

# **Introduction à l'entretien motivationnel**

**V. Pomini, PhD**

Unité d'Enseignement des Thérapies Cognitivo-comportementales  
Institut de Psychothérapie  
Département de Psychiatrie  
Université de Lausanne

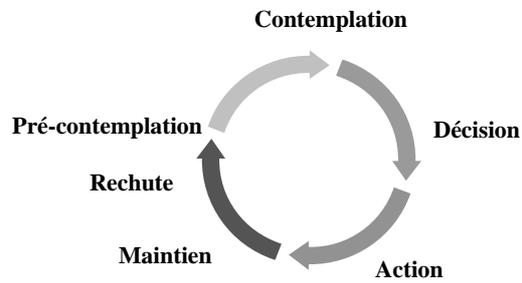
**Séminaire d'introduction aux TCC**

**Malévoz : 2007-08**

---

**1.**  
**Concepts de base**

## Les étapes du changement volontaire



*Prochaska et al. (1994)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Etapes du changement volontaire

<b>Précontemplation</b>	Non conscience des problèmes
<b>Contemplation</b>	Conscience des problèmes mais pas de motivation / raison évidente pour changer
<b>Décision</b>	Choix de changer
<b>Action</b>	Agir en direction du changement
<b>Maintien</b>	Maintenir les acquis, les changements, résister, prévenir les rechutes
<b>Rechute</b>	Retomber dans les anciennes habitudes et les anciens problèmes

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'ambivalence

- **Coexistence entre deux attitudes mutuellement exclusives**
  - Ambivalence = conflit intérieur
  - Equilibre entre des alternatives en conflit
- **Types de conflits dans l'ambivalence**
  - approche - approche
  - évitement - évitement
  - approche - évitement

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## La réactance psychologique

- Etat psychologique : sentiments de colère, d'injustice.
- Actions : conduites qui ont pour but de restaurer la liberté perdue.
- Causes : réduction arbitraire de la liberté personnelle.
- Règle : la réactance est d'autant plus intense que les libertés réduites sont importantes pour l'individu.

*Taylor (1986)*

---

---

---

---

---

---

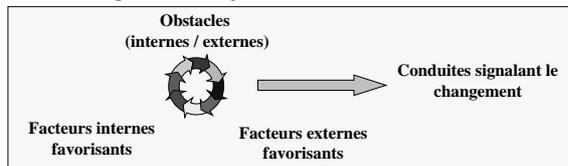
---

---

## La motivation

Ensemble des facteurs internes qui augmentent la probabilité d'adopter certaines conduites

Modèle simplifié du changement



*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.**  
**Les principes d'action du  
thérapeute motivationnel**

---

### Questions

- En quoi consiste le principe de responsabilité qui préside à l'entretien motivationnel?
- Quelles sont les tâches du thérapeute dans les différentes phases du processus de changement volontaire ?
- Quel rôle joue la confrontation dans la conduite de l'entretien motivationnel?
- Qu'est-ce que l'entretien motivationnel et quand l'emploie-t-on?

---

---

---

---

---

---

---

---

### Principe de responsabilité

- La motivation au changement doit provenir de la personne elle-même. Elle ne peut pas être imposée par le thérapeute.
- Il appartient au patient (et non au thérapeute) d'explorer et de résoudre son ambivalence.
- Le job du thérapeute consiste à solliciter la participation active du patient et à stimuler ses ressources.
- La relation thérapeutique est un partenariat sans enjeu de pouvoir ou de compétition : le thérapeute respecte l'autonomie et les choix du patient.

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Les tâches du thérapeute dans la phase de précontemplation

Susciter le doute - augmenter chez le client la perception des risques et des problèmes associés à sa conduite actuelle.

