

*Le développement des compétences en entretien motivationnel peut-il être
enrichi par une démarche d'auto-évaluation par le clinicien?*

Par

Karine Gaudreault

10 209 954

Essai sous la supervision de Karine Bertrand Ph.D. présenté dans
le cadre de la Maîtrise en intervention en toxicomanie

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

© 15 janvier 2014

Résumé de l'essai

Cet essai porte sur la pertinence pour des cliniciens d'utiliser le questionnaire ITEM (Identification des techniques d'entrevue motivationnelle), développé par Joël Tremblay et Jacques Bergeron, pour développer des compétences à mener un entretien motivationnel (EM). Les résultats de cet outil d'auto-évaluation ont été comparés aux résultats de la codification d'un EM au MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity), outil validé, mais qui exige du temps, l'utilisation d'un codeur qualifié et un enregistrement. Cet essai pourrait contribuer à faciliter l'implantation de l'EM, pratique probante en toxicomanie/comorbidité, dans certains milieux de pratique, par exemple dans le cadre de soins psychiatriques. Cette comparaison entre les deux outils a été établie à partir de cinq EM menés dans un cadre de soins psychiatriques ainsi qu'un journal de bord. Le journal a permis de documenter la perception du clinicien sur la contribution de l'ITEM, d'une codification autonome au MITI et d'un codificateur externe au processus d'apprentissage de l'EM. Les résultats obtenus permettent de conclure que les résultats du questionnaire rempli par le clinicien vont cliniquement dans le sens d'une codification au MITI. Au niveau des modalités d'apprentissage de l'EM, une continuité d'outils de formation s'avère pertinente et nécessaire en fonction des milieux de pratique et des besoins des cliniciens.

Mots clés :

Entretien motivationnel, compétences cliniques, outils d'apprentissage, dépendance, soins psychiatriques

Motivational interviewing, clinical skills, learning tools, dependence, soins psychiatriques

Table des matières

Table des matières.....	ii
1 Introduction.....	6
1.1 Les concepts utilisés.....	8
1.2 Milieu de travail	9
1.3 État de situation.....	11
1.4 Objectif de l’essai.....	14
2. Moyens.....	15
2.1 Les outils liés à l’objectif 1	17
2.1.1 Le déroulement lié à l’objectif spécifique 1	19
2.1.2 L’analyse liée à l’objectif spécifique 1	20
2.2 Les outils liés à l’objectif spécifique 2.....	23
2.2.1 Le déroulement et l’analyse liés à l’objectif spécifique 2	23
3. Résultats.....	25
3.1 Résultats aux ITEM et MITI.....	25
3.1.1 Résultats à ITEM et au MITI-codificateur	26
3.1.2 Résultats MITI-codificateur et ‘MITI-clinicien	27
3.1.3 Résultats à ITEM et au MITI-clinicien.....	28
3.2 Résultats des journaux de bord.....	28
3.2.1 Les impacts sur le processus d’apprentissage de l’EM	28

3.2.2 Les avantages, les inconvénients et les pistes d’améliorations des outils utilisés	30
3.2.3 Constats généraux: implantation de l’EM et effets perçus auprès d’une clientèle en psychiatrie	33
3.3 Bilan des résultats.....	34
3.3.2 journaux de bord.....	34
4. Discussion	34
4. 1 Regard critique sur les principaux constats.....	34
4.1 Les forces	36
4.2 Les limites	37
4.3 Recommandations	37
4.3.1 Première recommandation	37
4.3.2 Seconde recommandation.....	38
4.3.3 Troisième recommandation	39
5. Conclusion	40
Annexe A – ITEM	46
ANNEXE B -MITI	47
ANNEXE C –Tableau de concordance.....	97
Annexe D - Journaux de bord.....	105
Annexe E – Programmes des clients.....	107
Annexe F – Formulaire de consentement	108

Remerciements

Un projet aussi vaste, portant sur plus d'un an, ne pourrait voir le jour sans le soutien de plusieurs personnes. J'ai eu la chance de pouvoir compter sur un entourage extraordinaire, soutenant tout au long de mon rêve.

Merci à mon employeur, l'IUSMQ, de m'avoir permis de prendre un congé pour faire avancer la recherche auprès de notre clientèle. Ils ont eu la gentillesse de m'ouvrir leurs portes, soutenir les rencontres, présenter à un large public les résultats de cet essai pour en assurer la pérennité. Ainsi qu'à la Fondation Jean-Lapointe pour leur bourse d'excellence apportant un support financier très apprécié.

Merci à mes collègues pour les encouragements, les questionnements cliniques, la recherche de clients et les groupes d'études. Un merci également particulier à l'équipe du M-2500 pour leur patience et leur soutien découlant de mes absences.

Merci à mes amis qui ont su me donner tout leur soutien malgré mes nombreuses absences et mon emballement limité à l'EM tout au long de la dernière année.

Merci à une directrice d'essai extraordinaire, Karine Bertrand. Ta patience, ta générosité et tes encouragements ont été très appréciés. Plus qu'une directrice, tu as été une inspiration dans plusieurs domaines de ma vie académique, professionnelle et surtout, personnelle.

Finalement, merci à un conjoint extraordinaire, David, ainsi que des enfants super inspirants : Élisabeth, Raphaël, Victoria et Béatrice. Vous me donnez le goût au quotidien de dépasser mes limites, de faire en sorte de développer le meilleur autour de moi. Pour vous, c'est la fin d'un voyage mouvementé et je reviens enfin à la maison!

Liste des tableaux, des figures et des graphiques

Tableau 1 Résumé des études en EM sur les différentes problématiques de changement	11
Tableau 2 Déroulement des entrevues réalisées	19
Tableau 3 Jumelage des cotations de scores globaux ITEM et MITI.....	22
Tableau 4 Décompte de comportements – Compétence du clinicien et seuil de compétence	22
Tableau 5 Résultats des scores globaux des 5 entrevues réalisées	25
Tableau 6 Résultats par scores globaux écarts entre MITI-codeur et ITEM	Erreur !
Signet non défini.	
Graphique 1 Différence de résultats ITEM et MITI codificateur externe	Erreur !
Signet non défini.	

1 Introduction

Depuis plusieurs années, je me questionne sur la recherche d'approches, d'outils me permettant d'être efficace dans mon travail. Dans une ère où toutes les ressources sont comptées dans le réseau de la santé, cette recherche devient une priorité. Les demandes du sous-ministre Jacques Cotton au ministère de la Santé et des services sociaux du Québec de diminuer les délais d'attente dans les urgences et la durée moyenne de séjour (Cotton, 2013) mettent une pression importante sur le personnel. Le personnel clinique voit moins longtemps les clients, mais doit tout de même répondre aux mêmes objectifs d'hospitalisation : évaluation, traitement et réadaptation des personnes atteintes de troubles de santé mentale. De plus, la philosophie de rétablissement de l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) et le désir des usagers de retourner rapidement dans leur milieu de vie viennent appuyer ces demandes.

Lors des hospitalisations en psychiatrie, plusieurs changements sont à mettre en place : « intégrer un suivi médical dans son quotidien, faire régulièrement des examens médicaux, prendre un traitement médicamenteux, modifier son alimentation pour éviter de prendre du poids, arrêter ou diminuer sa consommation d'alcool ou de drogues... » (Languérand, 2012). L'hospitalisation, malgré sa courte durée, est un moment pour favoriser les changements et augmenter l'adhérence à des traitements.

Dans le cadre de mon travail, la clientèle est très hétérogène, possède un haut taux de dépendance aux drogues/alcool et jeux ainsi que des problèmes associés (itinérance, judiciarisation, prostitution, etc.), une faible adhérence aux traitements et leur durée de séjour est très courte. Suite à leur hospitalisation, mes clients sont majoritairement référés en externe vers des traitements/équipes spécialisés dans la communauté. Par contre, nous constatons que ces façons d'intervenir n'apportent pas toujours les résultats escomptés, car, souvent, nos clients ne se présentent pas dans les services où ils sont référés, renégocient les objectifs ou s'investissent peu lorsqu'ils y sont contraints par la loi. Mes clients sont souvent non-volontaires aux références et le maintien dans le temps de nos interventions reste très fragile.

Pour moi, une approche permettant de favoriser les changements, efficaces auprès d'une clientèle ayant des troubles psychiatriques concomitants, augmentant l'efficacité et l'adhérence au traitement auquel on réfère la personne et efficace rapidement représenterait un grand avantage dans mon travail. Lors de mes lectures,

l'entretien motivationnel est ressorti comme répondant à ces critères. Plusieurs métaanalyses et revues de littérature démontraient l'efficacité de cette méthode en psychiatrie et en comorbidité, son efficacité en moins de temps d'intervention que d'autres approches et augmentant l'adhérence au traitement lorsque pratiqué en prétraitement (Burke, Arkowit et Menchola, 2003; Lundahl et Burke, 2009; Chanut, Brown et Dongier, 2005; Westra, Aviram et Doell, 2011).

Depuis 1991, William Miller et Stephen Rollnick ont développé une approche qui permet au praticien de guider leurs clients vers des cibles de changements. « L'entretien motivationnel est [...] collaboratif et centré sur la personne [et] a pour but de susciter et de renforcer la motivation au changement » (Fortini et Daeppen, 2010). Miller et Rollnick proposent trois niveaux de définitions :

«Définition pour un néophyte: l'entretien motivationnel est un style de communication collaborative pour renforcer la motivation personnelle et l'engagement vers le changement d'une personne.

La définition du praticien: l'entretien motivationnel est un style de communication centrée sur la personne pour l'amener à sortir de l'ambivalence face au changement.

La définition technique: l'entretien motivationnel est un style de communication, axée sur les objectifs de changements portant une attention particulière au discours changement. Il est conçu pour renforcer la motivation personnelle et l'engagement envers un objectif précis en suscitant et en explorant les raisons propres à la personne pour le changement dans un climat d'acceptation et de compassion. » (Miller et Rollnick, 2012, p.29, traduction libre)

L'apprentissage de l'entretien motivationnel (EM) nécessite une grande implication de la part des praticiens et de leurs organisations. Cette approche nécessite plusieurs niveaux de formation : introduction, ateliers, supervision avec enregistrement et/ou grilles, etc. Florence Chanut, psychiatre spécialisée dans le domaine des dépendances et formatrice à l'EM, mentionnait que l'apprentissage de cette approche dans les

centres hospitaliers psychiatriques est difficile (Chanut, Brown et Dongier, 2005). Elle nécessite plusieurs heures de formation, mais surtout, de supervision clinique sur enregistrement (Chanut, 2012). Cette supervision permet de mesurer le degré de conformité de l'intervenant à l'entretien motivationnel via des grilles de cotation validée telle que la grille du MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) (Moyers et coll., 2005). Les cotations du MITI évaluent la fidélité de l'entretien de l'intervenant aux principes de l'entretien motivationnel (EM) via le décompte de certains comportements et de scores globaux concernant des dimensions de l' « esprit motivationnel » (Moyer et coll., 2005). Le codage se fait sur des enregistrements. Par contre, il n'est pas simple pour plusieurs cliniciens d'avoir des entrevues enregistrées dans le cadre de leur pratique (Baer, 2004). Ainsi, l'implantation devient un défi important malgré les avantages démontrés pour certains contextes de travail.

Ces éléments amènent donc des enjeux au niveau de l'applicabilité d'apprentissage de cette approche dans mon contexte de travail. De par la clientèle (diversifiée, taux élevé de comorbidité, problèmes associés, etc.), le contexte de travail (diminution des durées de séjour, pressions des urgences, enjeux légaux, etc.) et les contraintes organisationnelles (organisation des enregistrements, libérations pour de la formation, supervision clinique nécessaire, etc.), les défis d'apprentissages à l'EM deviennent nombreux.

Pourtant, plusieurs praticiens vivent les mêmes enjeux, ont les mêmes défis et souhaitent développer l'entretien motivationnel dans leur pratique. Dans le cadre de l'essai, la recherche de méthodes alternatives et complémentaires d'apprentissage me semble pertinente et intéressante pour plusieurs contextes de travail.

Ce processus rigoureux nécessite d'abord une définition claire des concepts liés à l'EM. La philosophie de ce style de communication, sa définition et son origine sont des éléments incontournables pour bien comprendre cette approche.

1.1 Les concepts utilisés

L'entretien motivationnel vise à favoriser «la motivation du patient à modifier son comportement plutôt que d'essayer de le convaincre, voire de le contraindre à le faire» (Languérand, 2012). Cette approche mise sur les éléments de changement dans le discours du client. Les « propriétés motivationnelles » ne sont pas seulement de la responsabilité du client, mais partagée également avec les professionnels (Fortini et Daepfen, 2012). Ainsi, l'intervenant qui utilise l'EM change son attitude relationnelle

avec ses usagers en ayant une vision collaborative et applique ainsi l'EM comme une méthode de communication.

Miller et Rollnick (2012) identifient quatre processus à la base de l'EM. Le premier est l'engagement. De par son empathie, son attitude d'ouverture, ses reflets et ses questions ouvertes, le clinicien permet au client de se sentir écouté et s'engager dans le processus relationnel avec l'intervenant. Le deuxième processus est le focus. Il doit se dégager une cible de changement claire, ce que nous voulons réaliser. De plus, il est de la responsabilité de l'intervenant de maintenir cette cible, et ce, malgré les nombreux agendas et enjeux d'une problématique. Le processus suivant est l'évocation. Dans cette partie, l'intervenant doit susciter et reconnaître le discours-changement de son client. Lorsqu'une personne évoque son propre changement et ses propres arguments, son adhérence à celui-ci est plus importante. Le quatrième processus est la planification. À cette étape, on planifie le changement, on fait en quelque sorte l'agenda de celui-ci. L'intervenant doit maintenir l'engagement, repérer les bris d'alliance et apporter du support dans ce changement.

L'EM a été combiné à diverses approches, divers moments de l'intervention, à utilisation brève et plus longue, etc. Dans le cadre de mon essai, je souhaite l'appliquer sans le combiner à une thérapie ou des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale. Par contre, il est certain que je ne pourrais pas l'utiliser dans toutes mes entrevues puisque mon contexte de travail est particulier. La prochaine section permettra de mieux expliquer où je travaille, mais également les enjeux liés à ma pratique.

1.2 Milieu de travail

Je travaille à l'IUSMQ, c'est un hôpital psychiatrique offrant des services spécialisés pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale graves adultes. Mon secteur d'activité est le programme de psychiatrie légale. Nous avons 6 personnes en détention dans une section de dangerosité et 12 personnes en évaluation. Les évaluations se font pour le tribunal, nous devons évaluer l'aptitude et/ou la responsabilité criminelle pour des gens accusés de délits criminels ou municipaux. Ils sont détenus, en provenance de différents établissements de détention. Nous avons 30 jours pour émettre nos rapports au juge. De plus, nous devons émettre des recommandations à la cour de conditions qui permettraient d'assurer la sécurité du

public. Nos clients en dangerosité sont des clients ayant des problèmes de comportements répétitifs mettant en danger la sécurité des autres. Pour ceux-ci, les cibles de changement sont précises et multiples.

Les clients sont très souvent non-volontaires à l'hospitalisation. Leur collaboration est mitigée et de nombreux enjeux sont présents : détention, privation de liberté, possibilité de retourner en prison, diagnostics, médications, casiers judiciaires, etc. D'un autre côté, plusieurs avantages peuvent découler de leur engagement à des changements : éviter la prison, attendre leur comparution en liberté, diminution du suivi du tribunal administratif du Québec, augmenter le nombre de ressources externes disponibles, diminution de la durée de détention, éviter les ordonnances de médications et d'hébergement, etc.

