

L'intervention de groupe auprès de patients hospitalisés au Service de médecine des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, une expérience novatrice

Jean-Castel Jean-Baptiste, T.S., M.Sc., Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Jean-castel.jean-baptiste.chum@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ :

Depuis des décennies, l'intervention de groupe est utilisée comme méthode d'aide dans divers milieux de pratique. Les travailleurs sociaux et autres professionnels ont recours de plus en plus à ce mode d'intervention pour œuvrer efficacement auprès des personnes ayant des problèmes d'ordre personnel et social semblables. Ce récit de pratique présente une expérience de travail de groupe au centre hospitalier de l'Université de Montréal auprès de patients aux prises avec un diagnostic de toxicomanie et de santé mentale dans laquelle la méthode de groupe est combinée à l'approche d'entretien motivationnel. Les défis liés à ce type d'intervention, les bénéfices pour les participants, les stratégies de l'entretien motivationnel mises en œuvre ainsi que les apprentissages y sont illustrés.

MOTS-CLÉS :

Travail de groupe, approche d'entretien motivationnel, toxicomanie, santé mentale

25

INTRODUCTION

Depuis des décennies, l'intervention de groupe est utilisée au Québec et ailleurs comme levier de changement dans plusieurs milieux de pratique (Paquette, 2015). La principale organisation professionnelle pour les travailleurs sociaux intéressés par le travail social de groupe, nommée Association for the Advancement of Social Work with Groups (AASWG), note que « partout dans le monde, les groupes mis sur pied par les travailleurs sociaux permettent de répondre à des besoins humains pressants et servent par leur action à promouvoir la santé, la justice sociale et l'apprentissage¹ ».

Turcotte et Lyndsay (2008) distinguent plusieurs événements dans la consolidation de ce type d'intervention, à partir de sa naissance dans les *settlement houses* au tournant du XIX^e siècle. À ce titre, une recension de littérature effectuée à l'initiative de Steinberg (2008) indique qu'historiquement, ce mode d'intervention a pris naissance dans les centres communautaires (*settlement houses*) en Angleterre avant de s'étendre en Amérique du nord. Ces centres londoniens étaient aux prises avec des problèmes sociaux liés à l'industrialisation ayant marqué la fin du XIX^e siècle. Dès le début, les pionniers du travail de groupe ont réalisé que l'aide mutuelle était la meilleure façon de promouvoir le changement (Steinberg, 2008 : 16).

1. Voir www.aaswg.org/about-aaswg.

Dès les années 1930, l'intervention de groupe est introduite aux États-Unis dans les programmes d'études universitaires. L'American Association for the Study of Group Work (AASGW) est créée en 1936. À la fin des années 1970 est organisé le premier symposium international en intervention de groupe, et en 1979 est fondée l'Association for the Advancement of Social Work with Groups, qui deviendra l'American Association for Social Work with Groups (AASWG) puis l'International Association for Social Work with Groups (IASWG). La phase de consolidation de l'intervention de groupe se situe dans les années 1980. En outre, Ormont (2000), cité par Bertheau (2006), prédit la prépondérance du travail en groupe sur l'intervention individuelle au cours du XXI^e siècle.

Il existe plusieurs appellations désignant cette méthode d'intervention : travail de groupe (Steinberg, 2008), intervention sociale auprès des groupes (Turcotte et Lindsay, 2008), travail social de groupe ou service social des groupes (Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 1996), intervention de groupe (Paquette, 2015). De son côté, Bertheau (2006) définit l'intervention de groupe comme :

« [...] un processus d'aide auprès d'un groupe restreint (5 à 20 personnes) qui s'appuie sur les propriétés actives présentes à l'intérieur du groupe comme élément de stimulation du changement personnel, de groupe et social. C'est une action consciente et volontaire animée par un professionnel utilisant une démarche structurée ou non qui vise à aider les membres et le groupe à satisfaire leurs besoins socio-émotifs, à réaliser leurs buts et à acquérir du pouvoir dans le respect des droits et des responsabilités de chacun. Cette action repose sur les théories, les concepts, les méthodes, les habiletés et les techniques particulières à ce mode d'intervention. » (Bertheau, 2006 : 25)