→ Contemplation

Pré-contemplation

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

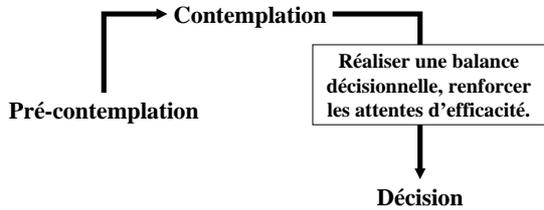
---

---

---

---

### Les tâches du thérapeute dans la phase de contemplation



*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

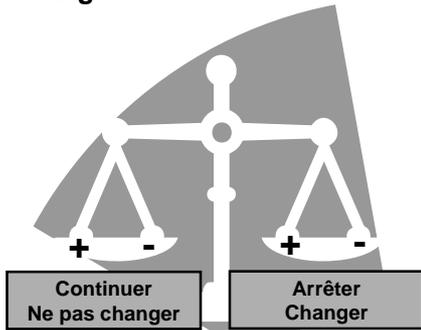
---

---

---

---

### Les balances décisionnelles : changer ou ne pas changer?



*Cungi (2000)*

---

---

---

---

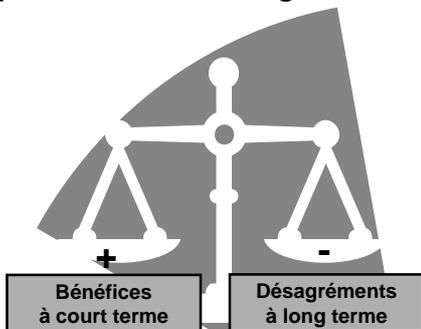
---

---

---

---

### Balances décisionnelles conséquences à court et long terme



*Cungi (2000)*

---

---

---

---

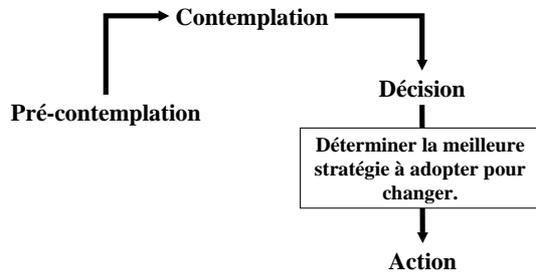
---

---

---

---

### Les tâches du thérapeute dans la phase de décision



*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

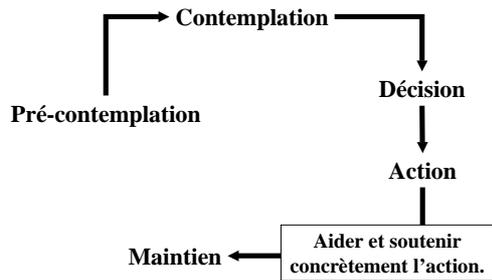
---

---

---

---

### Les tâches du thérapeute dans la phase d'action



*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

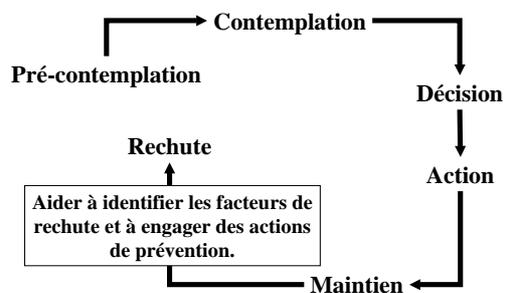
---

---

---

---

### Les tâches du thérapeute dans la phase de maintien



*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

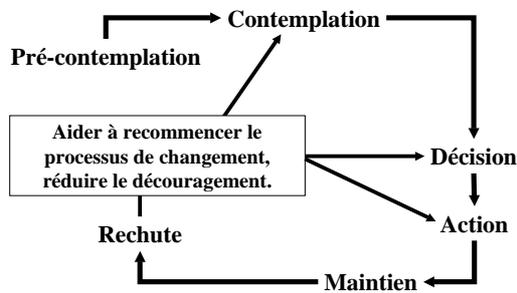
---

---

---

---

## Les tâches du thérapeute lors de la rechute



Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## La confrontation : un but non un style

