces cliniciens se concentrent sur les changements spécifiques de comportement mais ne poussent pas le patient à se décider immédiatement en faveur d'un changement, adoptant plutôt l'attitude d'une « vision à long terme », d'un changement possible dans l'avenir. Ils montrent qu'ils ont compris que les paramètres-clés pour un changement se trouvent au sein du patient et ne peuvent pas lui être imposés par quelqu'un d'autre.

### *Adhérence faible*

Le **manque de collaboration** apparaît clairement lorsqu'un clinicien confronte son patient à son propre point de vue. On perçoit la prise de position rigide et autoritaire de l'intervenant. Peu d'efforts vont dans le sens d'inclure les idées du patient sur comment un changement peut être fait. Ces cliniciens essaient de persuader leur patient de la nécessité de changer. Ils considèrent leur patient comme déficitaire d'une manière ou d'une autre et essaient de leur fournir ce qui leur manquerait en se plaçant volontiers dans la position d'expert.

Une **faible évocation** est clairement visible lorsqu'un clinicien néglige la tâche-clé qui est d'aider le patient à verbaliser son besoin de changement. Ces cliniciens peuvent se montrer suspicieux et cyniques à l'égard des manifestations du désir de changement de leurs patients. Ils se concentrent volontiers sur l'information qu'ils donnent au patient, sur l'éducation du patient, ou s'appliquent à leur donner des raisons logiques en faveur d'un changement de comportement, plutôt que d'organiser un entretien qui permettrait au patient lui-même d'évoquer le changement.

Les cliniciens laissant **peu d'autonomie** à leurs patients acceptent mal que ces derniers puissent ne pas vouloir changer, reportent le changement à plus tard ou proposent une méthode de changement peu conventionnelle. Ils expriment un sentiment d'urgence par rapport à la nécessité d'un changement.

### ***Comment différencier l'esprit EM d'autres types d'attitudes ?***

L'esprit motivationnel ne doit pas être confondu avec la sympathie, le rôle d'expert, l'acquisition de compétences, la recherche de motivations inconscientes ou la guidance spirituelle. Ainsi, un clinicien peut :

- Se sentir triste de voir qu'un patient a autant de soucis sans pour autant reconnaître qu'il est capable de les résoudre (sympathie vs EM)
- Être capable de donner de très bons conseils au patient sans prendre la peine de savoir ce que lui en a déjà pensé (rôle d'expert vs EM)
- Aider le patients à remplacer les pensées ou croyances irrationnelles à propos du bénéfice d'une consommation mal adaptée plutôt que d'explorer les récompenses perçues par le patient (acquisition de compétences vs EM)
- Chercher à interpréter la fonction d'un comportement X dans le cadre du développement et des vicissitudes du patient plutôt que de chercher à voir les contradictions entre ce comportement et les valeurs et objectifs actuels du patient (recherche de motivations inconscientes vs EM)
- Encourager le patient à reconnaître ou à contacter des forces spirituelles qui l'assisteraient dans son changement plutôt que de pratiquer une écoute réflexive qui permettrait de voir sur quelles forces ou succès personnels il peut déjà s'appuyer maintenant (guidance spirituelle vs EM)

### **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" (*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 (*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 (DI)**

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<sup>ème</sup> 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

*Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un 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 « Ne pas adhérer 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 (EM non-adhérent, jugement)*

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

*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 ? (confrontation)*

*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 (conseil)*

## A. **Questions**

### 2a. Questions fermées (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. Questions ouvertes (QO)

On code « Question ouverte » lorsque la question de l'intervenant offre l'opportunité d'y 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.

« Pouvez-vous-m'en dire un peu plus » est codé en tant question ouverte à moins qu'elle soit exprimée sur un ton directif ou confrontant.

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

*Pourriez-vous me parler 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. Questions qui tendent vers un reflet

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.

## **B. 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. 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 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.

Amende pour excès de vitesse

Patient : *c'est sa 3<sup>ème</sup> 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)

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)

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)

3c. REGLE DECISIONNELLE : quand un codeur n'arrive pas à choisir entre un reflet simple ou complexe, il choisira le reflet simple par défaut.

### 3d. 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 ?* (Reflét, Question fermée)

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

### 3e 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 reflètes (cf 2c.)

## **C. 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 (Adhérence à l'EM)*

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

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

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

*C'est vous qui décidez de la quantité de fruits et légumes que vous allez manger* (Adhérence à l'EM)

*Vous avez une bonne idée à ce sujet!* (Adhérence à l'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* (Adhérence à l'EM)

*Je sais qu'il est vraiment difficile d'arrêter de boire* (Adhérence à l'EM)

*Oui, vous avez vraiment beaucoup de soucis en ce moment* (Adhérence à l'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.

4e 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).

## **D. 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)

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 ?* (Non-adhérence à l'EM)

*Vous, vous êtes alcoolique. Vous ne le pensez pas, mais vous l'êtes* (Non-adhérence à l'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 carbones comme vous le dites, si c'est si haut* (Non-adhérence à l'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 !* (Non-adhérence à l'EM)

*Ramenez ces devoirs la semaine prochaine* (Non-adhérence à l'EM)

*Pour vous, il est nécessaire d'aller à 90 rencontres sur 90 jours* (Non-adhérence à l'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.

5d. 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.

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* (Non-adhérence à l'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 (Non-adhérence à l'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) de 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 ABBREGES 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 compétence dans l'application de l'EM, ainsi que les formules pour les calculer.

$\% \text{ Reflets Complexes } (\%RC) = RC / \text{Reflets totaux}$

$\% \text{ Questions Ouvertes } (\%QO) = QO / (QO + QF)$

$\text{Reflet} / \text{Proportion de Questions } (R / Q) = \text{Reflets totaux} / (QF + QO)$

$\% \text{ Adhérence à l'EM } (\%Adh-EM) = Adh-EM / (Adh-EM + NAdh-EM)$

## 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 valeur gold standard 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 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 être un prédicteur d’une plus grande facilité dans l’entraînement ni de meilleures compétences dans nos laboratoires.

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. 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.

<b>Décompte des comportements ou seuils de scores totaux</b>	<b>Débutants</b>	<b>Entraînés</b>
Scores globaux du thérapeute	5	6
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	1	2
Pourcentage de Questions Ouvertes (%QO)	50%	70%
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	40%	50%
Pourcentage de EM Adhérents (% Adh-EM)	100%	90%

Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)  
Feuille de codage

Enregistrement N° \_\_\_\_\_

Codeur \_\_\_\_\_

Heure \_\_\_\_\_

**SCORES GLOBAUX**

Empathie/ Compréhension		1 bas	2	3	4	5	6	7 élevé
Esprit		1 bas	2	3	4	5	6	7 élevé

**DECOMPTE DES COMPORTEMENTS**

<b>Donner de l'information</b>			
<b>Adhérence à l'EM</b>	Demander la permission, valoriser, encourager l'autonomie personnelle, soutien		
<b>Non-Adhérence à l'EM</b>	Conseiller, confronter, diriger		
<b>Question (sous-classifier)</b>	Questions fermées		
	Questions ouvertes		
<b>Reflet (sous-classifier)</b>	Simple		
	Complexes		
	Reflets totaux		

Première phrase : \_\_\_\_\_

Dernière phrase : \_\_\_\_\_

## Liste des codes MITI

EMPATHIE	(Score global d'empathie)
ESPRIT	(Score global de l'Esprit EM)
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>.