Laventure, pour sa part, montre que l'intérêt de l'intervention de groupe réside dans la force du regroupement :

« [...] qu'il s'agisse d'éducation, de thérapie ou de soutien, le groupe représente une modalité d'intervention qui tire sa force du regroupement d'individus partageant des difficultés comparables, mais aussi du dynamisme interactif qui permet à ces individus de s'identifier aux autres. » (Laventure, 2015 : 25)

L'expansion du travail social de groupe au Québec

Au Québec, Simone Paré est considérée comme une pionnière québécoise dans le domaine. En son hommage, la « Journée Simone Paré » est soulignée à l'école de travail social et de criminologie de l'Université Laval depuis 1992 (Létourneau, 1999). Dans la foulée de ses travaux, pour favoriser la diffusion des connaissances en matière de travail de groupe, la revue *Intervention*, publiée par l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), a fait paraître en 1996 un numéro thématique intitulé « Pratiques en service social des groupes et nouvelles réalités sociales ». S'inspirant de l'IASWG, l'OTSTCFQ a publié en 1998 un autre document intitulé « Normes de pratique pour le travail social de groupe », qui visait à baliser cette pratique en développement. En 2010, 250 intervenants et chercheurs de 11 pays étaient réunis à Montréal pour le 32^e symposium international sur le travail social de groupe. De nos jours, cette méthode d'intervention est enseignée dans la plupart des écoles de travail social québécoises. Par ailleurs, ce mode d'intervention est pratiqué depuis des années dans différents milieux et auprès d'une clientèle diversifiée, allant d'enfants aux prises avec un trouble déficitaire de l'attention (Verret et Massé, 2015) et d'adolescentes victimes d'agression sexuelle (Paquette, 2015) jusqu'aux adultes autochtones ayant été placés dans des familles non autochtones durant l'enfance (Laliberté, 2015).

Le groupe motivationnel du Service de médecine des toxicomanies (SMT) du CHUM

Le SMT est reconnu pour son expertise de plus de trente ans dans les sevrages complexes et le traitement de multiples comorbidités associées à la toxicomanie. Une équipe interdisciplinaire composée de médecins omnipraticiens, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychiatres et d'ergothérapeutes est à l'œuvre dans ce service. Sur le même étage sont accueillis 10 patients nécessitant un sevrage sous surveillance médicale continue admis au SMT et 8 à double diagnostic aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. L'intervention de groupe a été introduite au SMT vers 2011 et constitue une expérience novatrice dans cette unité de soins. Son objectif est d'aider les participants à s'entraider mutuellement, à développer ou renforcer leur motivation, à faire face à l'ambivalence et à se concentrer sur les changements positifs qu'ils veulent entreprendre. Il s'agit d'un groupe ouvert. À ce titre, comme le mentionne Steinberg :

« Les groupes ouverts permettent de répondre à un éventail de besoins dans divers milieux de pratique, particulièrement ceux où les arrivées et les départs sont fréquents. Il en est ainsi pour les milieux médicaux et psychiatriques, qui exigent ce type de structure; les groupes de personnes malades ou de soutien à la famille, tout comme les personnes en suivi externe, sont habituellement ouverts. » (Steinberg, 2008 : 237-238)

L'intervention de groupe est coanimée par deux professionnels de formation complémentaire, soit un ergothérapeute et un travailleur social spécialisés dans ce type d'intervention. Il s'agit d'un groupe hebdomadaire offrant une séance d'intervention de 90 minutes à tous les participants. Chaque rencontre comprend diverses étapes : la préparation, la sélection des patients, la présentation individuelle, les règlements, le développement du sujet, la planification, l'évaluation et la question finale. Pour constituer la liste des participants potentiels, la contribution des membres de l'équipe traitante, particulièrement des infirmières, est nécessaire. Ensuite, les deux coanimateurs font la tournée des chambres pour inviter les patients sélectionnés.

Plusieurs thèmes sont abordés dans le cadre de l'intervention de groupe, dont les suivants : comprendre son problème de consommation; faire l'exercice de la balance décisionnelle; se poser quatre bonnes questions pour envisager sa vie sans consommation.