- **La confrontation vue comme un style**
  - Suscite la réactance psychologique
  - Favorise un rapport autorité – soumission, ou des conflits symétriques, plutôt qu'une alliance, un ajustement
  - Ne crée pas les conditions de se sentir écouté, compris, soutenu, respecté
- **La confrontation vue comme un but**
  - Phase préliminaire à tout changement intentionnel
  - Crée le malaise nécessaire (mauvaise image de soi, conséquences négatives, etc...) pour favoriser l'envie de changement
  - But poursuivi = voir et accepter la réalité pour mieux s'y adapter

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'entretien motivationnel en quelques traits

Miller & Rollnick (1991)

- **Quoi?**
  - Méthode d'intervention spécifique utilisable à divers moments d'une psychothérapie
- **Pourquoi?**
  - Pour aider le patient à adhérer au processus thérapeutique et à progresser dans les étapes du changement volontaire
- **Quand?**
  - Blocage de la thérapie
  - Résistances du patient dans le processus de changement
- **Comment?**
  - Mélange d'une approche centrée sur la personne et de méthodes d'intervention plus directives cognitives et comportementales

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.**  
**Les étapes de l'entretien  
motivationnel**

---

## Questions

- Quelles sont les deux phases de l'entretien motivationnel?
- Quels sont les quatre grandes catégories de techniques utilisées pour favoriser la motivation?
- Quelles attitudes adopte-t-on dans la phase de soutien au changement? En quoi sont-elles semblables ou différentes de celles adoptées dans la phase précédente?
- Quels sont les signes d'un état de préparation à l'action?
- Que contient un bon plan d'action?
- A quoi doit-on être attentif lors du soutien au changement (phase d'action)?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les deux phases de l'entretien motivationnel

- **Phase I : le développement de la motivation**
  - Problèmes-clés, degré de motivation interne au changement, ressources et obstacles
  - Interventions favorisant la transition de la pré-contemplation à la décision
- **Phase II : le soutien au changement**
  - De la décision à l'action
  - Planification et négociation du plan et des méthodes de changement
  - Soutien à l'action

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment favoriser la motivation?

- **Être empathique**
  - Ecouter activement le patient
  - Comprendre le patient en adoptant son système de référence
  - Pour favoriser le maintien de la relation et l'alliance de travail
- **Développer les contradictions**
  - Adopter une attitude confrontation douce en opposant les projets de vie du patient à ses conduites actuelles incompatibles avec ces derniers
  - Faire prendre conscience des contradictions internes
  - Souligner l'importance du choix personnel, éclairé et pleinement conscient de ses conséquences

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment favoriser la motivation?

### • Gérer les résistances

- Utiliser les résistances du patient à l'engagement dans le travail thérapeutique pour favoriser le choix
- Savoir jusqu'où aller
- Pour favoriser le maintien de la relation et l'alliance de travail

### • Stimuler l'automotivation

- Favoriser l'expression des ressources et de l'efficacité personnelle du patient
- Passer d'une motivation externe à l'expression d'une motivation interne

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Phase II : le soutien au changement (1)

### A. De la motivation à la décision

- Reconnaître les signes de l'état de préparation à l'action
- Récapituler la situation et les éventuels objectifs généraux
- Poser les questions clés d'engagement à l'action

### B. Information et conseil

- Attendre une invitation directe du patient
- Demander au patient d'évaluer les solutions proposées
- Offrir une palette de solutions

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Phase II : le soutien au changement (2)

### A. Elaboration d'un plan d'action

- Déterminer des objectifs précis
- Considérer les différentes méthodes utilisables possibles
- Formuler un plan d'action (par écrit)

### B. Transition vers l'action

- Finaliser le plan (organisation concrète)
- Etablir un contrat : vérifier l'engagement
  - Si OK : encourager l'action, la planifier et l'évaluer : amorcer les interventions thérapeutiques
  - Si NON : différer l'engagement, reprendre aux étapes précédentes