Les usagers en évaluation hospitalisés au médicolégal le sont majoritairement pour une première fois en psychiatrie. Ils reçoivent un premier diagnostic psychiatrique, un premier suivi, une première médication, etc. Pour les usagers connus, ils excèdent souvent 10 hospitalisations et sont exclus de la majorité des services, leurs comportements étant trop problématiques.

Les cibles de changements sont donc nombreuses. Les attentes des partenaires sont également élevées. Le juge, le procureur, les policiers s'attendent à ce que le personnel aide ces gens et mette en place des pratiques qui éloigneront les clients du système judiciaire dans le futur. Ainsi, l'EM semble pouvoir répondre aux besoins de changement identifiés, mais est-ce qu'il est efficace pour la clientèle de l'IUSMQ? Est-il efficace auprès de la clientèle du médicolégal? Est-ce que les défis observés dans ce contexte de travail le sont également ailleurs?

Les obstacles étant nombreux concernant l'aptitude au consentement et les aspects légaux d'être enregistrés alors que l'aptitude à subir un procès et/ou la responsabilité criminelle des usagers est en évaluation dans le cadre du programme de psychiatrie légale, le recours au MITI est bien souvent impossible. Des questions découlent donc des enjeux de faisabilité pour l'utilisation du MITI dans un contexte plus légal tout comme dans un contexte d'hospitalisation psychiatrique, constat que partage d'ailleurs également Dre Florence Chanut, psychiatre oeuvrant dans le domaine des troubles mentaux concomitants à la toxicomanie (Chanut et coll., 2005).

Ainsi, plusieurs besoins sont clairement identifiés à l'IUSMQ ainsi que plusieurs enjeux. Par contre, un constat sur les résultats actuels de la recherche peut peut-être apportés certaines réponses.

1.3 État de situation

Dans le domaine de la psychiatrie, les études démontrent que l'abandon des services se situe entre 26% et 82% (Mazzotti et Barbaranelli, 2012). Une étude canadienne révélait un abandon moyen de 21% pour tous les types de professionnels travaillant en santé mentale (Weng, 2007 cités dans Olfson et coll. 2009). Les professionnels «voient leurs patients abuser au quotidien de substances, avoir une motivation fluctuante face à l'adhérence à leur traitement, surtout ceux qui souffrent de maladies mentales comme la schizophrénie, qui exigent l'observance du traitement à long terme» (Chanut, Brown et Dongier, 2005 en traduction libre). Les intervenants recherchent donc des approches permettant de surmonter ces obstacles, améliorer la situation de leurs clients et que ces changements se maintiennent dans le temps.

L'approche de Miller et Rollnick (2012) a été au départ développée pour le traitement des problèmes liés à la consommation. Par la suite, de nombreuses applications et recherches ont été faites sur son application dans d'autres types de changement de comportement. Les revues de littérature et les métaanalyses consultées démontraient l'efficacité de l'entretien motivationnel comparé à une absence d'intervention et, dans la majorité des problématiques, égal à d'autres méthodes, mais en favorisant des effets thérapeutiques favorables en moins de temps (Burke, Arkowitz et Menchola, 2003; Chanut, Brown et Dongier, 2005; Lundahl et Burke, 2009; Westra, Aviram et Doell, 2011; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson et Burke, 2010). Le tableau suivant résume les études recueillies :

Tableau 1 Résumé des études en EM et les différentes cibles de changement

Cible de changement	Effet comparé à une	Effet comparé à une autre
----------------------------	----------------------------	----------------------------------

	absence d'intervention	approche
Alcool	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010
Cessation tabagique	✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010 ✓ Westra et coll., 2011	✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010 ✓ Westra et coll., 2011
Dépendance aux drogues	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003
Comportements à risques HIV	✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010	✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010
Adhérence au traitement psychosocial	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2009	✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2009
Exercice et diète	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Burke et coll., 2003 ✓ Lundahl et coll., 2010
Troubles alimentaires	✓ Burke et coll., 2003	✓ Burke et coll., 2003
Cannabis	✓ Lundahl et coll., 2010	
Dépendance-Jeu	✓ Lundahl et coll., 2010	✓ Lundahl et coll., 2010
Adhérence au traitement pharmacologique	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Westra et coll., 2011	✓ Westra et coll., 2011
Anxiété	✓ Westra et coll., 2011	✓ Westra et coll., 2011
Dépression	✓ Westra et coll., 2011	
Comorbidité trouble psychotique et dépendance aux drogues	✓ Chanut et coll., 2005 ✓ Westra et coll., 2011	✓ Westra et coll., 2011

Les recherches sur l'application de cette approche en psychiatrie ont donné des résultats prometteurs.

Au niveau de l'apprentissage de l'entretien motivationnel, plusieurs types de formations ont été proposés et étudiés. Le site WWW.MotivationalInterviewing.org¹ suggère des ateliers d'introduction, de pratiques plus avancées/spécifiques et de la supervision individuelle sur enregistrement (<http://www.motivationalinterview.org>). Il y est mentionné que la supervision individuelle est la méthode permettant le mieux d'appliquer et de maintenir l'entretien motivationnel dans notre pratique. La comparaison entre l'auto formation avec un manuel, des ateliers et de la supervision donnée par un formateur de l'organisation ainsi que des ateliers et de la supervision donnée par un expert relève que l'utilisation d'un expert est plus efficace pour le maintien et l'efficacité d'utilisation de l'approche (Martino et coll., 2010). Au second rang vient l'utilisation d'un formateur du milieu formé puis la méthode de l'auto apprentissage.

Les recherches sur l'apprentissage dans des milieux de traitement font état de recherches dans des milieux de formation (résidence en médecine), de supervision clinique lors de suivis individuels, de formations en cliniques de dépendance, de milieux carcéraux, mais pas en hôpital psychiatrique ni lors de travail dans des unités d'admissions (Madson, Loignon et Lane, 2009; Chanut et coll., 2005). Ces recherches peuvent donc amener certaines orientations pour l'applicabilité dans mon milieu de travail, mais ne tiennent pas compte de mon contexte de travail et de ses enjeux spécifiques.

Mon essai pourra apporter un point de départ réflexif à mon organisation. Jusqu'à présent, des ateliers d'introduction et de 2 jours ont été donnés à certains membres du personnel. Par contre, le département de la formation des ressources humaines est en réflexion sur les avantages, les coûts et les résultats à espérer. Une réflexion rigoureuse d'un processus d'apprentissage leur permettrait d'évaluer les obstacles d'implantation, le degré de conformité de l'EM et envisager divers outils selon le contexte de travail de chacun.

Suite au bilan des connaissances de la recherche, des besoins similaires à ceux de l'IUSMQ ont été identifiés. Ainsi, un manque de connaissance réside au niveau des outils d'apprentissages en EM en milieu psychiatrique.

¹ Ce site est un collectif de formateurs en EM de partout dans le monde ayant comme objectif de promouvoir cette approche, sa recherche et sa diffusion.

1.4 Objectif de l'essai

En somme, depuis quelques années, j'observe dans mon milieu de travail que notre efficience pourrait être plus élevée si nous pouvions développer des outils favorisant les changements de comportement. L'EM est une approche reconnue comme efficace en prétraitement et dans certains traitements pour augmenter l'adhérence au traitement ou l'efficacité du traitement, la diminution de la consommation, la diminution des pratiques à risque, etc. Dans mon travail, en psychiatrie légale dans une unité d'admission, l'EM pourrait soutenir les objectifs que nous avons avec nos clients par l'engagement, le focus, l'évocation et la planification.

Par contre, l'apprentissage de l'EM demande du temps et de l'implication par l'intervenant et son organisation. Le processus de formation demande des séminaires, des enregistrements et de la supervision clinique. Il existe des outils pour permettre de mesurer la fidélité de l'intervenant à l'approche, mais cela demande du temps et de l'organisation. Cependant, il n'y a pas d'études sur l'implantation de l'EM dans des milieux semblables au nôtre. De plus, dans une perspective de développement professionnel continu, le clinicien a besoin de moyens concrets et faciles d'utilisation pour le soutenir.

Suite à tous ces éléments, je crois que l'apprentissage de l'EM serait bénéfique auprès de ma clientèle. Par contre, son apprentissage et son application risquent d'être plus ardues que dans d'autres milieux. Je crois que son apprentissage nécessitera le même nombre d'heure de formation, mais plus d'heures de supervision. Par contre, cette approche peut apporter beaucoup aux usagers de soins psychiatriques de l'IUSMQ, car ils ont plusieurs cibles de changements. Ceci permettra également d'outiller mes collègues qui souhaitent également développer des outils cliniques adaptés et efficaces dans un contexte d'intervention brève.

Ainsi, l'objectif de mon essai sera d'examiner la pertinence de l'auto-évaluation comme outil de développement des compétences professionnelles lors de l'apprentissage de l'entretien motivationnel ainsi que les facteurs influençant cet apprentissage auprès d'usagers bénéficiant de soins psychiatriques à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec.

Objectif spécifique 1 : examiner la concordance des résultats du questionnaire ITEM (Identification des techniques d'entrevue motivationnelle) qui documente l'auto-évaluation du clinicien quant au niveau d'adhérence de son intervention aux techniques et principes de l'EM, remplie immédiatement après l'entrevue, à une grille de codification validée, soit le MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity).

Objectif spécifique 2 : documenter la perception du clinicien sur la pertinence des outils utilisés dans le cadre du développement de compétences en EM.

2. Moyens

Pour réaliser cet essai, l'étude de cas unique a été utilisée. Comme peu d'études ont examiné la pertinence de l'auto-évaluation comme outil de développement des compétences professionnelles lors de l'apprentissage de l'entretien motivationnel et les facteurs qui l'influencent, l'étude de cas permettait d'étudier en profondeur la situation d'un apprenant.

Ce moyen a favorisé la compréhension de l'ensemble de l'objectif de l'essai, le quoi et le comment du développement des compétences professionnelles dans un contexte réel de travail (Yin, 2003 dans Kleine et coll., 2012). Cette méthode a permis de mieux explorer et faire émerger les relations complexes entre les différentes variables pouvant influencer le clinicien dans son développement des compétences et de le contextualiser (Yin, 2003 dans Kleine et coll., 2012; Miles et Huberman, 2010). De plus, une des forces de l'étude de cas est la possibilité de combiner plusieurs sources d'informations (Kleine, 2012; Miles et Huberman, 2010), ainsi une méthode mixte avec des moyens qualitatifs et quantitatifs a été utilisée pour répondre à chacun des objectifs spécifiques. En effet, comme nous le verrons plus loin, des données quantitatives ont été recueillies provenant de deux questionnaires comparés ainsi que des données qualitatives de journaux de bord.

L'étude de cas menée dans cet essai a ciblé l'étudiante, auteure de cet essai, dans le cadre de son travail de clinicienne en processus d'apprentissage à l'EM. En effet, il aurait été difficile, dans le contexte actuel, de trouver un autre clinicien acceptant de prendre autant de temps pour réaliser cet essai, et ce, dans un contexte de coupure et de non-remplacement à l'IUSMQ. De plus, il n'y avait pas d'autre membre du personnel de l'IUSMQ formé au MITI. Ainsi, pour des raisons organisationnelles et

de convenances, l'étude de cas a porté sur l'étudiante. Par ailleurs, ce choix avait plusieurs avantages. Comme l'étudiante avait une formation en EM assez importante, la diversification des outils utilisés était possible. De plus, ses connaissances ont permis de plus facilement faire émerger les liens entre l'utilisation clinique de l'EM et les moyens utilisés. Ainsi, la faisabilité de cet essai était plus probable avec une personne possédant des connaissances en EM, une certaine expérience à l'utilisation de l'EM et des connaissances au MITI. L'essai a permis également à l'étudiante d'approfondir la démarche d'apprentissage en EM, démarche augmentant la motivation intrinsèque de mener à bien une telle expérience et ainsi en faciliter la réalisation.

Au plan des connaissances en EM, l'étudiante connaît et applique l'EM dans ses interventions, en tant que travailleuse sociale, depuis 4 ans, toujours auprès d'une clientèle psychiatrique. Elle a coanimé des groupes pendant 6 mois en entretien motivationnel en recevant du coaching personnalisé d'un collègue plus expérimenté tout au long des 6 mois. Elle a également débuté à cette époque des entretiens individuels en utilisant l'EM auprès d'une clientèle présentant des problèmes de consommation de SPA.

Sur le plan de la formation, elle a suivi un module de 3 heures d'introduction puis de 2 jours de formation plus avancée à l'EM. Dans le cadre de sa maîtrise, elle a suivi un cours de formation à l'EM de 2 crédits. Elle a également suivi une formation de deux jours et demi de Christina Fortini et Jacques Gaumes sur la codification au MITI.

Au niveau du coaching individualisé, dans le cadre de son cours de maîtrise en EM, elle a reçu des retours de groupe (avec une personne qualifiée MINT) pour deux entrevues menées en classe. De plus, elle a réalisé une entrevue en travail final que j'ai codifiée au MITI et cette entrevue a également été codifiée au MITI par une personne qualifiée MINT en plus de recevoir un coaching personnalisé.

L'étude de cas comprend plusieurs sources de données, tel que précisé auparavant. Ainsi, pour chacun des objectifs sélectionnés, des outils différents devront être sélectionnés car les besoins pour répondre à chacun des objectifs spécifiques diffèrent.

2.1 Les outils liés à l'objectif 1

Pour répondre à l'objectif spécifique 1, deux outils ont été sélectionnés, soient le questionnaire (ITEM) et la grille de cotation MITI. Le questionnaire ITEM est un questionnaire développé par Joël Tremblay et coll. (2003), dans le cadre d'une recherche dont le but était d'évaluer l'efficacité de certains modèles d'intervention motivationnelle auprès de jeunes toxicomanes. L'outil servait aux cliniciens à évaluer leur perception de leur adhérence aux éléments de l'EM lors d'entrevues cliniques auprès des adolescents. Ils avaient reçu une formation en EM et ils leur avaient été demandé de remplir cet outil dans le cadre d'une recherche. La recherche avait permis de mettre en évidence que l'utilisation des techniques et de l'esprit de l'EM par les intervenants, selon leur propre perception telle que documentée par l'ITEM, « semble généralement exercer des effets bénéfiques sur l'évolution de la consommation » de leurs clients (Brunelle, 2010; Bergeron, 2009).

Le questionnaire ITEM (voir en annexe A) comporte 23 questions portant sur les éléments développés par Miller et Rollnick (2002; 2012) sur l'adhérence du clinicien à l'esprit de base de l'EM : l'évocation, la collaboration, l'empathie, le soutien à l'autonomie et la directivité dans leurs interventions. De plus, des questions portant sur les comportements du clinicien sont posées : utilisation de questions ouvertes/fermées, reflets complexes/simples et le ratio de comportements adhérents et non adhérents aux principes de l'EM. Le questionnaire devait être rempli suite à la rencontre par le clinicien. Ce dernier coche les énoncés selon qu'il a utilisé la technique ou les attitudes de base de l'EM allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Ce questionnaire, bien qu'utilisé dans le cadre d'une étude auprès de cliniciens québécois, n'a pas été validé.