Travail de groupe et entretien motivationnel

Ce travail de groupe s'inscrit dans la démarche de l'entretien motivationnel, un style de conversation où le client, plutôt que le clinicien, exprime les arguments en faveur du changement (Arkowitz, Miller et Rollnick, 2013). Utilisé au départ dans le traitement des problèmes d'alcool, l'entretien motivationnel (EM) s'applique de plus en plus à des problèmes tels que la consommation de drogue, la dépendance au jeu, les troubles alimentaires et les situations de violence conjugale, pour ne nommer que ceux-là (Arkowitz, Miller et Rollnick, 2013; Wagner et Ingersoll, 2015). Selon Wagner et Ingersoll, « l'EM vise à intensifier l'intérêt et l'énergie pour le changement, à apaiser les réticences et à contourner les défenses naturelles qui freinent le changement » (2015 : 39).

Plusieurs stratégies de l'EM sont mises en œuvre dans le cadre de ce groupe, dont la collaboration, l'évocation et la valorisation. Dans l'esprit de l'EM, la collaboration vise à établir un « partenariat coopératif et collaboratif entre le patient et le soignant » (Rollnick, Miller et Butler, 2009) au lieu d'une relation de pouvoir asymétrique. L'évocation consiste à faire émerger du patient

ses raisons pour le changement, alors que la valorisation reconnaît l'autonomie et la capacité du patient à faire des choix mêmes contraires à ceux du soignant (Rollnick, Miller et Butler, 2009).

Dans le cadre de l'intervention de groupe mise en œuvre dans notre service, des stratégies de l'EM sont appliquées dès le premier contact avec les participants, telles que l'engagement visant à développer une relation de travail collaborative avec les participants ainsi que la focalisation pour contrer la résistance naturelle au changement et l'ambivalence. Dans la salle où se déroule l'intervention, participants et coanimateurs s'assoient autour d'une table. Au début du groupe, chaque participant, y compris les coanimateurs, nomme son prénom et exprime le sentiment prédominant qu'il ressent. Cette activité brise-glace vise à détendre l'atmosphère et à installer une relation de confiance au sein du groupe. Par la suite, des consignes sont proposées : la confidentialité, l'importance pour chaque participant de parler à la première personne du singulier, le respect des opinions mêmes contraires à la sienne et la participation volontaire.

Une deuxième activité s'ensuit. Elle consiste à dessiner des échelles afin de mesurer l'importance que les participants accordent au changement qu'ils veulent effectuer. Par la suite, chaque participant choisit un chiffre et met ses initiales à côté (0 équivaut au *statu quo*, alors que 10 signifie une motivation élevée en ce qui a trait au changement). L'exercice permet aux participants de visualiser les chiffres et de justifier leur choix. Les coanimateurs interviennent très peu, sinon pour résumer les discours de changement qu'ils ont entendus. Nous appliquons ainsi cette stratégie que les experts en EM appellent le processus de l'évocation : « L'évocation implique que l'on s'enquiert et que l'on soit curieux de ce que les clients perçoivent comme des raisons valables de changement » (Arkowitz, Miller et Rollnick, 2013 : 264).

Par la suite, le sujet est présenté. Pour obtenir un consensus autour de la thématique, les participants sont invités à réagir et à clarifier tout doute éventuel. Si des questions persistent après l'exercice, elles sont redirigées vers le groupe. Les coanimateurs n'agissent pas en experts mais en facilitateurs. Ils prennent peu de place dans la discussion et laissent les participants évoquer tant les raisons que les situations qui justifient leur manière de consommer. Il ne s'agit pas d'imposer un rythme de changement, mais de travailler avec eux, là où ils en sont, sur les changements qu'ils veulent mettre en place. C'est ce que Arkowitz, Miller et Rollnick (2013) appellent le processus de « focalisation qui consiste à explorer les changements que les personnes sont prêtes à envisager et de développer ensuite ces objectifs convenus ». Un participant peut décider d'arrêter l'usage de substance psychoactive, mais s'opposer catégoriquement à l'arrêt du tabac. Un autre peut être prêt à tout arrêter et à entreprendre une thérapie, alors qu'un troisième peut se montrer réticent à l'idée d'envisager quoi que ce soit à sa sortie de l'hôpital.

Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier la consommation, dont les suivantes : avoir du plaisir, mieux dormir, diminuer le stress, être plus performant sexuellement, se dégèner, oublier ses problèmes, se calmer, se relaxer et socialiser. Certaines conséquences sont également abordées : les problèmes de santé mentale et physique, la rupture avec la famille, la perte d'emploi, l'absentéisme au travail, les problèmes de justice, la criminalité, l'incarcération, la perte de logement, l'itinérance, les problèmes financiers, la diminution de la qualité de vie, l'isolement social, la diminution de l'estime de soi, etc. Lorsque nous demandons aux participants d'établir un lien entre les causes et les conséquences de leur consommation, ils arrivent à un constat : les satisfactions et les plaisirs que procurent les substances sont éphémères, alors que leurs conséquences sont permanentes. Pour les inciter à tourner leur regard vers l'avenir, les deux coanimateurs formulent des questions ouvertes de ce type : « Supposez que vous ne faites aucun changement dans votre manière de consommer, comment envisagez-vous votre vie dans 1 ou 2 ans ? », « Comment aimeriez-vous que votre vie soit différente dans 12-18 mois ? », « Est-ce que vous voyez des inconvénients dans une vie avec ou sans drogue? »

La planification pour l'avenir

La planification, c'est l'étape durant laquelle la motivation à l'égard d'un changement est jugée suffisante. Elle consiste « à déterminer quelles sont les meilleures façons de procéder au changement » (Arkowitz, Miller et Rollnick, 2013 : 266). À cette phase, les usagers sont prêts à passer à l'action; l'ambivalence par rapport au changement est censée être résolue. « L'attention passe du “pourquoi changer” à “comment changer” » (Wagner et Ingersoll, 2015 : 67). Pour les aider à explorer à quel point ils sont déterminés, nous effectuons une récapitulation des décisions qu'ils ont prises et les invitons à choisir un ou deux objectifs pour amorcer le changement. Ces objectifs peuvent être de pratiquer l'abstinence, faire des exercices, recontacter son intervenant, manger sainement, aller en thérapie, réduire sa consommation, couper les liens avec des pairs consommateurs, reprendre contact avec sa famille, déménager, obtenir sa carte de bibliothèque, jouer de la musique, adopter des nouvelles habitudes de vie, etc. Nous pouvons aussi leur présenter l'échelle de confiance de 0-10 pour les aider à évaluer leur confiance en eux, où 0 signifie « pas du tout confiant » et 10 « très confiant ». Chaque rencontre de groupe se termine par un résumé des objectifs, des discours de changement et des plans, ainsi que par une question finale : qu'est-ce que vous avez retenu du groupe?

Les deux défis de notre expérience de groupe

Nous nous attardons ici aux deux principaux défis liés à cette expérience comme clinicien. Le premier concerne le caractère imprévisible des émotions émanant du groupe, qu'il convient pourtant de gérer. En travail de groupe, la gestion des émotions est souvent plus difficile : étant donné que les individus expriment devant les autres leurs propres vécus par rapport à leur expérience de consommation, la peur d'être jugé est omniprésente, et ce, malgré les ressemblances entre les histoires des uns et des autres. Ainsi, même le ton de la voix peut provoquer de la résistance. Dans la philosophie de l'EM, les animateurs ne sont pas des experts qui dirigent des patients passifs vers des objectifs ou des choix qu'ils croient être bons pour eux, mais des guides qui misent sur des échanges actifs et collaboratifs : « L'EM passe aussi par un certain niveau de détachement de ses propres objectifs – non pas une absence de préoccupation pour l'autre mais plutôt une acceptation que les gens peuvent faire des choix en ce qui concerne leur propre vie » (Rollnick, Miller et Butler, 2009 : 17). Dans ce cas, trouver le mot convenable pour faire face à ces émotions sans perdre de vue les quatre principes structurants de l'EM (à savoir éviter le réflexe correcteur, explorer et comprendre les motivations du participant, l'écouter avec empathie et l'encourager) est un grand défi. L'autre difficulté concerne la manière de mener ce style de conversation sur le changement avec les participants dans l'esprit de l'EM. Le style de conversation, ici, « fait référence à une attitude et à une approche de l'intervention auprès des patients, une façon de parler avec eux qui caractérise la relation que vous nouez » (Rollnick, Miller et Butler, 2009 : 25). À cet effet, les arguments en faveur du changement doivent être apportés par les usagers et non par le clinicien. Il devient en outre difficile d'équilibrer les objectifs du clinicien censé être « non directif » avec ceux parfois divergents des usagers, d'autant plus qu'il s'agit de renoncer à des comportements dommageables pour la santé, comme la consommation de drogues et d'alcool.