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Signes d'un état de préparation à l'action chez le patient

- Diminution / absence des résistances
- Etat de tranquillité, de calme, de résolution
- Enonciation spontanée de propos auto-motivants
- Vision de l'avenir après les changements
- Premières expériences de changement hors des séances

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Poser les questions-clés invitant à l'engagement pour l'action

- « Il me semble, à ce que vous dites, que les choses ne peuvent rester en l'état. Que voulez-vous entreprendre pour modifier la situation? »
- « Qu'est-ce qui doit changer d'après vous? »
- « Que pensez-vous pouvoir faire maintenant? »
- « Qu'est-ce qui pourrait faire obstacle à un changement? Comment le dépasser? »
- « Idéalement, comment les choses devraient se passer maintenant? »

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Déterminer des objectifs précis

- Fixer l'objectif et les étapes pour y parvenir
  - Objectifs « SMART »
  - Compatibilité des objectifs à court terme avec ceux à long terme
- Ne pas imposer ses propres objectifs, même en cas de buts qui nous paraissent inappropriés
  - Primauté de l'alliance
  - Possible vérification de l'inadéquation du but en cours de route, avec possibilité de changement à ce moment-là

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Eléments d'un plan d'action

- **Raisons les plus importantes qui motivent au changement**
- **Buts principaux poursuivis en réalisant les changements souhaités**
- **Actions concrètes envisagées (planification temporelle)**
- **Soutien à la réalisation des objectifs (personnes, aide souhaitée)**
- **Résultats espérés (évaluation)**

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Erreurs à éviter lors du soutien au changement

- **Sous-estimation de l'ambivalence**
  - Se méfier des décisions trop rapides, prises une fois pour toutes
  - Poursuivre le travail actif de soutien à la motivation
- **Conseils et prescriptions trop directifs**
  - Ne pas prescrire un plan inacceptable pour le patient
  - Suggérer plutôt des alternatives et des options dans les méthodes qu'une solution toute prête ou une écoute empathique
  - Formuler les questions-clés invitant à l'engagement
- **Orientation insuffisante**
  - Eviter le flou dans la détermination des objectifs ou des moyens
  - Eviter d'employer des formulations réflexives et empathiques

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

**4.**  
**L'empathie, le développement des  
contradiction et l'automotivation**

---

## Questions

- Comment définir l'empathie?
- Comment être empathique?
- Quels buts vise-t-on lorsqu'on se montre empathique?
- A quoi cela sert-il de développer les contradictions?
- Qu'est-ce qu'un objectif « SMART »?
- Comment susciter la contradiction sans être trop confrontant?
- Qu'est-ce que l'efficacité personnelle?
- Comment peut-on développer le sentiment d'efficacité personnelle?

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'empathie

- **Compréhension du cadre de référence d'autrui**
- **Sélection et restitution au patient d'un message considéré comme central dans ce qu'il a évoqué.**
  - Vous vous sentez..., parce que...
- **Manière d'être et habileté communicationnelle dans laquelle l'écoute active est fondamentale**

*Egan (1990)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Réponses non empathiques

- Donner des ordres, diriger
- Mettre en garde, menacer
- Conseiller, suggérer
- Persuader, argumenter
- Moraliser, prêcher
- Juger, critiquer, blâmer
- User de clichés
- Approuver, agréer, complimenter
- Interpréter, analyser
- Rassurer, sympathiser, consoler
- Questionner, investiguer
- Distraindre : a) faire de l'humour, b) changer de sujet
- Rester en retrait, silencieux
- Répéter bêtement les propos

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Buts et fonctions de l'empathie

- **Créer et solidifier une relation positive, une alliance avec le patient**
  - *procure un sentiment de support au patient*
  - *favorise la communication*
  - *ouvre la voie à des interventions plus directives*
- **Stimuler l'exploration de soi**
- **Vérifier sa compréhension**
- **Focaliser l'attention**
- **Réfréner le thérapeute**

*Egan (1990)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment être empathique?