Le questionnaire ITEM présente plusieurs avantages. Il est tout d'abord en français et développé au Québec. Aucun autre outil de ce type en français n'a été trouvé malgré nos recherches. Il est rapide à compléter (environ 5 minutes) et ne nécessite pas d'enregistrement audio. De plus, il peut être utilisé auprès d'une clientèle ayant une problématique de consommation. Les chercheurs l'ayant développé acceptent que nous l'utilisions dans le cadre de notre essai. Pour examiner la pertinence de l'ITEM comme outil d'auto-évaluation, nous souhaitons d'abord examiner dans quelle mesure un clinicien est en mesure de s'autoévaluer de façon juste, sans recourir à un

enregistrement. Ainsi, s'il est possible d'être concordant en auto-évaluation à un outil comme le MITI concernant le niveau d'intégrité de son intervention aux principes de l'esprit motivationnel et en regard des comportements EM, cela appuierait la pertinence de l'ITEM comme outil d'autosupervision. Dans une perspective de développement professionnel dans un contexte où la supervision sur enregistrement est difficile, l'utilisation de cet outil pourrait permettre aux cliniciens de développer un processus d'apprentissage permettant l'utilisation de l'EM et l'adaptation de cette approche à leur pratique. Tel que mentionné par Hartzler (Hartzler et coll., 2007), l'utilisation d'outils permettant un développement continu de sa pratique en EM est un enjeu important de ce style de communication.

Le second outil, le MITI (Moyers et coll., 2010), est un questionnaire permettant de mesurer l'adhésion à l'EM chez le clinicien. Il se fait par l'écoute et l'évaluation d'un extrait de 20 minutes d'un enregistrement d'une rencontre par un codeur formé. Ce dernier évaluera les scores globaux, selon une échelle de 1 (faible) à 5 (élevée), de cinq dimensions : l'évocation, la collaboration, l'empathie, le soutien à l'autonomie et la directivité. De plus, un décompte des comportements du clinicien sera fait sur le nombre de questions ouvertes/fermées, les reflets simples/complexes et les comportements d'information, d'adhérence et de non-adhérence. Suite au MITI, une séance de supervision individualisée devrait avoir lieu (Moyer et coll., 2010).

Plusieurs avantages liés à cet outil sont présents. Entre autre, il est largement utilisé dans le cadre de l'apprentissage de l'EM et il a été validé. Au Québec, quelques personnes formées comme entraîneur certifié en entretien motivationnel peuvent apporter cette supervision clinique via le MITI et certains auxiliaires de recherches formés peuvent également codifier des entretiens. Pour mon essai, j'ai été suivre une formation avancée au MITI de 20 heures avec Christiana Fortini et Jacques Daeppen, deux chercheurs et cliniciens reconnus comme entraîneurs en EM.

Ainsi, pour répondre à l'objectif spécifique 1, le MITI et ITEM ont été sélectionnés et utilisés. Les paragraphes suivants décriront la clientèle sélectionnées ainsi que les étapes d'utilisation de ces outils.

2.1.1 Le déroulement lié à l'objectif spécifique 1

La population choisie pour mener les EM a été celle de l'Institut Universitaire en Santé mentale de Québec. Il a été demandé à des collègues d'autres secteurs d'activités de l'IUSMQ d'aider dans le recrutement de clients. Certains clients ont pu être sélectionnés dans le secteur du médicolégal suite à des discussions avec leur psychiatre traitant et des explications supplémentaires données aux clients, mais la majorité ont été sélectionnés dans d'autres secteurs. Le lieu de sélection des usagers sont indiqués au tableau 2. Les usagers présentaient tous des objectifs liés à la consommation de SPA et recevaient des services dans l'un ou l'autre des programmes suivants de l'IUSMQ : médicolégal, externe, médecine et troubles psychiatrique et admission troubles psychotiques, leur description est à l'annexe F. Les documents relatifs à l'enregistrement des entretiens, la participation à cet essai et aux consentements ont été obtenus pour les clients et l'IUSMQ (voir exemple en annexe G). L'utilisation d'un second codeur a été acceptée par l'IUSMQ.

Le temps de cet essai étant limité, il a donc été choisi de limiter à cinq les entrevues évaluées. Les cinq entrevues ont été séparées en deux groupes distincts au niveau du déroulement. Les trois premières ont permis de documenter l'utilisation de l'auto-évaluation via l'ITEM comparativement au MITI, incluant une codification et une supervision individualisée, après chaque entrevue, avec un expert (Patrick Berthiaume, membre du réseau de formateurs reconnu, le MINT). La quatrième et sixième entrevues² se sont déroulées sans supervision individuelle au moyen du MITI, permettant de documenter un processus d'apprentissage plus autonome sans supervision. Ces entrevues ont toutes été codées par l'expert et l'étudiante à la fin du processus, pour comparer les cotes entre les divers instruments.

Tableau 2 Déroulement des entrevues réalisées

Entrevue (Durée)	Questionnaire ITEM	Journal de bord	MITI-étudiante	MITI et Supervision par second codeur
-------------------------	---------------------------	------------------------	-----------------------	--

² La cinquième entrevue a été perdue suite à des problèmes techniques et n'a donc pas été utilisés lors des comparaisons ITEM-MITI. Par contre, comme les journaux de bord contenaient des informations pertinentes, ils ont été utilisés.

(Programme)				
Entrevue 1 (49 :21 min) (Externe)	Immédiatement après l'entrevue	À chaque semaine et suivant, l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue
Entrevue 2 (44 :33 min) (médicolégal)	Immédiatement après l'entrevue	À chaque semaine et suivant l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue
Entrevue 3 51 :47 min (médicolégal)	Immédiatement après l'entrevue	À chaque semaine et suivant l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue	Dans la semaine suivant l'entrevue
Entrevue 4 (45 :34 min) (Médecine et troubles psy.)	Immédiatement après l'entrevue	À chaque semaine et suivant l'entrevue	Peut débiter après que l'ITEM et le journal de bord des entrevues 4 et 5 soient remplis	MITI peut débiter après l'ITEM et le journal de bord des entrevues 4 et 5 soient complétés/ Pas de supervision
Entrevue 5 (29 :26 min) (Admissions troubles psychotiques)	Immédiatement après l'entrevue	À chaque semaine et suivant l'entrevue		

Lors des entrevues, il a été décidé de diversifier certaines caractéristiques propres à la réalité de pratique à l'IUSMQ. Ainsi, les diagnostics des clients, le degré de pathologie des clients, les situations où les symptômes étaient plus actifs chez les clients ainsi que des entrevues où la clinicienne faisait preuve de plus ou de moins de comportements attendus en EM ont été réalisées. Cette variation dans les cas sélectionnés avait comme objectif de documenter la pertinence des outils d'apprentissage dans diverses conditions (Miles et Huberman, 2010).

Une grande diversité d'information ont été relevées dans la collecte de données. Il a fallu organiser celles-ci pour en favoriser leur compréhension et ainsi, une stratégie d'analyse a été sélectionnée. Les liens faits entre les divers outils et leur interprétation seront expliqués.

2.1.2 L'analyse liée à l'objectif spécifique 1

Comme mentionnées plus haut, la codification et les questions portent sensiblement sur les mêmes thèmes pour le MITI et le questionnaire ITEM. Suite aux résultats obtenus, l'analyse a porté sur le niveau de concordance entre les scores obtenus au MITI et la perception du clinicien, telle que mesurée par le questionnaire ITEM.

Les résultats des questionnaires utilisés ont été comparés sur les éléments développés par Miller et Rollnick sur l'adhérence du clinicien à l'esprit de base de l'EM : l'évocation, la collaboration, l'empathie, le soutien à l'autonomie et la directivité dans leurs interventions (annexe B – MITI 3.1.1). Comme le questionnaire ITEM ne permettait pas le décompte de comportements (nombre de questions ouvertes/fermées et reflets simples/complexes) comme dans le MITI, cette comparaison a été retirée de cet essai.

La première étape a été d'associer chaque question d'ITEM (annexe A – questionnaire ITEM) aux éléments du MITI. Pour ce faire, un tableau comparatif (annexe C - association) a été construit. Chaque question s'est vue attribuer tous les thèmes de l'esprit de base de l'EM et des comportements du clinicien pouvant lui être associés. Par la suite, une seconde analyse a été faite pour faire ressortir l'élément principal de l'EM auquel la question faisait référence. Le MITI est très spécifique dans sa description de chacun des thèmes de l'esprit de base.

Au niveau des comportements, certains sont compatibles ou incompatibles avec l'esprit de l'EM. Comme ils reflètent des éléments très importants de ce style de communication, ils seront prioritairement mis comme adhérent ou non-adhérent et seront retirés des autres catégories. Les questions d'ITEM ont donc été analysées et priorisées fidèlement aux directives du MITI. Les comportements adhérents et non adhérents sont essentiels en EM, ils sont associés aux éléments les plus importants à réaliser et pour les non adhérents à éviter³.

Quelques associations ont été difficiles. La question 2 portait sur les reflets sans en spécifier la nature contrairement au MITI où ils sont divisés en reflet simple et reflet complexe. Il a donc été décidé de mettre les résultats de cette question dans les deux types de reflets. La question 23 portait sur le comportement appelé donner de l'information. En EM, la façon de donner de l'information est très spécifique, comme

³ Voir l'annexe B-MITI pour la description de chacun de ces comportements.

la question ne spécifiait pas l'intégrité de la méthode, elle a été retirée de l'analyse. La question 24 portait sur la proportion du temps de l'entrevue chez le client et fait référence à l'élément de collaboration dans la capacité de ne pas dominer la conversation. Les pourcentages ont été séparés selon les échelles en attribuant 20% de plus par catégorie. Les questions Q5, Q6, Q8, Q13 et Q21 ont été inversées dans leur formulation, les scores plus élevés s'éloignant de la compétence en EM. Les résultats à ces questions ont donc été inversés lors de nos comparaisons.

Les échelles de scores globaux ont été jumelées selon les 5 catégories les plus élevées. Le score de 0/pas du tout et 1 très peu d'ITEM a été jumelé à la catégorie 1/faible du MITI.

Tableau 3 Jumelage des cotations de scores globaux ITEM et MITI

MITI	ITEM
N/A	0 Pas du tout
1 faible	1 Très peu
2	2 Un peu
3	3 Modérément
4	4 Beaucoup
5 élevé	5 Extrêmement

Pour les comportements adhérents et non adhérents, ils ont un seuil élevé pour être considéré comme une compétence en EM (90% et 100% d'adhérence attendue). Ainsi, pour la compétence débutante, elle a été associée à une possibilité de 1 ou 2 réponses de 1/très peu ou 2/un peu des questions Q6, Q8, Q13 et Q21 liées à des comportements non adhérents. De plus, le clinicien devait répondre 1 et plus dans les questions mesurant les comportements adhérents (Q9, Q10, Q12 et Q19). En effet, puisque les comportements adhérents ont beaucoup d'importance, le seuil pour atteindre le niveau de compétence est la présence de comportements adhérents et l'absence de comportement non-adhérent.

Tableau 4 Décompte de comportements – Compétence du clinicien et seuil de compétence

	Compétence débutante		Compétence	
	MITI	ITEM	MITI	ITEM
Pourcentage adhérence à EM	90%	1 ou 2 questions Q6+Q8+Q13+Q21 avec une cotation de 1 ou 2	100%	Aucune question Q6+Q8+Q13+Q21 avec une cotation autre que 0

Dans les formations en cotation du MITI, un écart de 1 point n'est pas considéré comme problématique (Fortini, 2013). Comme les mots utilisés, le ton et le climat entendus peuvent être à interprétation d'une personne à l'autre, un écart est possible d'un codeur à l'autre. Ces écarts ont été également documentés dans plusieurs recherches (Forsberg, 2007; Moyers, 2004).

Pour compléter une vision d'ensemble du processus d'apprentissage en EM, des outils complémentaires ont été sélectionnés.

2.2 Les outils liés à l'objectif spécifique 2

Pour le second objectif spécifique de cet essai, la documentation des perceptions du clinicien (l'étudiante) sur l'apprentissage de l'EM lors de l'utilisation du questionnaire et de la grille de codification a été réalisée. Le journal de bord (voir en annexe D) a documenté l'utilisation des outils ainsi que les éléments favorisant et limitant l'apprentissage. De plus, une section libre a été ajoutée pour permettre de documenter d'autres phénomènes observés (Huot, 1992). Ces thèmes ont été choisis, car ils représentent les éléments essentiels pour répondre à la question d'essai. De plus, ceux-ci demeuraient assez généraux pour permettre à l'utilisateur d'y répondre facilement. Le déroulement et l'analyse de ses données ont également été réfléchis et sélectionnés.

2.2.1 Le déroulement et l'analyse liés à l'objectif spécifique 2

Les questions du journal ont été placées au verso de l'auto questionnaire et ont été répondues après chaque enregistrement ainsi qu'une section libre chaque semaine. Le

journal a été complété pour 6 entrevues. Ainsi, 12 feuilles de journaux ont été compilés. La cinquième entrevue ne s'est pas enregistrée étant donné un problème technique et n'a pu être considérée pour les analyses de concordance entre le MITI et l'ITEM. Comme le journal avait été complété et apportait des éléments de contenu pertinents, il a été décidé d'inclure ces données qualitatives dans l'analyse.

Une analyse thématique du journal de bord a été menée, analyse décrite par Miles et Huberman (2003). Une grille de codification mixte a été utilisée, les grands thèmes du journal de bord ont d'abord permis d'organiser le matériel. Les thèmes émergents ont ensuite été ajoutés à la grille. À partir de cette grille, tout le verbatim du journal de bord a été codé. Une analyse transversale a été réalisée pour dégager les thèmes les plus récurrents, les convergences et les divergences des informations consignées dans l'ensemble des journaux de bord remplis hebdomadairement.

Après cette planification, les entrevues ont été réalisées. Les prochaines pages porteront donc sur les résultats obtenues après l'utilisation de l'ITEM et le MITI.

3. Résultats

3.1 Résultats aux ITEM et MITI

Les entrevues ont été comparées selon leurs résultats à l'ITEM et au MITI-clinicien et MITI-codificateur.

Tableau 5 Résultats des scores globaux des 5 entrevues réalisées

Entrevue 1				Entrevue 2				Entrevue 3			
Questionnaire	ITEM	MITI Clinicien	MITI codeur	Questionnaire	ITEM	MITI Clinicien	MITI codeur	Questionnaire	ITEM	MITI clinicien	MITI codeur
Évocation	4.4	4	4	Évocation	4.4	5	5	Évocation	4.1	4	5
Collaboration	4.75	5	4	Collaboration	4.75	4	5	Collaboration	3.75	4	5
Autonomie	3.4	4	4	Autonomie	4	5	5	Autonomie	4	4	5
Empathie	4.3	4	5	Empathie	4.7	5	5	Empathie	4.3	4	5
Direction	4	4	3	Direction	3.25	4	4	Direction	3.25	3	4
Moyenne	4.17	4.2	4	Moyenne	4.22	4.6	4.8	Moyenne	3.88	3.8	4.8

Entrevue 4				Entrevue 6			
Questionnaire	ITEM	MITI clinicien	MITI codeur	Questionnaire	ITEM	MITI clinicien	MITI codeur
Évocation	3,6	4	4	Évocation	4,4	4	4
Collaboration	5	4	3	Collaboration	5	4	3
Autonomie	4,2	4	4	Autonomie	4,4	4	4
Empathie	3,75	4	4	Empathie	4,25	5	4
Direction	4,25	4	3	Direction	5	5	5
Moyenne	4,16	4	3,6	Moyenne	4,6	4,4	4

3.1.1 Résultats à ITEM et au MITI-codificateur

Lorsque nous analysons les résultats globaux des écarts entre l'ITEM et le MITI-codificateur, la moyenne des écarts se situe à une différence de .72, ce qui entre dans les standards. Ces résultats ont un écart type de .51, ce qui illustre une homogénéité de résultats. La plus grande différence de résultats est de 2 dans le score de la collaboration pour les entrevues 4 et 5. En fait, trois des quatre plus grands écarts se situent dans la collaboration.