Il n'existe pas de recette magique pour surmonter ces défis, mais notre expérience nous montre qu'il est possible d'apaiser l'atmosphère, de susciter de l'espoir et de faire émerger du patient le changement de comportement nécessaire en adoptant diverses stratégies, dont les suivantes : faire preuve d'une compréhension empathique, créer un climat de confiance, développer son intuition pour percevoir les indices verbaux et non verbaux suggérant des états émotionnels, offrir une bonne écoute et refléter les pensées et les émotions, et ce, sans porter de jugement.

Les bénéfiques pour les participants

Les réponses obtenues des participants au fil des années témoignent sans équivoque de l'utilité du groupe. Elles évoquent le sentiment de réconfort qu'ils éprouvent pendant et après chaque groupe; l'entraide mutuelle qu'ils disent ressentir; le fait qu'ils ne se sentent pas jugés dans le groupe; le sentiment de confiance; l'accroissement de leur estime de soi (*je vois que je ne suis pas juste un alcoolique, un rien; je réalise que je n'ai pas toujours été comme ça*); la diminution du sentiment d'isolement (*je vois que je ne suis pas tout seul; il y a des gens comme moi*); la prise de conscience que d'autres personnes ont des objectifs de changement; le fait d'entendre que d'autres ont parfois échoué sans se laisser décourager. De façon générale, les participants ont une opinion positive du groupe. Ils croient qu'il renforce leur pouvoir d'agir (l'empowerment) et les aide à amorcer le changement par le déploiement d'énergie positive (*je veux redevenir la personne que j'étais avant; je sens que je suis capable*). Les encouragements exprimés par les uns et les autres (*je me sens motivé pour arrêter, aller en thérapie; je veux redevenir celle que j'étais avant; cette belle femme*) leur permettent de réajuster leurs comportements. C'est aussi un lieu où sont discutés des sujets tabous qu'ils n'oseront pas aborder en intervention individuelle. Aussi, il n'est pas rare de constater que certains patients qui n'avaient aucun plan avant leur participation au groupe décident d'aller en thérapie, veulent s'engager dans un suivi externe ou choisissent de s'impliquer dans le groupe des alcooliques anonymes ou des narcotiques anonymes.

CONCLUSION

Ce récit de pratique rend compte de notre expérience d'intervention de groupe en contexte clinique. Il illustre les bénéfiques pour les participants (renforcement de la motivation pour le changement de comportement, augmentation de l'estime de soi, sentiment d'être moins isolé, entraide mutuelle), les défis pour les coanimateurs ainsi que les différentes stratégies de l'EM mises en œuvre pour faire émerger des participants l'arrêt de comportements dommageables pour leur santé et leur bien-être. Introduite au CHUM en 2011, l'intervention de groupe est maintenant solidement implantée au sein de l'équipe. Sept ans plus tard, ce mode d'intervention innovateur est même devenu une référence en la matière, puisque plusieurs autres groupes utilisant d'autres approches sont nés au cours de la dernière année.