- **Se donner à soi-même du temps pour penser, réfléchir :**
  - Quel est le message central que me transmet le patient?  
Comment le lui communiquer?
  - Que vais-je sélectionner dans ce qu'il m'a dit?
  - Vais-je affirmer ou questionner?
- **Employer des réponses brèves**
- **Ajuster ses réponses au client, à son contexte, son langage, tout en restant soi-même**

*Egan (1990)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Poser des questions ouvertes

- « Ne pensez-vous pas que cela irait mieux si vous arrêtiez de consommer du cannabis ? »
- « Ne croyez-vous pas que la meilleure solution pour vous aujourd'hui, c'est d'envisager d'aller dans un foyer ? »
- « Pensez-vous que le fait d'avoir arrêté vos médicaments juste à la sortie de l'hôpital vous a conduit à être réhospitalisé ? »

---

---

---

---

---

---

---

---

## Poser des questions ouvertes

- Anticiper la réponse pour éviter les réponses de type « oui - non »
- Employer des mots interrogatifs
  - Pourquoi ?
  - Comment ?
  - Qu'est-ce qui ?
  - Quel est? quels sont?
- Demander des explications, une opinion
  - Parlez-moi de...
  - Que pensez-vous de...

---

---

---

---

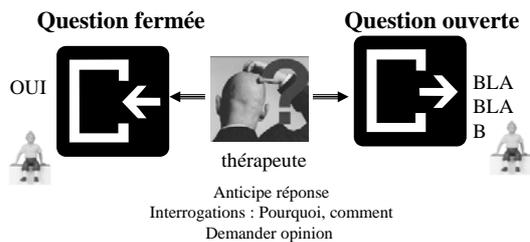
---

---

---

---

## Poser des questions ouvertes



---

---

---

---

---

---

---

---

## L'écoute empathique

- «Je n'imagine pas qu'un jour je pourrais me passer de la cigarette. Quand je rentre le soir chez moi, si je n'avais pas la possibilité de fumer une cigarette, je serais très nerveux.»
- «J'aimerais bien être capable de me prendre en charge complètement et ne pas ennuyer ma famille mais parfois je me sens si découragée que je ne peux pas m'empêcher de faire appel à eux.»

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'écoute empathique

L'émotion que j'entrevois  
dans ce qu'il me dit

Vous ressentez .....

Parce que .....

Ma théorie



---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment développer les contradictions?

- Favoriser la prise de conscience des conséquences négatives du statu quo
- Mettre en évidence les contradictions entre la conduite actuelle et les buts importants poursuivis par le patient
- Conduire le patient à présenter lui-même ses propres raisons de changer en l'interrogeant sur ses motifs de changement

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pour développer les contradictions

- Explorer les objectifs et buts de vie à court, moyen et long terme
- Aider à formuler des objectifs concrets en termes positifs
- Découvrir les contradictions entre les objectifs exprimés et les conduites actuelles
- Analyser les origines des contradictions et les mécanismes qui les soutiennent
- Faire expliciter les raisons de changer et les opposer aux raisons de ne pas changer

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les objectifs « SMART »

*En anglais*

**S** pecific

**M** easurable

**A** greed  
chievable

**R** ealistic  
elevant

**T** imed

*En français*

**S** pécifiques

**M** esurables

**A** agrées, accordés  
accessibles, appétitifs

**R** éalistes  
éliés aux objectifs globaux

**T** emporels, planifiés




---

---

---

---

---

---

---

---

## Développer les contradictions

- « Ce que je trouve le plus pénible avec la cigarette, c'est que je me rends bien compte que je ne peux pas m'en passer et que je dois toujours en avoir sur moi. Cette idée d'être dépendant de quelque chose m'agace car j'aime bien être libre. D'ailleurs dans la vie j'aime bien avoir le contrôle sur les choses qui me concernent. »
- « J'irai mieux dès que j'aurai retrouvé un emploi. Alors je serai actif, moins déprimé, je serai comme avant, comme avant que ma femme me quitte et parte avec les enfants. »

---

---

---

---

---

---

---

---

## Développer les contradictions

**Quels sont ses projets et en quoi ses conduites actuelles vont à l'encontre de ceux-ci?**



Je mange beaucoup



Je veux être mince et sportif

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment renforcer l'efficacité personnelle?