Graphique 1 Différence des scores entre l' ITEM et le MITI –codificateur

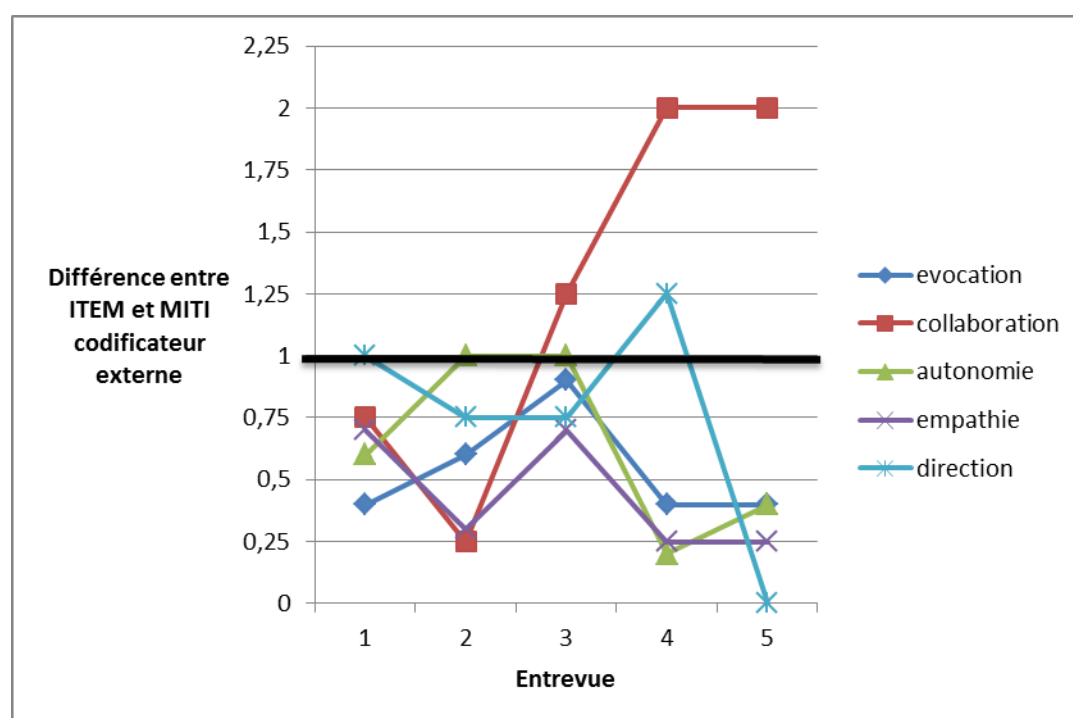


Tableau 6 Résultats par scores globaux écarts entre MITI-codificateur et ITEM

	Moyenne des écarts	Écarts-types des écarts
Évocation	0.54	0.22
Collaboration	1.25	0.77
Autonomie	0.64	0.36
Empathie	0.44	0.24
Direction	0.75	0.47
Moyennes de scores globaux	0.72	0.5

Lorsque nous retirons les scores de collaboration, la moyenne des écarts ITEM et MITI d'un codificateur externe est de 0,58 avec un écart-type de 0,33. C'est résultats donnent une concordance clinique plutôt élevée.

Quelques précisions doivent être apportées sur certaines entrevues, ces particularités pourraient être des pistes d'explications cliniques au niveau des différences de scores en collaboration et en direction. Pour l'entrevue quatre, la clinicienne avait reçu un résumé clinique de la situation du client qui ne représentait pas son stage de changement ni l'ensemble des problématiques de dépendance. Le client posait beaucoup de questions. Ainsi, une section de la rencontre apportait des questionnements plus spécifiques à l'EM à la clinicienne, section qu'elle a demandé au codificateur externe de codifier, ce qui peut expliquer la différence de score entre une section pour le MITI et l'ensemble de l'entrevue pour ITEM. Pour la sixième entrevue, l'usager parlait très peu et la clinicienne a dû multiplier les interventions. Le client souhaitait rester dans des thèmes abordant son futur et il avait une idée très précise de ce qu'il souhaitait. La clinicienne a donc posé beaucoup de questions et amené le client à explorer différentes perspectives sans que celles-ci viennent du client.

Lorsque nous comparons les comportements questionnés pour la collaboration entre ITEM et le MITI, il manque plusieurs types de comportement attendus chez le clinicien, ce qui peut apporter une divergence de résultats. Il manque dans l'ITEM le partage de pouvoir, susciter la collaboration dans la résolution de problèmes, solliciter le point de vue du client, approfondir ses idées, identifier le patient comme expert.

3.1.2 Résultats MITI-codificateur et 'MITI-clinicien

Au niveau de la codification MITI-clinicien comparé au MITI-codificateur, Les différences se situent toutes en bas de 1, avec un écart moyen de .52. L'entrevue présentant le plus grands nombres d'écarts est la troisième avec une différence de 1 dans chacun des 5 éléments de l'esprit de base.

La troisième entrevue a été réalisée avec une personne psychotique avec des symptômes actifs au long cours. La clinicienne a eu de la difficulté à rester dans la cible du changement et le client changeait fréquemment de sujet, apportant des éléments délirants dans la rencontre. La clinicienne a donc codé en fonction de ce

qu'elle aurait souhaité atteindre. Par contre, lors de sa codification, le codificateur externe a pris en compte cette particularité clinique dans son score.

3.1.3 Résultats à ITEM et au MITI-clinicien

Lorsque nous comparons les résultats entre le MITI-clinicien et ITEM, la moyenne de différence des scores est de 0,56. Cette différence est dans l'écart acceptable selon le MITI et est semblable aux différences observées entre les résultats MITI-clinicien/MITI-codificateur et MITI-codificateur/ITEM. Ici encore, le 3 des 6 plus grands écarts se situent dans l'élément de la collaboration. Les résultats au questionnaire ITEM vont donc dans le sens de la perception qu'à le clinicien aux éléments de base de l'EM.

3.2 Résultats des journaux de bord

Suite à l'analyse des douze journaux de bord, 3 thèmes principaux se sont dégagés des informations colligées. Les impacts sur le processus d'apprentissage de l'EM, les avantages/inconvénients/pistes d'amélioration des outils utilisés et des constats généraux. Les trois premiers thèmes seront illustrés pour chacun des outils utilisés, les thèmes généraux seront abordés globalement puisque les thèmes ne traitent pas de chacun des outils utilisés dans cet essai.

3.2.1 Les impacts sur le processus d'apprentissage de l'EM

ITEM :

Sur l'ensemble des commentaires, les plus rapportés concernaient les avantages de l'outil ITEM sur le processus d'apprentissage de l'EM. Ainsi, le questionnaire ITEM a permis à l'étudiante clinicienne de remettre en perspective le bilan personnel de sa rencontre, en mettant davantage l'accent sur les réussites que sur les éléments plus difficiles vécus en cours de rencontre. Dans l'apprentissage d'une technique, il reste souvent dans la tête du clinicien ce qui n'a pas été fait de façon optimale, une autocritique trop sévère qui ne reconnaît pas les compétences du clinicien pouvant parfois nuire au processus d'apprentissage, suscitant par exemple du découragement. L'ITEM permet de mieux situer le répondant sur les techniques d'entrevue motivationnelle utilisées et ainsi consolider les compétences acquises. De plus, les questions inversées ont eu comme effet d'augmenter la confiance du clinicien, ce dernier réalisant, entre autre, qu'il n'utilisait pas/peu de comportements non-

adhérants. De plus, le libellé à la première personne des questions donnait le sentiment d'implication concrète dans l'application de l'EM lors des entrevues. Pour le clinicien, s'autoévaluer dans quelle mesure, par exemple pour la question 9, « j'ai souligné les qualités ou l'effort fait par l'utilisateur pour changer » amène le désir d'accomplir cet élément par la suite.

Le sentiment qui se dégage des journaux de bord, remplis suite au questionnaire, est une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. Comme le sentiment d'efficacité personnelle amène une augmentation des chances de mettre en pratique un apprentissage (Bandura, 1993), il n'est pas surprenant de retrouver à plusieurs reprises des thèmes sur le désir de vouloir aller plus loin, de recherches de la clinicienne de pistes d'amélioration et de relecture spontanée avant une prochaine entrevue des derniers ITEM pour s'améliorer.

Ainsi lorsque le questionnaire ITEM est complété et d'une rencontre à l'autre, il est possible de ressortir des pistes d'amélioration rapidement. En début de processus d'apprentissage, il laisse des pistes de comportements à adopter puisque le questionnaire est libellé à la première personne et que l'échelle de Likert donne des repères visuels rapides. Pour des cliniciens plus expérimentés et lors d'une reprise de l'apprentissage de l'EM après une pause (pour cet essai, les vacances de la clinicienne), le questionnaire donne des idées générales de pistes d'amélioration. Par contre, il ne répond pas aux besoins spécifiques de développement et de questionnement chez le clinicien. Plusieurs entrevues ont apporté des besoins spécifiques en lien avec l'utilisation de l'EM, la clientèle, les comportements des clients en rencontre, sur le jugement du clinicien, la mémoire du clinicien, etc. Les thèmes rapportent donc un impact positif sur le processus d'apprentissage pour des débutants et des personnes plus expérimentées, mais ITEM ne répond pas à tous les besoins.

MITI-clinicien :

Une seconde modalité d'apprentissage utilisé a été la codification personnelle avec le MITI par l'étudiante-clinicienne. L'analyse du journal permet d'identifier à plusieurs reprises l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle car une vision globale plus positive se dégageait des entrevues au niveau de la connaissance de l'EM et de son application, conclusions similaires à la recherche (Hartzler, 2007).

MITI-codificateur :

La troisième modalité d'apprentissage était la codification MITI avec du coaching par un expert en EM. Cette modalité a répondu à plusieurs besoins supplémentaires du clinicien. L'apprentissage était personnalisé aux besoins, des objectifs personnalisés étaient décidés mutuellement, etc. Ainsi, cette pratique est généralisable pour des personnes débutantes comme des personnes plus expérimentées puisque les pistes d'améliorations et les outils donnés sont adaptés au clinicien. Dans le cadre de cet essai, le MITI avec coaching s'est avéré très efficace et l'étudiante-clinicienne n'avait qu'à appliquer ce qui était convenu lors des coachings plutôt que chercher dans quelle direction aller. L'apprentissage est donc devenu plus généralisable à une pratique, une clientèle, plutôt que spécifique à des entrevues, des extraits.

3.2.2 Les avantages, les inconvénients et les pistes d'améliorations des outils utilisés

ITEM :

D'autres avantages ont également été identifiés à l'un ou l'autre moment du processus d'apprentissage concernant l'outil ITEM plus précisément. Parmi-ceux-ci la facilité ainsi que la courte durée nécessaire pour le remplir ont été les plus cités, ce qui est fréquemment une priorité pour des cliniciens souvent débordés dans leur pratique. Il se dégage également des journaux de bord des impacts positifs d'ITEM pour différents moments de l'apprentissage de l'EM. Ainsi, en début d'apprentissage, lors de besoins de recentrer ses pratiques ou de maintien, l'utilisation de l'ITEM serait avantageuse.

Les principales critiques d'ITEM sont directement liées à cette recherche d'amélioration des techniques en entretien motivationnel. Le thème le plus rapporté est la limitation du questionnaire sur les pistes d'amélioration, d'un feedback ciblé, d'un prochain défi d'application, etc. Ainsi, des pistes pour l'apprentissage sont présentes mais pourraient aller plus loin. Il est important de rappeler que le questionnaire ITEM a été construit pour apporter une réflexion sur les techniques EM utilisées en entrevue et non pour l'apprentissage de l'EM. Ainsi, il est normal que celui-ci ne réponde pas aux besoins découlant des besoins d'un apprenant.

Au niveau de la construction même de l'ITEM, plusieurs commentaires abordaient des aspects plus techniques du questionnaire. Les outils évalués dans les questions étaient trop spécifiques alors que plusieurs outils peuvent être utilisés par les cliniciens (balance décisionnelle seulement versus les échelles, la projection dans le futur/passé, etc.). Le questionnaire est également spécifique pour la consommation de SPA alors que des dépendances comportementales pourraient également être abordées avec les clients ainsi que plusieurs types de changement (une entrevue a permis d'ouvrir sur une dépendance au jeu). De plus, l'ITEM comporte des questions plus spécifiques pour des clients en début de processus de changement alors que l'EM peut être utilisé avec des clients plus loin dans leur cheminement. La façon de donner de l'information est également très spécifique en EM et ITEM ne permettait pas d'évaluer cet aspect, portant seulement sur une rétroaction à une évaluation. Certaines questions portaient sur un élément de l'esprit de base en EM mais n'évaluaient qu'une partie des interventions possibles de la part des intervenants pour l'appliquer lors des entrevues ce qui pourrait biaiser les résultats. Par exemple, au niveau de l'autonomie, l'exploration des options du client, la proactivité du clinicien à susciter les interventions du client et d'autres, ne sont pas évaluées. Au niveau de la collaboration, plusieurs techniques ne se retrouvaient également pas dans ITEM.

Des recommandations proposées dans les journaux de bord concernant ITEM mentionnaient la construction d'un guide d'utilisation et un résumé des d'outils/techniques ciblées attendues par le clinicien. Ainsi, le clinicien pourrait avoir des pistes de solutions ainsi que des étapes recommandées pour l'utilisation du questionnaire lorsqu'il est utilisé dans un processus d'apprentissage. De plus, comme mentionné lors de formations en EM (Bertrand, 2013 et Berthiaume, 2012) ainsi que par William Miller, cofondateur de l'approche (Rosengren, 2009; Miller, 2012), il est plus facile d'apprendre ces techniques une à la fois en ciblant les moyens que le clinicien mettra en application. Ainsi, comme avec les clients lorsque nous utilisons l'EM, cibler un objectif précis avant l'entrevue, les actions à mettre en place pour activer le changement et un défi pour la prochaine entrevue ont été recommandées à de nombreuses reprises dans le journal.

De plus, plusieurs recommandations découlaient du contenu du questionnaire ITEM. Les journaux de bord mentionnaient donc une généralisation du questionnaire pour qu'il puisse être utilisé auprès de cliniciens ayant des clients avec des cibles de

changement diversifiées, un processus de changement à différents niveaux et pour évaluer l'ensemble des possibilités des techniques en EM pour le clinicien.

MITI-clinicien

La codification personnelle avec le MITI a été une modalité d'apprentissage appréciée car elle a permis d'aller plus loin dans des aspects techniques plus précis, soit le ratio de questions-reflets, l'augmentation des reflets complexes, la directivité, etc. Il est également rapporté une meilleure congruence des interventions en fonction du discours et des besoins des clients. La clinicienne a apprécié entendre à nouveau des interventions pour réfléchir à des modifications possibles et entendre l'évolution sur sa pratique de l'apprentissage de l'EM.

Au niveau des inconvénients, cette modalité prenait beaucoup de temps et nécessitait une motivation personnelle très importante. De plus, être seule face à des impasses d'idées, de pistes de solutions, avaient des impacts négatifs sur l'apprentissage et la motivation. Des questions plus spécifiques à des techniques plus avancées en EM se dégageaient. Par exemple, des questions concernant des comportements plus pathologiques de client ayant des problèmes de santé mentale, de double dépendance, etc.

Comme recommandation, l'utilisation d'un groupe de pairs pourraient solutionner les impasses et soutenir la motivation. De plus, les besoins identifiés ont été répondu par la dernière modalité d'apprentissage essayée, soit le MITI-codificateur.

MITI-codificateur

Plusieurs avantages sont liés à l'approche du MITI-codificateur avec coaching personnalisé : faire ressortir des pistes d'amélioration non identifiées par le clinicien, apporter des pistes de solution non-envisagées/connues, rassurer le clinicien concernant des extraits plus difficiles. Les discussions de coaching permettaient de confirmer ou d'infirmer les perceptions et les connaissances du clinicien. Comme mentionné par Miller (Miller, 2012), l'utilisation d'un expert externe permet aux cliniciens de développer leur compétence comme les athlètes ont besoin de coach externe pour améliorer leurs performances.