Outre ces résultats positifs, ce travail de groupe sert de lieu d'apprentissage permettant à des stagiaires en service social et en ergothérapie de se familiariser avec cette méthode. Notre expérience porte à croire que l'intervention de groupe peut être utilisée au même titre que l'intervention individuelle. Selon Desrosiers et Ménard (2010), cités par Berteau, Camiré et Lussier (2012), « l'intervention de groupe est pratiquée dans 93,8 % des centres de réadaptation en dépendance (CRD). Son efficacité est comparable à l'intervention individuelle ». Comme méthode d'intervention, le groupe est plus efficace pour certaines clientèles, en particulier les plus vulnérables, notamment celles aux prises avec des troubles de santé mentale graves et de toxicomanie où le changement de comportement est déterminant pour la stabilisation de l'état de santé. « Au XXI^e siècle, les soins consistent de plus en plus en une prise en charge sur le long terme et par conséquent des changements de comportement, c'est-à-dire de ce que peuvent faire les gens pour améliorer leur santé » (Rollnick, Miller et Butler, 2009 : 12). Afin de promouvoir le bien-être et les changements de comportement nécessaires à la santé globale, nous pensons qu'il sera bénéfique, dans le contexte actuel, d'avoir recours à l'intervention de groupe dans divers milieux comme outil de traitement, de sensibilisation, d'information et de prévention auprès d'individus faisant face à des problèmes d'ordre personnel, social et émotionnel semblables.

ABSTRACT:

For decades, group intervention has been used as a means of assistance in various practice settings. Social workers and other professionals are increasingly using this method of intervention to work effectively with people experiencing similar personal and social problems. This practice narrative presents a group work experience at the Centre hospitalier de l'Université de Montréal involving patients with a substance abuse and mental health diagnosis where the group method has been combined with the motivational interview approach. The challenges associated with this type of intervention, the benefits for participants, the motivational interview strategies implemented, and the learning opportunities are illustrated.

KEYWORDS:

Group work, motivational interview approach, addiction, mental health

RÉFÉRENCES

- Arkowitz, H., Miller, W. R. et S. Rollnick (sous la dir.) (2013). *Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale*, Paris : InterEditions.
- Berteau, G. (2006). *La pratique de l'intervention de groupe : perceptions, stratégies et enjeux*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Berteau, G., Camiré, M. et S. Lussier (2012). *La pertinence et l'efficacité de l'intervention de groupe*. En ligne : https://www.levirage.qc.ca/medias/uploads/2012/06/EfficaciteInterventiondeGroupe_SophieLussier_Colloque2012.pdf.
- International Association for Social Work with Groups (IASWG). En ligne : <https://www.iaswg.org/>.
- Laliberté, A. (2015). « Favoriser la guérison personnelle et de groupe à travers l'augmentation du pouvoir d'agir : l'exemple du programme Family Wellbeing » : 221-235, dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (sous la dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe*, Boucherville : Béliveau.
- Laventure, M. (2015). « Avant-propos » : 25-26, dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (sous la dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe*, Boucherville : Béliveau.
- Létourneau, D. (1999). *La pratique d'évaluation en service social de groupe*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval pour l'obtention du grade de maîtrise en service social.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2010). *Normes de pratique pour le travail social de groupe*. En ligne : <https://otstcfq.org/docs/default-source/cadres-et-guides-de-pratique/normes-pratique-ts-de-groupe-final.pdf?sfvrsn=2>.
- Paquette, G. (2015). « Programme d'intervention de groupe visant à réduire les conséquences des agressions sexuelles subies par les adolescentes » : 143-173, dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (sous la dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe*, Boucherville : Béliveau.
- Rollnick, S., Miller, W. R. et C. C. Butler (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*, Paris : InterEditions-Dunord.
- Steinberg, D. M. (2008). *Le travail de groupe. Un modèle axé sur l'aide mutuelle*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Turcotte, D. et J. Lindsay (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*, 2^e édition, Montréal : La Chenelière Éducation.
- Verret, C. et L. Massé (2015). « Un programme d'entraînement aux habiletés sociales qui répond aux besoins des enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité » : 77-91, dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (sous la dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe*, Boucherville : Béliveau.
- Wagner, C. et K. Ingersoll (2015). *Pratique de l'entretien motivationnel en groupe*, Paris : InterEditions.