- Modifier les attentes du patient et du thérapeute de façon positive et réaliste
- Encourager à changer
- Ne pas laisser croire qu'on changera le patient
- Comprendre les échecs du passés pour y trouver des remèdes pour le futur
- Susciter une certaine automotivation

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'efficacité personnelle

PERSONNE → CONDUITE → RESULTAT

Attentes  
concernant  
son efficacité  
propre

SAVOIR COMMENT LE FAIRE

*Je suis capable  
d'adopter le  
comportement voulu*

Attentes  
concernant  
les résultats  
de l'action

SAVOIR QUOI FAIRE

*La conduite envisagée  
produit le résultat  
recherché*

Bandura (1986)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les propos automotivants

- **Prise de conscience du problème**
  - « c'est plus grave que je ne pensais »
- **Préoccupations par rapport au problème**
  - « ça m'inquiète vraiment, comment vais-je m'en sortir? »
- **Intentions explicites de changer**
  - « il faut maintenant que je me prenne vraiment en main »
- **Optimisme par rapport au changement**
  - « je peux le faire, je peux y arriver »

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Susciter des propos automotivants**

- **Encourager, renforcer les efforts et les succès**
- **Poser des questions ouvertes évocatrices d'arguments qui parlent en faveur du changement**
- **Pousser à l'extrême les préoccupations du patient ou les conséquences de ses problèmes**
- **Examiner le passé et l'avenir en fonction des valeurs et des buts de la personne**
- **Inverser les rôles. Demander au patient de jouer quelqu'un qui veut vous persuader qu'il faut changer**

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## **5. La gestion des résistances**

---

## Questions

- Comment définit-on la résistance dans le cadre de l'entretien motivationnel?
- Quelles sont les trois grandes catégories de stratégies « anti-résistance »?
- Quelles différences y a-t-il entre reflet simple, reflet amplifié et double-reflet?
- Que fait-on quand on recadre le discours de la personne?
- En quoi le fait de temporiser avec un patient peut-il être une manière de gérer sa résistance?
- Qu'est-ce qu'un accord avec rotation?

---

---

---

---

---

---

---

---

## La résistance au changement

- La résistance au changement ne signale pas forcément un trait définitif de personnalité.
- La résistance au changement correspond à un état psychologique transitoire.
- Elle peut résulter de l'interaction thérapeutique elle-même.
- L'état de résistance au changement peut être analysé et modifié.

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Manifestations de la résistance

- **Discussions, disputes**
  - Mise en doute des propos du thérapeute, dévalorisation du thérapeute, hostilité directe
- **Interruptions**
  - Prise de parole simultanée, coupures intempestives
- **Déni**
  - Reproches à autrui, rejet de la responsabilité, recherche de prétextes, d'excuses, sentiment d'impunité, minimisation, pessimisme, réticences
- **Indifférence**
  - Inattention, réponses à côté ou absence de réponse, changement de thème, essais de distraction

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment s'appuyer sur les résistances?