Par contre, les retours des entrevues étaient espacés, ce qui nécessitait de l'adaptation et parfois, des écoutes supplémentaires pour bien comprendre certains aspects de l'EM spécifiques à des extraits. De plus, cette modalité ne permettait pas un retour direct suite à une entrevue, il faut compter le temps d'envoi, d'écoute et de planification d'une rencontre de retour. Une limite majeure, hors contexte d'étude, est les coûts associés à une telle démarche (temps et paiement d'un codificateur). Ces coûts ainsi que toute l'organisation des enregistrements ne pourraient pas être assumés par le clinicien et/ou l'organisation à moyen/long terme.

Dans les recommandations suggérées, le recours à des pairs de même niveau en besoins d'apprentissage à l'EM, la formation d'experts interne agents multiplicateurs seraient à organiser. Ainsi, le bilan avantages/coûts plaçait le MITI-clinicien plus avantageux si utilisé avec des pairs.

3.2.3 Constats généraux: implantation de l'EM et effets perçus auprès d'une clientèle en psychiatrie

Même si les questions du journal de bord ne portaient pas sur l'impact de l'EM sur la clientèle, plusieurs références y étaient liées. La clinicienne a été impressionnée par les effets de l'utilisation de l'EM sur les personnes interviewées. L'EM a eu un impact positif dans la relation entre la clinicienne et les clients. Ces derniers étaient plus ouverts, moins sur la défensive, apportaient plus d'information permettant d'augmenter la compréhension de leur réalité. Avec des clients présentant des symptômes plus actifs de la maladie, les entrevues demeuraient pertinentes et amenaient un avancement des changements proposés.

Concernant le processus de l'essai et d'enregistrement, les clients ont tous accepté d'être enregistrés et écoutés par un codificateur externe. Ils ont rapporté de la fierté de faire partie d'un processus d'amélioration et de formation. Les cliniciens ont souvent des réticences à s'enregistrer, réticences qui se sont avérées infondées pour ce projet et ce même pour certains clients du médicolégal.

Organiser des entrevues, de plus de 20 minutes, portant spécifiquement sur le changement de comportement s'est avéré difficile par moment, surtout dans un contexte d'unité d'admission spécifique à l'évaluation. Les changements

organisationnels nombreux (transfert de clients, comparutions, sorties rapides, demandes multiples, etc.) n'ont pas facilité le processus de formation en EM.

3.3 Bilan des résultats

Ainsi, globalement, les outils utilisés ont des résultats similaires. Les entrevues codifiées ont permis de comparer l'utilisation d'ITEM et MITI-clinicien à la grille validée du MITI avec un codificateur externe et que les différences soient dans les limites acceptées au MITI. Les plus grandes différences se situant dans la collaboration. Les résultats vont donc tous dans le même sens et peuvent être utilisés dans un contexte où l'on cherche à identifier les éléments de l'esprit de base de l'EM qui doivent être travaillés.

3.3.2 journaux de bord

Dans l'ensemble, chacune des méthodes d'apprentissage s'est avérée fructueuse et a apporté des avantages et des inconvénients. L'apprentissage a été favorisé par chacune des modalités utilisées. Plusieurs recommandations concernent les outils utilisés ainsi que leur spécificité pour l'IUSMQ. Comme chacune apporte un plus dans un processus d'apprentissage, le journal de bord conclue plutôt aux avantages d'utiliser un éventail de méthodes dont ITEM pourrait être utilisé et adapté aux besoins de l'apprenant : compétences débutantes, consolidation, besoins avancés, etc.

Plusieurs résultats découlent donc des outils utilisés et également des journaux de bord ainsi que plusieurs recommandations. À ce stade, il est donc important de les reprendre en les remettant en contexte avec leur milieu d'étude et la littérature.

4. Discussion

4.1 Regard critique sur les principaux constats

Cet essai souhaitait répondre à un questionnement sur le développement des compétences en entretien motivationnel par le clinicien en milieu de travail. C'est une première démarche rigoureuse qui, dans un contexte québécois, hospitalier et psychiatrique, permet d'examiner diverses modalités d'apprentissages en EM, dont certaines reposent sur le clinicien. Trois outils ont été utilisés par la clinicienne-chercheuse soit l'auto-évaluation avec le questionnaire ITEM, le MITI administré par

le clinicien et le MITI administré par un codificateur externe qualifié au MINT avec du coaching.

L'analyse comparative des résultats globaux de l'ITEM démontre, qu'au niveau quantitatif, les résultats de l'ITEM vont cliniquement dans le sens des cotes au MITI. Bien que Miller (2012) questionne la capacité des cliniciens à s'autoévaluer de façon objective à l'EM, les résultats de cet essai démontrent une certaine concordance entre la codification externe au MITI et des modalités d'évaluation plus autonomes. Ces résultats vont dans le sens des résultats de Hartzler (2007). Ainsi, comme recommandé par plusieurs chercheurs (Hartzler, 2007; Chanut, 2012), ces résultats pourraient permettre d'orienter certaines pistes de sujets de recherche ayant comme objectif de développer un plus grand éventail d'outils d'apprentissage de l'EM et de modalités de supervision clinique.

Pour le questionnaire ITEM, le questionnaire pourrait être révisé pour ajouter d'autres éléments attendus dans chacun des éléments de l'esprit de base qui se retrouve dans les pratiques efficaces à l'EM identifiées dans le MITI. Comme déjà nommé, plusieurs comportements sont manquants dans l'ITEM de la collaboration mais après vérifications, même si cela ne se traduit pas dans les résultats de cet essai, il en est de même pour l'autonomie et la direction. De plus, comme identifié dans les journaux de bord, la généralisation de certaines questions et la mise en place d'un guide d'utilisation pourraient être complétés. Des démarches avec les auteurs du questionnaire sont en cours pour discuter de la modification de l'ITEM et les résultats de cet essai ont été présentés à l'auteur principal de l'ITEM.

Globalement, les trois modalités vécues ont permises au clinicien d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle et laisse un sentiment global d'amélioration des compétences en EM, sentiment validé par le codificateur externe. La supervision sur enregistrement demeure un outils très efficace dans l'apprentissage de l'EM (Miller, 2012; Moyers, 2005; Matson, 2009). Par contre plusieurs contraintes organisationnelles viennent compliquer son implantation (Chanut, 2012), par exemple, ses coûts d'implantation, la complexité d'avoir et de maintenir des personnes qualifiées pouvant superviser la pratique de l'EM, la supervision sur bandes enregistrées sont très complexe à organiser et très coûteuses. Ainsi, les avantages de l'auto supervision de sa pratique en EM commencent à être reconnus (Hartzler, 2007)

et les résultats vécus dans cet essai sont des pistes à exploiter pour les organisations, permettant de développer des outils adaptés aux milieux de pratique.

Cet essai peut donc devenir un point de départ de questionnements futurs pour les cliniciens, les organisations et les chercheurs. Les conclusions doivent tout de mêmes être mises en perspectives en fonction des forces et limites des moyens utilisés.

4.1 Les forces

Comme la cueillette de donnée a été faite en milieu naturel, auprès des clients utilisateurs de l'IUSMQ, en contexte d'intervention portant sur différentes cibles de changement, cela permet d'examiner l'utilisation du MITI et l'ITEM dans des situations cliniques ayant une certaine représentation crédible du travail mené dans ce type de milieu. . Cet ancrage de proximité a permis de mettre l'accent sur un phénomène précis et contextualisé, ajoutant une crédibilité aux données recueillies (Miles et Huberman, 2003). Les résultats peuvent donc être transférables, dans une certaine mesure, au processus d'apprentissage de l'EM dans une pratique en hôpital psychiatrique de 3^e ligne au Québec.

L'utilisation combinée de données qualitatives et quantitatives sont également une richesse, car elles ont permis une complémentarité dans l'obtention de l'information (Mathison, 1988) et ainsi mieux documenter la complexité d'un processus d'apprentissage tel qu'étudié dans cet essai. La partie quantitative a permis de documenter des aspects plus mathématiques de concordance d'outils et la partie qualitative les aspects explicatifs des processus et descriptifs du vécu de cette étude de cas (Miles et Huberman, 2003). Ainsi, les données ont permis d'être complémentaires pour mieux clarifier et documenter en profondeur la pertinence d'utiliser l'auto-évaluation en contexte d'apprentissage de l'EM et ainsi mieux développer l'analyse des résultats obtenus.

De plus, l'utilisation d'un codificateur externe reconnu et possédant une vaste expérience auprès de l'EM, ajoute une indépendance dans les données recueillies pour le MITI et une pertinence aux résultats de l'analyse comparative effectuée. Les données fournies par le codificateur externe sont semblables à tout processus de codification et de coaching offert par un codificateur qualifié du MINT.

4.2 Les limites

Les résultats obtenus portent sur un cas unique, ils ne peuvent donc pas être généralisés à un ensemble de situations ni permettre de tirer des conclusions globales (Roy dans Gauthier et coll., 2009; Yin, 1991). Le cas étudié, ici la clinicienne-chercheuse, de par l'état de ses connaissances en EM ainsi que la supervision clinique reçue représentait une opportunité intéressante pour participer à cet essai, mais ne représente pas la situation d'une majorité de cliniciens ce qui limite la généralisation des résultats obtenus (Roy dans Gauthier et coll., 2009).

Puisque le clinicien étudié dans cette étude de cas est également l'auteur de cet essai, des biais peuvent en découler. Ainsi, l'indépendance des observations rapportées peut influencer les données recueillies et compromettre les résultats obtenus (Smith, 2012).

Ainsi, pour une recherche, augmenter le nombre de cas ainsi que la variabilité de l'état de leurs connaissances pourrait apporter une plus grande possibilité de généralisation des résultats. De plus, cette augmentation pourrait développer les liens entre les variables étudiées et permettre la recherche des facteurs explicatifs aux résultats obtenus (Roy dans Gauthier et coll., 2009).

Plusieurs constats ont été faits et permettent des recommandations spécifiques à la clientèle et le milieu de l'IUSMQ en fonction des résultats obtenus et de la littérature consultée.

4.3 Recommandations

4.3.1 Première recommandation

Sur le plan des résultats de cet essai :

- Considérant que les résultats de l'ITEM et du MITI-codificateur vont cliniquement dans le même sens;
- Considérant que le questionnaire ITEM est facile et rapide à compléter, augmente le sentiment d'efficacité personnelle, donne des orientations pour l'amélioration des pratiques en EM et que le libellé à la première personne et les questions à la négative du questionnaire apportent une augmentation de la confiance chez le clinicien et donc les chances de mettre en pratique les habiletés apprises;

Sur le plan de la littérature,

- Considérant que la littérature mentionne que l'implantation de l'EM est complexe pour les grandes organisations et qu'un continuum d'outils doit être développé pour soutenir l'apprentissage et le maintien de l'EM (Hartzler, 2007; Chanut, 2012);

Sur le plan de notre contexte professionnel,

- Considérant qu'au niveau clinique, les cliniciens de l'IUSMQ ont un intérêt pour l'apprentissage de l'approche, mais n'ont pas de continuum d'outils complémentaires facilitant son intégration suite à la formation;

Nous recommandons :

- *l'utilisation du questionnaire ITEM suite à la formation en EM pour les cliniciens de l'IUSMQ afin de soutenir la mise en pratique de la formation et le maintien des compétences*

En effet, nous croyons que les cliniciens de l'IUSMQ pourront bénéficier du questionnaire ITEM suite à une formation en EM. Puisque la supervision avec un codificateur externe présente des limites importantes en termes de coûts, de temps et d'enjeux de confidentialité, d'autres pistes de supervision doivent être envisagées. Selon l'ensemble des informations recueillies, le questionnaire ITEM peut permettre une certaine autorégulation de sa pratique et ainsi augmenter l'adhésion aux principes de l'EM et ainsi, augmenter la mise en pratique des connaissances reçues. L'utilisation de l'ITEM serait utilisée parmi un éventail d'outils à développer à l'IUSMQ. Son utilisation serait recommandée auprès de l'ensemble des cliniciens ayant reçu une formation à l'EM et présentée dans les prochaines formations.

4.3.2 Seconde recommandation

Sur le plan des résultats de cet essai,

- Considérant que l'utilisation d'ITEM permet d'identifier des pistes d'amélioration, mais pas de façon de corriger ou d'améliorer la mise en pratique de l'EM;
- Considérant le besoin de recevoir des conseils externes, des connaissances plus avancées dans des contextes plus particuliers, de se fixer des objectifs;

Sur le plan de la littérature,

- Considérant que la littérature mentionne que l'apprentissage de l'EM et le maintien des acquis sont plus efficaces avec des évaluations personnelles sur enregistrement, l'utilisation d'un expert interne/externe à l'organisation et des enregistrements codifiés (Moyer, 2005; Martino, 2010);
- Considérant les recommandations des auteurs de l'EM de recevoir de la supervision régulière dans l'apprentissage de cette approche (Miller, 2012);

Sur le plan de notre contexte professionnel,

- Considérant qu'au niveau organisationnel, les cliniciens de l'IUSMQ n'ont pas accès à des codificateurs externes formés, mais que quelques cliniciens ont des connaissances avancées et de l'expérience en EM;
- Considérant le besoin exprimé des cliniciens de recevoir de la supervision dans l'apprentissage de l'EM;

Nous recommandons *l'utilisation des cliniciens les plus formés/expérimentés en EM de l'IUSMQ pour mettre en place un groupe de soutien aux pratiques utilisant les enregistrements et codifications pour soutenir l'apprentissage de l'EM*

Suite aux informations recueillies, la mise en pratique des habiletés en EM est plus optimale lorsqu'un coaching externe est présent ainsi que l'évaluation sur enregistrement. Par contre, les coûts en temps/financiers sont importants avec ce type de supervision. De plus, le nombre de personnes qualifiées MINT étant peu nombreuse au Québec et encore moins en psychiatrie, leur accès devient problématique. Par contre, plusieurs personnes de l'IUSMQ ont des connaissances relativement avancées en EM et utilisent déjà ce mode de communication en plus de bénéficier d'une expérience en psychiatrie.

Ainsi, l'utilisation des cliniciens les plus expérimentés/formés en EM permettrait de diversifier l'offre de soutien à l'apprentissage de l'EM, augmenter le nombre de ressources pour les cliniciens et permettre le développement d'une expertise locale à l'IUSMQ et en santé mentale. De plus, l'IUSMQ a un mandat pour la région de Québec dans le transfert des connaissances et de son expertise, ce qui pourrait inclure l'EM.

4.3.3 Troisième recommandation

Sur le plan des résultats de cet essai,

- Considérant que les résultats de cet essai au questionnaire ITEM sont cliniquement significatifs, vont dans le sens des résultats au MITI;
- Considérant les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus soulignent les avantages d'utiliser des outils d'auto supervision dans l'apprentissage de l'EM mais également les limites méthodologiques de cet essai;

Sur le plan de la littérature,

- Considérant que la littérature mentionne que l'implantation de l'EM est complexe pour les grandes organisations et qu'un continuum d'outils doit être développé pour soutenir l'apprentissage et le maintien de l'EM (Hartzler, 2007; Chanut, 2012);

Sur le plan de notre contexte professionnel,

- Considérant qu'au niveau clinique, les cliniciens de l'IUSMQ ont démontré un intérêt pour l'apprentissage l'EM et son développement dans l'organisation;
- Considérant le volet d'institut universitaire et d'une priorisation d'augmenter la recherche à l'IUSMQ pour les prochaines années;

Nous recommandons : *Qu'une étude plus large soit menée pour examiner l'efficacité d'une diversité de stratégies d'apprentissages de l'EM, dont l'utilisation de l'ITEM, quant au développement de compétences à l'EM chez les cliniciens œuvrant dans le domaine de la psychiatrie/comorbidité*

Nous pensons que les résultats de cet essai peuvent servir à une étude plus large. Les résultats à l'ITEM ainsi que la documentation du processus d'apprentissage avec d'autres outils amènent des pistes pertinentes pour des recherches futures. Ces recherches pourraient permettre de valider le questionnaire ITEM, l'utilisation de diverses stratégies d'apprentissage, l'implantation de l'EM auprès du personnel d'un hôpital psychiatrique québécois, etc.

5. Conclusion

Ainsi, l'EM est une pratique identifiée par la recherche comme étant efficace auprès de la clientèle de l'IUSMQ ayant des problèmes avec les SPA mais également divers besoins de changements. Par contre, l'implantation de l'EM dans les organisations psychiatriques québécoises est complexe car son apprentissage nécessite des investissements importants. Cet essai a pu documenter l'utilisation d'outils pouvant être adaptés et implantés plus facilement. Ainsi, pour plusieurs organisations offrant

des soins psychiatriques, l'accès à l'apprentissage de cette approche pourrait être plus facilement accessible pour leurs équipes.

En somme, l'utilisation de l'auto supervision semble avoir un avenir prometteur pour les cliniciens et les organisations. Le développement d'outils diversifiés d'apprentissage de l'EM, en fonction des besoins des cliniciens, pourraient être des avenues de recherches très intéressantes. Le côté créatif et novateur de l'IUSMQ pourrait être mis à contribution pour développer de nouvelles pratiques gagnantes en EM et être un précurseur dans l'application de l'EM au quotidien auprès de l'ensemble de ses usagers et de ceux de leurs partenaires.

RÉFÉRENCES

- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and alcohol dependence*, 73(1), 99-106.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117.
- Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M. (2009). Consommation de cannabis et utilisation des techniques de l'Entretien Motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-INFO*, 17 (1): 5-8.
- Brunelle, N. et coll. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, Vol.9 (1), p.211-247.
- Burke, B., Arkowitz, H. et Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), pp. 843-861.
- Burke, B. A. (2004). Motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 64(9).
- Castro, B. B., Bahadori, S. S., Tortelli, Ailam, L. L. et Skurnik, N. N. (2007). Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(4), 276-281.
- Chanut, F. (2012). Psychiatrie et entretien motivationnel. *Santé mentale*, 164, pp. 30-36.
- Chanut, F., Brown, T. G. et Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry: Erratum. *The canadian journal of psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie*, 50(11), pp. 715-721.

Cotton, J. (2013). *Détérioration de la DMS [Durée moyenne de séjour] pour clientèle santé mentale dans les urgences de la région de la Capitale-Nationale*. Courriel envoyé le 19-11-2012 à l'agence de santé de Québec et parragé à tout le personnel de l'IUSMQ.

Forsberg, L., Kllmn, H., Hermansson, U., Berman, A. et Helgason, H. (2007). *Coding Counsellor Behaviour in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI)*, *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol. 36(3), 162-169, DOI: 10.1080/16506070701339887

Fortini, C. et Daepfen, J.-B. (2010). *Comment aider mes patients à changer leurs comportements liés à la santé?* Lausanne: Service d'alcoologie, CHUV.

Fortini, C. et Daepfen, J.-B. (2012). L'entretien motivationnel: développements récents. *Santé mentale*, 164, pp.37-42.

Fortini, C. et Gaumes, J. (2013). *Formation avancée au M.I.T.I.*. Montréal

<http://www.motivationalinterview.org>. (n.d.). Consultation en février 2013

Gauthier, B. et coll. (2009). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*. Cinquième édition. Presses de l'université du Québec. 767p.

Hartzler, B., Baer, J. S., Dunn, C., Rosengren, D. B., & Wells, E. (2007). What is seen through the looking glass: The impact of training on practitioner self-rating of motivational interviewing skills. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 431.

Huot, Réjean. (1992), *La pratique de recherche en sciences humaines : méthode, outils, techniques*, Boucherville, Gaëtan Morin.

Klein, Sheri R. et coll., (2012). *Action Research Methods : Plain and Simple*. Palgrave Macmillan. 221p.

Languérand, É. (2012). L'entretien motivationnel: une attitude relationnelle. *Santé mentale*, 164, pp. 22-29.

LeCompte, M. et Goetz, J. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research* , 52(1), pp. 31-60.

Lundahl, B. et Burke, B. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology: In session*, 65(11), pp. 1232-1245.

Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. et Burke, B. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20, pp. 137-160.

Madson, M., Loignon, A., et Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 36 (1), pp. 101–109.

Mathison, S. (1988). Why triangulate?. *Educational researcher*, Vol. 17(2), pp. 13-17.

Martino, S., Ball, S., Nich, C., Canning-Ball, M., Rounsaville, B. et Carroll, K. (2010). Teaching community program clinicians motivational interviewing using expert and train-the-trainer strategies. *Addiction*, 106, pp. 428-441.

Mazzotti, E. et Barbaranelli, C. (2012). Dropping out of psychiatric treatment: A methodological contribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 426-433.

Miller, W. R. et Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*, Third Edition. London: Guilford Press.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). Analyse des données qualitatives.(M. H. RispaTrans.). Bruxelles: De Boeck.

Moyers, T., Martin, T., Catley, D., Harris, K., et Ahluwalia, J. (2003a). *Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: reliability of the motivational interviewing skills code*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31, 177–184.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19-26.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R. & D. Ernst (2010). *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1*, University of New Mexico Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA),

traduction en français de Christiana Fortini, Service d'alcoologie Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC)-CHUV.

Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S. et Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), 898-907.

Olmstead, T., Carroll, K. M., Canning-Ball, M. et Martino, S. (2011). Cost and cost-effectiveness of three strategies for training clinicians in motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 116(1-3), 195-202.

Osborn, L. D. (2007). A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in a dual-diagnosis population. *The Sciences and Engineering*, 67(9).

Rosengren, David B.. (2009). *Building Motivational Interviewing Skills : A Practitioner Workbook*. The Guilford Press.

Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510-550.

Wang, J. (2007). Mental Health Treatment Dropout and Its Correlates in a General Population Sample. *Medical Care*, 45(3), 224-229.

Westra, H., Aviram, A. et Doell, F. (2011). Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *The canadian journal of psychiatry*, 56(11), pp. 643-650.

Yin, R. K. (1991). Advancing rigorous methodologies: A review of "Towards rigor in reviews of multivocal literatures. *Review Of Educational Research*, 61(3), 299-305.

Annexe A – ITEM

ITEM Identification des Techniques d'Entrevue Motivationnelle, v.3.0

Tremblay, J., Bergeron, J., Landry, M., Cournoyer, L.-G., & Brochu, S. (2003)
Joel.Tremblay@UQTR.CA

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Répondre aux questions suivantes en pensant à l'entrevue que vous venez de terminer. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Soyez spontané(e), indiquant simplement ce que vous avez fait, au meilleur de votre souvenir. Si vous n'avez pas utilisé une technique parce que vous jugiez qu'elle n'était pas pertinente à ce moment-ci du processus, notez "non-pertinent". Remplir ce questionnaire en fonction du guide développé par les mêmes auteurs.

Non pertinent / Pas du tout / Très peu / Un peu / Modérément / Beaucoup / Extrêmement

	A.	B.	C.	D.	Non pertinent	Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
A. Au cours de l'entrevue, nous avons abordé la question de la consommation de l'utilisateur ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depuis notre dernière entrevue, l'utilisateur a consommé... (si vous ne le savez pas, notez "non-pertinent")											
B. De l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Du cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. D'autres substances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. J'ai utilisé des questions ouvertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'ai reflété les émotions vécues par l'utilisateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. J'ai modulé mon intervention en fonction de la réponse de l'utilisateur à chacune de mes interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'ai tenté d'explorer la force de l'engagement de l'utilisateur envers le changement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'ai expliqué à l'utilisateur les raisons de sa résistance au changement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai clairement indiqué à l'utilisateur ce qu'il doit faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'ai aidé l'utilisateur à explorer la question des conséquences négatives de sa consommation ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'ai tenté de réprimander l'utilisateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'ai souligné les qualités ou l'effort fait par l'utilisateur pour changer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. J'ai valorisé l'autonomie de l'utilisateur, le fait que c'est lui seul qui décide du changement à faire ou non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. J'ai travaillé à ce que l'utilisateur parle lui-même de changement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. J'ai porté attention à reformuler, à refléter les expressions de succès, de progrès	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. J'ai tenté de convaincre ou de persuader l'utilisateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. J'ai tenté de comprendre l'utilisateur dans son désir de ne pas changer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. J'ai aidé l'utilisateur à explorer les gains du non changement ou les pertes associées au changement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. J'ai utilisé la technique du bilan décisionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. J'ai aidé l'utilisateur à faire des plans précis de choses à faire pour changer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'ai aidé l'utilisateur à identifier ses vulnérabilités pouvant entraîner la rechute de consommation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. J'ai aidé l'utilisateur à croire qu'il peut changer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. J'ai valorisé les réussites de l'utilisateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. J'ai directement confronté l'utilisateur, avec autorité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. J'ai tenté d'explorer l'ambivalence de l'utilisateur au sujet du changement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Suite à l'évaluation, j'ai donné du feedback personnel à l'utilisateur concernant sa consommation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. L'utilisateur a utilisé quelle proportion du temps de parole de l'entrevue. Inclure les silences de l'utilisateur dans ce qu'on appelle son temps de parole. Encerchez le chiffre correspondant.

0 à 5% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 95 à 100%

No de dossier:

Année

-
Mois

Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

Mise à jour: 9 sept. 2010

ANNEXE B -MITI

**Revised Global Scales :
Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1
(MITI 3.1.1)**

T.B. Moyers, T. Martin, J.K. Manuel, W.R. Miller & D. Ernst

University of New Mexico

Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

VERSION FRANCAISE

Version 2.0 traduite de l'anglais par Sophie Morandi

Version révisée 3.1.1 adaptée de l'anglais par Cristiana Fortini

Service d'alcoologie

Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC) - CHUV

CH – Lausanne

« *Apprends, compare, collectionne les faits !* »

Pavlov (1849 – 1936)

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'adhésion à la technique motivationnelle lors d'études cliniques sur l'entretien motivationnel, et 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 cle 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.

Le MITI ne constitue pas un outil de codage complexe capable de détecter une utilisation experte ou particulièrement sophistiquée de l'entretien motivationnel. Le MITI est censé être utilisé comme mesure d'adhésion à l'entretien motivationnel et comme outil de feedback. Alors qu'il existe des outils de codage plus approfondis et détaillés, ils sont utilisés plus rarement à cause du coût et du temps nécessaires à la formation des codeurs et au codage. Nous avons remarqué que les utilisateurs experts de l'entretien motivationnel sont parfois frustrés par le MITI, surtout lorsqu'ils tentent de s'en servir pour améliorer la pratique clinique. On nous demande souvent s'il est possible de modifier ou ajouter des composantes au MITI. Souvent il s'agit de superviseurs qui souhaitent repérer des dimensions de la pratique de l'EM qui sont absentes du MITI. Malgré notre compréhension, nous notons aussi que ces dimensions plus complexes de la pratique de l'EM (qui peuvent être rajoutées) ne satisferont pas les critères rigoureux de fiabilité et de validité inhérents à l'utilisation d'un instrument validé empiriquement tel que le MITI. Si le MITI est simple, c'est

parce que des éléments plus complexes de la pratique clinique sont très difficiles à capturer de façon fiable. Nous n'empêchons pas la modification ou les ajouts au MITI, mais nous conseillons d'indiquer de manière claire que de telles modifications peuvent donner ou non une information fiable semblable à celle obtenue par l'utilisation du MITI tel que publié ici.

A. COMPOSANTES DU MITI

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

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

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

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

La bande peut être arrêtée si nécessaire, mais un codage sans cesse interrompu et repris peut empêcher le codeur de se faire une idée de la forme générale et d'obtenir un score global (Dans le cadre d'une supervision ou d'une visualisation en groupe ceci est moins dérangent). 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 supposer qu'il y en ait un, avant même de commencer le travail de codage. Ceci permettra d'estimer avec précision si l'intervenant dirige ses interventions sur le comportement cible, s'il patauge ou s'il est désespérément perdu. Le MITI n'est pas destiné au codage d'interventions qui ne comportent pas de comportement cible.

C. SCORES GLOBAUX

« *Quelle est brièvement la signification de ce long discours ?* »

Schiller (1759-1805)

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

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

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

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

Score faible

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

Score élevé

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

Scores

1. Le clinicien fournit activement des raisons de changer ou éduque le patient, sans explorer

les connaissances, efforts ou motivations du patient.

Exemples :

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

Fournit éducation ou information de façon rigide malgré que le patient ait indiqué

une connaissance existante

A recours à des questions qui ne tiennent pas compte des réponses du patient

Dénigre ou ignore les contributions du patient

Manque de curiosité quant aux circonstances qui entourent le patient

Tente de convaincre le patient de changer

2. Le clinicien offre informations et éducation, aux dépens d'une exploration des motivations et idées personnelles du patient.

Exemples :

N'inclut pas les contributions du patient dans la discussion autour du changement

Efforts vagues ou incomplets de répondre au discours-changement

Intérêt vague ou superficiel quant au point de vue et à la situation du patient

3. Le clinicien ne montre pas d'intérêt particulier ni de sensibilité aux raisons et aux moyens qu'aurait le patient pour changer. Il se peut qu'il fournisse des informations ou de l'éducation sans que celle-ci ne soit adaptée à la situation du patient.

Exemples :

Rate des opportunités pour investiguer la motivation au changement du patient

(par exemple, discuter de succès passés quand ceux-ci sont mentionnés)

Neutre par rapport au point de vue et aux circonstances du patient.

Répond occasionnellement au discours-changement du patient

4. Le clinicien accepte les raisons de changer propres au patient, ainsi que ses idées sur la façon dont le changement peut s'opérer, lorsque celles-ci se présentent conjointement. Il ne tente pas d'éduquer ou de diriger lorsque le patient résiste.

Exemples :

Utilise les idées du patient sur le changement et sa motivation pour donner une direction à l'entretien

Valide les raisons de changer du patient lorsqu'elles apparaissent, mais ne les suscite pas et ne les élabore pas

Répond de façon régulière au discours-changement, avec des reflets, une demande d'élaboration ou de l'intérêt

5. Le clinicien travaille activement pour faire évoquer au patient ses propres raisons de changer et ses idées quant à la façon d'y arriver.