- Envisager toute résistance comme une manifestation normale inhérente à tout processus de changement
- Employer la résistance comme une ressource active utilisable à de nouvelles fins/perspectives
- Déboucher sur de nouvelles perspectives, les évoquer / proposer éventuellement, ne jamais les imposer
- Faire confiance aux ressources et à la créativité du patient
- Rester en dernier lieu permissif, accepter que le choix final revient au patient, lui laisser le contrôle

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Stratégies pour gérer les résistances

*ECOUTE REFLEXIVE*    *TEMPORISATION*    *RECADRAGES*

Le thérapeute reflète les propos du patient et met en évidence le désaccord, l'émotion sous-jacente ou l'ambivalence associés à la résistance

Le thérapeute temporise ou rassure par rapport à des éléments vécus comme menaçants vis-à-vis de la liberté personnelle

Le thérapeute offre un certain accord avec les propos du patient mais dans un contexte qui en change la signification

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Stratégies pour gérer les résistances

*ECOUTE REFLEXIVE*

- Reflet simple
- Reflet amplifié
- Double reflet

*TEMPORISATION*

- Changement de focus
- Accent sur le choix personnel et le contrôle

*RECADRAGES*

- Accord avec rotation
- Recadrage
- Paradoxe

Miller & Rollnick (1991)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Gérer la résistance : écoute réflexive

- **REFLET SIMPLE** - Montrer de la compréhension pour la difficulté à changer.
- **REFLET AMPLIFIÉ** - Exagérer la compréhension de la difficulté à changer.
- **DOUBLE REFLET** - Montrer sa compréhension de l'ambivalence.

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Gérer la résistance : temporisation, réassurance

- **CHANGEMENT DE FOCUS** - Changer de sujet, parler d'autre chose.
- **CHOIX ET CONTRÔLE PERSONNEL** - Laisser le patient décider ce qui est bon pour lui, lui montrer qu'on l'aide à y réfléchir, mais qu'on ne l'oblige à rien.
- **ACCEPTATION** - Accepter que le patient ne change pas sur ce point, voir si on peut parler avec lui d'un autre problème qui mériterait attention.

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Gérer la résistance : recadrages

- **ACCORD AVEC ROTATION** - Donner son accord par rapport à certains éléments du discours tout en formulant des réserves finales qui ouvrent la réflexion.
- **RECADRAGE** - Réinterpréter autrement des informations utilisées par le patient pour nier l'existence d'une problématique.
- **PARADOXE** - Mettre le patient dans une position telle que, quoi qu'il fasse, son action sera bénéfique pour lui, même s'il s'oppose ou résiste aux instructions thérapeutiques.

*Miller & Rollnick (1991)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### Effectuons un accord avec rotation

- « Vous n'avez jamais vécu dans un foyer. Vous ne pouvez pas comprendre comme c'est difficile. »
- « Cela ne sert à rien que je raconte encore une fois toute mon histoire. Je la connais. Je l'ai déjà fait avec des tas de thérapeutes, et ça n'a jamais abouti à quelque chose d'utile pour moi. »

---

---

---

---

---

---

---

---

### Accord avec rotation

Je dis d'abord oui

**Yes!**

Puis j'ouvre la réflexion...



---

---

---

---

---

---

---

---

### Essayons de recadrer

- « Ce sont les médicaments qui m'assomment. Avant, je ne les avais pas et cela allait beaucoup mieux. Aujourd'hui, je les prends et je me sens tout le temps fatigué. »
- « Vous avez toujours de bons conseils, mais sur le moment ils ne servent à rien, je suis emporté par mes émotions et je ne pense plus à ce que vous m'avez dit. Je me demande même parfois si votre thérapie me sert vraiment à quelque chose. »

---

---

---

---

---

---

---

---

## Recadrer

Je reprends une information qu'il m'a donnée



Puis je l'utilise à ma sauce...



---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. Bibliographie

### Références bibliographiques

- Bandura, A. (1986). Self-efficacy. In *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory* (pp. 390-453). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Cungi, C. (2000). *Faire face aux dépendances*. Paris : Editions Retz.
- Egan, G. (1990). *The Skilled helper. A systematic approach to effective helping*. Pacific Grove : Brooks & Cole.
- Miller & Rollnick (1991). *Motivational Interviewing*. New York : Guilford Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Di Clemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York : Quill.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York : Random House.