Exemples :

Curieux par rapport aux idées et vécu du patient, surtout en ce qui concerne le

comportement cible

Aide le patient à se convaincre soi-même du changement

A recours à des outils thérapeutiques structurés pour renforcer et susciter le

discours-changement

Ne rate pas les opportunités d'explorer plus profondément les raisons du changement amenées par le patient

Recherche les idées du patient sur le changement et la motivation, les utilise pour

donner une direction à l'entretien

Suscite le discours-changement de façon stratégique et y répond régulièrement

lorsqu'il apparaît

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

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

Score faible

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

Score élevé

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

Scores

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

Exemples :

Adopte explicitement le rôle de l'expert

Nie ou minimise les idées du patient

Domine la conversation

Argumente lorsque le patient propose une approche alternative

Est passif, déconnecté ou méprisant

2. Le clinicien saisit superficiellement des occasions pour collaborer.

Exemples :

A du mal à abandonner son rôle d'expert

Aborde superficiellement les apports du patient

Souvent sacrifie les opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de

problème, préférant alors apporter connaissances et expertise

Répond superficiellement aux apports du patient

Distrain ou impatient avec le patient

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

Exemples :

Peut saisir une opportunité pour collaborer, mais ne structure pas l'interaction dans le but de solliciter une collaboration

Un peu de suivi lié, mais superficiel

Peut lâcher du lest la plupart du temps, mais exprime parfois son désaccord Sacrifie certaines opportunités d'impliquer le patient dans la résolution de problème, pour apporter plutôt connaissances et expertise

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

Exemples :

L'entretien est par moments structuré de façon à encourager les apports du patient

Sollicite l'expression du point de vue du patient

Implique le patient dans le processus de résolution de problèmes

N'insiste pas sur la résolution de problèmes si le patient n'est pas prêt

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

Exemples :

Structure activement l'entretien de façon à faciliter les apports du patient

Approfondit les idées du patient

Incorpore les suggestions du patient

Creuse activement pour susciter des apports de la part du patient

Identifie explicitement le patient comme l'expert

Ajuste l'apport de conseils et d'expertise aux apports du patient

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

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

Score faible

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

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

Score élevé

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

Scores

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

Exemples :

Affirme explicitement que le patient n'a pas de choix

Sous-entend que les conséquences externes enlèvent le choix

Se montre pessimiste, cynique ou sarcastique lors de l'exploration des options et

des choix

Rigide en ce qui concerne les options de choix

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

Exemples :

N'élabore pas ou ne relève pas le sujet du choix lorsque celui-ci est soulevé par le

patient

Banalise le choix du patient ou l'aborde superficiellement

Reconnaît le choix du patient mais l'écarte aussitôt

Absence d'authenticité dans la façon d'aborder le choix du patient

Ignore activement le choix du patient lorsque ce dernier l'aborde

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

Exemples :

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

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

Exemples :

Explore les options du patient avec authenticité

Est d'accord lorsque le patient affirme qu'on ne peut pas le forcer à changer

5. Le clinicien élabore le sentiment d'autonomie exprimé par le patient, de sorte à *amplifier*

notablement le vécu du patient quant à son contrôle et son choix.

Exemples :

Se montre proactif en suscitant des interventions du patient qui intensifient la

perception des choix par rapport au comportement cible

Explore les options de façon authentique et non-possessive

Reconnaît explicitement l'option qu'a le patient de ne pas changer, sans sarcasme

Procure de multiples opportunités pour discuter avec le patient des options qui

s'offrent à lui, ainsi que de sa capacité de contrôle, lorsque celui-ci ne répond pas à

la première tentative du clinicien d'aborder le sujet

Valide les idées du patient sur ses choix et sa motivation

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

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

Score faible

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

Score élevé

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

Scores

1. Le clinicien n'influence pas le thème et le déroulement de l'entretien, et la discussion

autour du comportement cible dépend totalement du patient.

Exemples :

Ne donne aucune structure à l'entretien

L'entretien est presque totalement focalisé sur des sujets qui ne sont que vaguement liés au problème actuel

Le clinicien centre la discussion sur la personnalité, l'enfance, les traumatismes du

patient, n'accordant qu'une attention minimale au comportement cible

Le clinicien a une écoute non-directive, centrée sur le patient

Il suit passivement le patient qui s'égare dans de multiples directions

Un comportement cible n'est pas identifié ni ne peut être inféré de l'entretien

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

Exemples :

Procure une certaine structure, mais la discussion s'écarte passablement de l'objectif cible

Le comportement cible est un peu abordé mais la plupart de l'entretien porte sur d'autres sujets

Le clinicien ne tente que superficiellement de relier les propos du patient au comportement cible

Pendant une grande partie de l'entretien, le clinicien a une écoute non-directive, centrée sur le patient ; aucun renforcement sélectif ne permet d'orienter la discussion vers le comportement cible

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

Exemples :

Procure une certaine structure à l'entretien, mais ne la suit pas de façon constante Renforce sélectivement certains propos du patient qui ont trait au comportement cible, mais le fait irrégulièrement

Aborde le comportement cible mais se laisse facilement distraire

Un certain temps de l'entretien est passé à discuter de sujets non liés à l'objectif Davantage de temps est passé à discuter du passé plutôt que du présent ou de l'avenir

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

clinicien ne re-dirige pas la discussion.

Exemples :

Fait de modestes efforts pour maintenir la structure établie de l'entretien

Un comportement cible est apparent mais le clinicien semble hésiter à s'y focaliser

Peut facilement laisser le patient dévier du comportement cible

Rate plusieurs occasions de ramener la discussion vers le comportement cible

lorsqu'elle devie de celui-ci

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

Exemples :

Le comportement cible est mentionné au moment d'établir l'agenda de l'entretien

Le clinicien fait preuve de transparence en ce qui concerne les préoccupations liées

au comportement cible

Gère bien le temps et effectue facilement les transitions dans l'entretien

Dirige facilement et de façon constante le discours du patient vers le sujet du changement du comportement cible

Davantage de temps est passé à discuter du changement possible que de l'historique du problème

Le clinicien domine l'entretien et ne laisse pas le patient s'égarer du sujet de discussion principal

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

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

Score faible

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

Score élevé

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

Scores

1. Le clinicien ne montre aucun intérêt pour le point de vue du patient. N'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient.

Exemples :

Récolte uniquement des informations factuelles (souvent avec une idée derrière la tête)

S'enquiert d'informations factuelles sans tenter de comprendre le vécu du patient

2. Le clinicien fait quelques efforts sporadiques pour explorer le point de vue du patient. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou incomplète.

Exemples :

Reflète les propos du patient mais son interprétation est erronée

Ne tente que superficiellement de comprendre son patient

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

Exemples :

Fait preuve d'empathie moyenne à l'égard du patient

Peut faire quelques reflets adéquats, mais il passe à côté de la réelle signification

des propos du patient

Tente de saisir le sens de ce que dit le patient tout au long de l'entretien, mais ne

réussit que modestement

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

surtout limitée au contenu explicite.

Exemples :

Transmet son intérêt par rapport à la situation ou au vécu du patient

Reflète adéquatement ce que *le patient a dit*

Communique efficacement ce qu'il a compris du point de vue du patient

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

n'a pas dit.

Exemples :

Communique efficacement sa compréhension de la situation du patient qui va *au-*

delà de ce que le patient a dit pendant l'entretien

Fait preuve d'un grand intérêt vis à vis de la situation et du vécu du patient

Tente de se mettre « dans la peau » du patient

Encourage le patient à élaborer, au-delà de ce qui est nécessaire pour simplement

suivre l'histoire

Fait de nombreux reflets complexes adéquats

D. DECOMPTE DES COMPORTEMENTS

« Longtemps ma devise a été de penser que les petites choses étaient infiniment plus importantes que les grandes »

Sherlock Holmes, Une affaire d'identité (A. Conan Doyle, 1892)

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

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

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

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

A chaque unité de pensée est attribuée un des cinq codes de base de comportements : 1) donner de l'information ; 2) adhérent à l'EM ; 3) non-adhérent à l'EM ; 4) questions ; 5) reflète. Au sein de deux catégories (questions et reflète), une sous-classification supplémentaire est requise. 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 pourra être codée comme une unité de pensée séparée. Il en va de même pour les codes des sous-classifications. Par exemple, si l'intervenant pose une question ouverte, fait un reflet simple, puis pose une question fermée, on obtiendra deux codes : reflet simple et question ouverte (voir p20 pour les règles décisionnelles du codage de diverses questions dans une même unité de pensée)

Une volée (en anglais, *volley*) définit une séquence ininterrompue d'unités de pensée de l'intervenant. Une fois qu'un code est attribué à une volée, il ne doit pas

être réutilisé dans la même volée. Une volée ne peut comporter qu'un seul code pour chaque comportement.

Voyons la déclaration suivante d'un intervenant :

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

Cette déclaration est subdivisée de la manière suivante :

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

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

Voyons cette autre déclaration d'un intervenant :

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

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

Nous l'avons subdivisée ainsi :

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

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

Les énoncés du patient tels que « oui », « c'est ça » qui n'interrompent pas la séquence de l'intervenant sont considérés des éléments facilitateurs. Ces énoncés de patients ne sont pas codes, et n'interrompent pas l'unité de pensée de l'intervenant. Toutefois, si le patient répond à une question ou à un reflet par un « oui » ou un « c'est ça », l'unité de pensée de l'intervenant sera subdivisée en deux. 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 votre consommation d'alcool vous cause quelques soucis et vous pensez qu'il pourrait être temps de changer quelque chose.

Si le patient dit « oui » au long de la séquence afin de valider les dires de l'intervenant, l'unité de pensée ne sera pas subdivisée.

Codes des comportements

1. Donner de l'information

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

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

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

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

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

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

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

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

1d Information à propos d'un sujet

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 « Non-adhérence à l'EM

Donner de l'information ne doit pas être confondu avec donner un conseil, menacer, confronter ou diriger.

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

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

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

Ca a marché pour moi et ça marchera pour vous si vous essayez. Il faut juste que nous trouvions la bonne réunion AA pour vous. Vous êtes juste mal tombé (non-adhérent à l'EM, conseiller)

Je recommanderais de toujours utiliser un casque à vélo. Celui-ci vous protégera vraiment en cas de chute (non-adhérent à l'EM, conseiller)

Aujourd'hui nous allons parler des stratégies qui ont été efficaces pour d'autres (non codé, structure)

2. Questions

2a Question fermée (QF)

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

Avez-vous pris de l'héroïne cette semaine ?

*Avez-vous mangé 5 fruits et légumes cette semaine ?
Avez-vous 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.

Depuis combien de temps prenez-vous de l'héroïne ?

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

Qui est le président des USA ?

Les questions fermées qui sont censées être des questions ouvertes mais qui commencent par des mots tels que pouvez-vous, voulez-vous, devriez-vous, êtes-vous, etc. devraient être codées comme questions fermées.

Pouvez-vous me dire ce qui vous amène aujourd'hui ?

Pourriez-vous m'expliquer cela ?

Souhaitez-vous m'en dire un peu plus ?

2b Question ouverte (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.

Des affirmations du type « *Racontez-moi* » sont codées comme questions ouvertes à moins qu'elles ne soient exprimées sur un ton dirigeant ou confrontant.

Comment se sont déroulées vos envies d'héroïne depuis la dernière fois qu'on s'est vu ?

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

Que pensez-vous de cette situation ?

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 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 ?

De la même façon, lorsque le clinicien pose plusieurs questions dans une même unité de pensée, seule une question est codée. La règle décisionnelle consiste à dire que si l'on pose une question ouverte et une question fermée dans une même unité de pensée, la question ouverte prime sur la question fermée. Seul le code de question ouverte sera donné. Ainsi, si le clinicien dit, « Comment pensez-vous procéder pour arrêter de boire ? Cela semble très important pour vous. Avez-vous déjà arrêté auparavant ? », on codera une question ouverte et un reflet.

2c. Reflets qui tournent en questions

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

3. Reflet

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

3a. Reflet simple (Rs)

Les reflets simples témoignent de la 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 accentuer une émotion très importante ou intense du patient, mais ne va pas plus loin que le propos original du patient. Les résumés de plusieurs propos du patient fait par un intervenant peuvent être codés comme un seul reflet simple *si* l'intervenant n'utilise pas ce reflet pour ajouter une nouvelle direction ou un nouveau sens au propos initial.

3b Reflet complexe (Rc)

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

Exemple : amende pour excès de vitesse

Patient : *C'est sa 3^{ème} amende pour excès de vitesse en 3 mois. Notre assurance va bientôt*

sortir de ses gonds. Je pourrais la tuer. Elle ne se rend pas compte que nous aurions

besoin de cet argent pour autre chose ?

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

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

Exemple : contrôle de la glycémie

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

Patient : *Vous plaisantez ? J'ai suivi tous les cours, j'ai les vidéos, je reçois la visite de*

l'infirmière à domicile. J'ai reçu toute sorte de conseils sur comment faire pour mieux

faire, mais je ne le fais pas. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être qu'au fond de moi je veux

mourir, vous savez.

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

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

complexe)

Exemple : l'indépendance de ma mère

Patient : *Ma mère me rend fou. Elle dit qu'elle veut rester indépendante, mais elle*

m'appelle 4 fois par jour pour me raconter des banalités. Et ensuite, elle s'énerve quand

je lui donne des conseils.

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

Intervenant : *Vous avez du mal à 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 Série de reflets

Lorsque l'intervenant fait une série de reflets simples et complexes dans la même unité de pensée, 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 de la séquence. Par conséquent, si l'intervenant fait un reflet simple suivi

d'une adhérence à l'EM, suivi d'un reflet complexe, on codera Adhérence à l'EM et Reflet complexe.

3e Enchaînement Reflet – Question

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

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

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

3f Reflet tourné en question

Occasionnellement, l'intervenant fait une intervention qui a les critères d'un reflet, 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 reflets (cf 2c.)

4. Adhérence à l'EM (Adh-EM)

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

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

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

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

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

Note : si la permission a été demandée avant que le conseil ait été donné, on n'utilise pas le code *non-adherent* 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 cible).

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

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

- 4c Valoriser l'autonomie personnelle du patient, sa liberté de choisir, sa capacité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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 devrait être utilisé (p.ex. Question Ouverte ou Reflet).

4f Les formalités en début ou en fin de session sont considérées comme des énoncés de structure et ne sont pas codés. Ces affirmations ouvrent ou ferment une session et ne sont pas considérées des Adhérences à l'EM à moins que le clinicien, spécifiquement, ne valorise le patient, ne renforce son autonomie, ne le soutienne.

Merci d'être venu aujourd'hui (structure – non codé)

J'apprécie vraiment que vous soyez venu aujourd'hui. Je me rends compte que cela a été difficile pour vous (Adh-EM, soutien)

Je vous souhaite une bonne semaine (structure – non codé)

Vous avez fait du bon travail aujourd'hui. Vous êtes fort et je suis sûr que vous réussirez car lorsque vous décidez de faire quelque chose vous le faites vraiment !

(Adh-EM, valorisation)

4g. Valorisation d' « encouragement »

Il arrive que les cliniciens utilisent des mots tels que « très bien », etc. afin d'encourager la conversation ou de favoriser une transition dans la conversation. A moins que ce type de mot ne soit explicitement lié à un comportement ou un dire du patient, et que le clinicien ne soit en train de valoriser clairement le patient, ces mots ne seront pas codés Adh-EM. Par exemple, « Très bien, alors maintenant voyons... » ne sera pas codé comme valorisation.

5. Non-adhérence à l'EM (NAdh-EM)

Cette catégorie vise à saisir les attitudes de l'intervenant qui ne sont pas compatibles avec l'approche motivationnelle. On n'utilise pas de sous-codes pour les comportements de nonadhérence 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 soignée au ton de la voix et au contexte.

Vous preniez de l'Antabus tout en continuant à consommer ?

(Nadh-EM) *Vous pensez que c'est une façon de traiter les gens*

qu'on aime ? (Nadh-EM)

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

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

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

Ne faites pas cela ! (Nadh-EM)

Ramenez ces devoirs la semaine prochaine (Nadh-EM)

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

Encore une fois, les codeurs ne doivent pas sous-catégoriser les comportements de nonadherence 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-adherence à l'EM et continue le codage.

5d REGLE DECISIONNELLE : Le code Non-adherence à l'EM est choisi en priorité si la séquence tombe *clairement* dans cette catégorie. En cas de doute, un autre code (p.ex. Donner de l'information) devrait être donné.

Exemple : accès de colère

Patient : *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant?*

C'est vous le médecin.

Intervenant : *Résoudre ceci seule ne vous a pas réussi, ainsi vous vous êtes enfin décidée à*

demander de l'aide (Nadh-EM)

Patient : *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant?*

C'est vous le médecin.

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

E. AFFIRMATIONS NON CODÉES DANS LE MITI

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

Exemples de propos de patients qui ne sont pas codés dans le MITI :

Le clinicien se dévoile : « J'ai arrêté de boire il y a 6 ans »

Structure : « A present nous allons aborder... »

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

Encouragements : « D'accord, très bien »

Contenu d'une session precedente : « La semaine dernière vous m'aviez dit être très fatigué »

Pensées incomplètes : « Vous avez dit... » (patient interrompt)

Propos hors sujet : « Il fait froid ici »

F. CHOISIR LA LONGUEUR ET LE TYPE DU SEGMENT CODÉ

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

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

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

G. SCORES COMPOSITES DU MITI

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

Score d'Esprit Global = (Evocation + Collaboration + Autonomie/Soutien) / 3

Pourcentage Reflets Complexes (%RC) = RC / Reflets totaux

Pourcentage Questions Ouvertes (%QO) = QO / (QO + QF)

Rapport Reflet / Questions (R / Q) = Reflets totaux / (QF + QO)

Pourcentage Adherence à l'EM (%Adh-EM) = Adh-EM / (Adh-EM + NAdh-EM)

G. COMPÉTENCE DU CLINICIEN ET SEUILS DE COMPÉTENCE

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

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

I. STRATEGIES D'ENTRAINEMENT POUR LE MITI

Donne-moi une erreur en tout temps féconde, pleine de semences, qui jaillirait avec ses

*propres
corrections
Pareto
(1848 –
1923)*

L'entraînement des codeurs vers la compétence, mesurée par la fiabilité inter-juge et compatible avec une référence absolue, nécessite habituellement un processus d'apprentissage par étape. Nous nous sommes rendu compte que les codeurs ont intérêt à commencer par des tâches simples et à ne passer à des tâches plus complexes qu'au moment où les tâches simples sont bien intégrées. Nous recommandons de commencer par les tâches 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 rendu compte que les codeurs rencontrent souvent des difficultés dans tel ou tel domaine bien précis, ce qui nécessite une focalisation plus spécifique. Les domaines problématiques peuvent être identifiés par l'utilisation de transcriptions standardisées ressemblant à un quiz, existant pour chaque niveau. Souvent, il faut plus d'un quiz par niveau. Nous savons qu'un codeur a souvent besoin de 40 heures d'entraînement pour atteindre une fiabilité inter-juge en utilisant le MITI. De plus, des sessions de codage régulières (probablement hebdomadaires) seront nécessaires pour éviter toute dérive. L'expérience clinique (être un médecin/psychologue) n'a pas semblé prédire une plus grande facilité dans l'entraînement ni de meilleures compétences dans notre laboratoire.

Compétences de Niveau I : subdivision des unités de pensée, donner de l'information,

questions ouvertes et fermées

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

Compétences de Niveau III : ajouter les scores globaux

MITI : Codage et interprétation

Interviewer : _____ Séquence :

Codeurs : _____ Date du codage :

SCORES GLOBAUX

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

DÉCOMPTE DES COMPORTEMENTS

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

Première phrase :

Dernière phrase :

Liste des codes MITI

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

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

ANNEXE C – Tableau de concordance

Stratégie d'analyse Concordance MITI-ITEM

Chaque élément du MITI auquel une question d'ITEM répond s'est vu attribuer un X. L'élément principal du MITI auquel la question a été attribuée est souligné en jaune.

Questions ITEM ↓	MITI Scores globaux					MITI Comportements							Aucun
	Évocation Q1,5,7,15,16,19,,20	Collaboration Q3,18,21,24	Autonomie Q6,10,13,17,22	Empathie Q2,8,12,14	Direction Q1,4,9,11	Adhérence	Non- adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
A. Au cours de l'entrevue, nous avons abordé la question de la consommation de l'utilisateur					X								
B. Depuis notre dernière entrevue, l'utilisateur a consommé de l'alcool					X								
C. Depuis notre dernière entrevue, l'utilisateur a consommé du cannabis					X								
D. Depuis notre dernière entrevue, l'utilisateur a consommé d'autres substances					X								

Questions ITEM ↓	MITI Scores globaux					MITI Comportements							Aucun
	Évocation Q1,5,7,15,16,19,,20	Collaboration Q3,18,21,24	Autonomie Q6,10,13,17,22	Empathie Q2,8,12,14	Direction Q1,4,9,11	Adhérence	Non- adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
1. J'ai utilisé des questions ouvertes	X								X				
2. J'ai reflété les émotions vécues par l'utilisateur				X							X	X	
3. J'ai modulé mon intervention en fonction de la réponse de l'utilisateur à chacune de mes interventions	X	X		X									
4. J'ai tenté d'explorer la force de l'engagement de l'utilisateur envers le changement	X				X								
5. J'ai expliqué à l'utilisateur les raisons de sa résistance au changement	X	X											

Questions ITEM ↓	Scores globaux					Comportements							Aucun
	Évocation	Collaboration	Autonomie	Empathie	Direction	Adhérence	Non-adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
6. J'ai clairement indiqué à l'utilisateur ce qu'il doit faire		X	X				X						
7. J'ai aidé l'utilisateur à explorer la question des conséquences négatives de sa consommation	X		X Ne viens pas intervenant										
8. J'ai tenté de réprimander l'utilisateur		X		X			X						
9. J'ai souligné les qualités ou l'effort fait par l'utilisateur pour changer				X	X Cibler changement	X							
10. J'ai valorisé l'autonomie de l'utilisateur, le fait que c'est lui seul qui décide du changement à faire ou non			X	X		X							
11. J'ai travaillé à ce que l'utilisateur parle lui-même de changement	X				X Cibler changement								

Questions ITEM	MITI Scores globaux					MITI Comportements							Aucun
	Évocation Q1,5,7,15,16,19,,20	Collaboration Q3,18,21,24	Autonomie Q6,10,13,17,22	Empathie Q2,8,12,14	Direction Q1,4,9,11	Adhérence	Non- adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
12. J'ai porté attention à reformuler, à refléter les expressions de succès, de progrès				X	X Cibler changement	x	x					X	
13. J'ai tenté de convaincre ou de persuader l'utilisateur	X	X	X				X						
14. J'ai tenté de comprendre l'utilisateur dans son désir de ne pas changer	X		X	X									
15. J'ai aidé l'utilisateur à explorer les gains du non-changement ou des pertes associées au changement	X		X										
16. J'ai utilisé la technique du bilan décisionnel	X			X Idées du client									

Questions ↓ ITEM	Scores globaux					Comportements							Aucun
	Évocation	Collaboration	Autonomie	Empathie	Direction	Adhérence	Non- adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
17. J'ai aidé l'utilisateur à faire des plans précis de choses à faire pour changer	X	X	X		X Parler du changement								
18. J'ai aidé l'utilisateur à identifier ses vulnérabilités pouvant entraîner la rechute de consommation	X	X	X										
19. J'ai aidé l'utilisateur à croire qu'il peut changer	X			X	X Parler du changement	X Soutenir le patient							
20. J'ai valorisé les réussites de l'utilisateur	X			X	X Parler du changement	X							
21. J'ai directement confronté l'utilisateur, avec autorité		X	X				X						
22. J'ai tenté d'explorer l'ambivalence de l'utilisateur au sujet du changement	X		X Choix et contrôle du client										

Questions ITEM ↓	MITI Scores globaux					MITI Comportements							Aucun
	Évocation Q1,5,7,15,16,19,,20	Collaboration Q3,18,21,24	Autonomie Q6,10,13,17,22	Empathie Q2,8,12,14	Direction Q1,4,9,11	Adhérence	Non- adhérence	Info	Question		Reflet		
									Ouverte	Fermée	Simple	complexe	
23. Suite à l'évaluation, j'ai donné du feedback personnel à l'utilisateur concernant sa consommation	X Info? Conseil?				X			X					
24. L'utilisateur a utilisé quelle proportion du temps de parole de l'entrevue. Inclure les silences de l'utilisateur dans son temps de parole. Encerchez le chiffre correspondant 0-5%, 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 95-100%	X	X Domine la conversation											

Cotation jumelée

Scores globaux

MITI	ITEM
N/A	0 Pas du tout
1 faible	1 Très peu
2	2 Un peu
3	3 Modérément
4	4 Beaucoup
5 élevé	5 Extrêmement

**La cotation ITEM 0-1 a été jumelées à la cotation 1 faible du MITI

**Les questions Q5, Q6, Q8, Q13 et Q21 ont été inversées dans la formulation, les scores plus élevés s'éloignant de la compétence en EM. Les résultats à ces questions ont donc été inversés.

Décompte de comportements – Compétence du clinicien et seuil de compétence

	Compétence débutante		Compétence	
	MITI	ITEM	MITI	ITEM
Rapport reflète/questions	1	Pas de comparatif possible avec ITEM	2	Pas de comparatif possible avec ITEM
Pourcentage de	50%	Cote de 3	70%	Cote de 4

questions ouvertes				ou 5
Pourcentage de reflets complexes	40%	Cote de 2 ou 3	50%	Cote de 4 ou 5
Pourcentage adhérence à EM	90%	Voir note	100%	Voir note

Non-adhérence : $Q6+Q8+Q13+Q21=$ pour atteindre le score de 90%, 1 ou 2 questions avec des scores de 1/très peu ou 2/un peu est permis. Les questions à la négative ont été inversées au niveau des scores.

Adhérence : $Q9+Q10+Q12+Q19=$ celles-ci validaient la présence de comportement adhérent

Donner de l'information

Il n'y a pas de spécification sur comment a été donné l'information, il est donc difficile de faire une concordance.

L'élément « donner du feedback » est clair pour la fin de la rencontre dans le cadre d'une évaluation pour le questionnaire ITEM. Par contre, les rencontres ne sont pas toutes des évaluations, ainsi cet aspect a été retiré.

Annexe D - Journaux de bord

Journal de bord - ITEM

Utilisation	
Avantages	
Désavantages	

Journal de bord – hebdomadaire

Commentaires	
--------------	--

Annexe E – Programmes des clients

Description des programmes des clients sélectionnés pour l’essai

Médocolégal :

Les soins s’adressent aux personnes référées par les tribunaux pouvant présenter des troubles de santé mentale graves et aux personnes présentant des troubles de comportement sexuel. (IUSMQ, 2013)

Externe :

Les soins s’adressent aux personnes quittant l’IUSMQ visant le rétablissement et la réadaptation de la personne afin qu’elle retrouve une vie active en société et faire le pont avec les services externe pendant un maximum de 90 jours. (IUSMQ, 2013)

Médecine et troubles psychiatrique :

L'unité de médecine dispose de lits d'hospitalisation de courte et de moyenne durée pour les personnes hospitalisées à l'Institut et présentant des problèmes de santé physique. Stabilisation de l'état de santé de la personne en vue de son retour dans son milieu de vie

Admission troubles psychotiques :

Une personne présentant un trouble psychotique est hospitalisée à l’Institut en raison de la gravité de son état de santé. L’hospitalisation permet de réduire les symptômes et de stabiliser l’état de santé de la personne afin de lui permettre un retour dans la communauté.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation de maîtrise professionnelle en intervention en toxicomanie (MIT) à l'Université de Sherbrooke, nous demandons votre collaboration pour réaliser cet essai synthèse.

Titre de l'essai synthèse: *Aider le clinicien à maintenir le changement - Le développement professionnel en entretien motivationnel est-il possible par le clinicien seul?*

Objectif de l'essai synthèse : *l'objectif général de cet essai sera d'examiner la pertinence d'utiliser le bref questionnaire ITEM (Identification des techniques d'entrevue motivationnelle) de Joël Tremblay et Jacques Bergeron comme outil d'auto-évaluation pour favoriser le développement des compétences professionnelles lors de l'apprentissage de l'entretien motivationnel (EM) dans un contexte de soins psychiatriques à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec.*

Cet essai synthèse sera mené par Karine Gaudreault étudiante à la MIT de l'Université de Sherbrooke et sera encadré par Karine Bertrand, directrice.

Leurs coordonnées sont les suivantes (**Nom, Titre, Tél., Courriel**):

Karine Bertrand, professeure agrégée

450 463-1835, poste 61604

Karine.Bertrand@USherbrooke.ca

Karine Gaudreault, étudiante

karine.gaudreault@usherbrooke.ca

L'essai de cette étudiante est mené dans le cadre de ses fonctions professionnelles : à titre de travailleuse sociale à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec

***Nom du supérieur(e) et son titre**, directrice de l'enseignement, a accepté que cet essai synthèse se réalise à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec*

DESCRIPTION DE VOTRE IMPLICATION

Votre implication sera d'une à trois entrevues portant sur un changement ou une réflexion sur un changement de votre choix lié à votre santé. Cette entrevue durera entre 25 et 60 minutes et sera enregistrée. Ce que l'étudiante dira dans l'entrevue sera analysé par l'étudiante, la directrice de cet essai et un codificateur externe. L'ensemble de ces personnes est tenu au secret professionnel. L'enregistrement sera détruit au maximum après six mois.

RISQUES ET BÉNÉFICES

Certains points de la conversation pourraient vous rendre inconfortable, mais vous êtes complètement libre de refuser de répondre à une question ou d'arrêter la conversation lorsque vous n'êtes pas à l'aise. En tout temps, vous pouvez quitter les lieux ou arrêter l'entretien. Lors de la fin de la rencontre, au besoin, nous pourrions vous remettre les coordonnées de différentes ressources qui pourraient vous aider. Vous pouvez aussi aborder votre inconfort avec votre intervenant de suivi actuel.

En ce qui concerne les bénéfices de votre participation, cette rencontre pourrait vous permettre : 1) de faire le point sur votre situation; 2) de réfléchir à certains comportements liés à votre santé et, 3) faire partie d'une démarche d'amélioration des pratiques.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements colligés dans le cadre de votre implication dans cet essai synthèse seront traités de façon strictement confidentielle. Votre nom et tout renseignement permettant de vous identifier ne seront mentionnés dans aucun document. Les renseignements recueillis **sur enregistrement audio** ne pourront être utilisés et entendus que par la directrice d'essai, un codeur externe et l'étudiant) et ils seront détruits dans les six mois suivant le dépôt de l'essai synthèse.

À noter que la confidentialité sera assurée conformément aux lois et règlements en vigueur. Advenant que la vie ou la sécurité d'une personne soit en danger de façon imminente ou encore que la sécurité d'un enfant soit compromise, un bris de confidentialité pourrait s'avérer nécessaire.

COMPENSATION

Aucune compensation ni rémunération ne sera allouée pour votre participation à cet essai.

PERSONNES-RESSOURCES

Pour toute question, commentaire ou préoccupation concernant votre participation à cet essai synthèse, vous pouvez contacter l'étudiante ou la directrice d'essai (voir coordonnées ci-dessus). Si, pour une quelconque raison, vous ne désirez pas en discuter avec ces personnes ou si vous désirez porter plainte quant à vos droits à titre de participant(e) à cet essai synthèse, vous pouvez contacter :

Lise Roy, directrice des Programmes d'études en toxicomanie

Tél. : 450 463-1835, poste 61795 ou 1 888 463-1835

Lise.Roy@USherbrooke.ca

CONSENTEMENT

Par la présente, je reconnais :

- avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision et qu'on m'a offert une copie du présent formulaire.

- avoir compris que ma participation à cet essai synthèse est volontaire et que je peux me retirer de l'essai à tout moment sans aucune conséquence *et qu'advenant mon refus de*

