

# Contribution des modèles de changement du comportement à l'intervention psychosociale

## Models of behaviour change: Contribution to psychological treatment

Marie-Josée Letarte et Sylvie Normandeau

Volume 37, numéro 1, 2008

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097008ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097008ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Letarte, M.-J. & Normandeau, S. (2008). Contribution des modèles de changement du comportement à l'intervention psychosociale. *Revue de psychoéducation*, 37(1), 77–95. <https://doi.org/10.7202/1097008ar>

Résumé de l'article

L'objectif de ce texte est de décrire la façon dont notre compréhension des modèles de changement du comportement peut contribuer à l'amélioration de l'implantation et de l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes. Plusieurs auteurs sont d'avis qu'il faut s'intéresser à la façon dont les individus modifient leur comportement afin d'améliorer l'efficacité clinique des interventions psychosociales. Des modèles de changement du comportement existent déjà, le plus populaire étant le modèle transthéorique. Ce modèle propose des stades et des mécanismes de changement du comportement. Toutefois, il a principalement été appliqué à des comportements liés à la santé physique. Deux autres modèles, le modèle d'assimilation et celui de médiation causale proposent également une trajectoire de changement et ont été appliqués à des problèmes plus affectifs. Dans un premier temps, les trajectoires et les mécanismes de changement proposés par chacun des modèles sont présentés puis la complémentarité de ces modèles est mise en évidence. Finalement, l'apport de ces modèles est décrit en lien avec l'engagement et la persévérance des participants dans un programme d'intervention psychosociale, le type d'intervention à privilégier auprès de différents individus et l'évaluation de l'efficacité des programmes d'intervention.

# Contribution des modèles de changement du comportement à l'intervention psychosociale

## Models of behaviour change : Contribution to psychological treatment

**M.-J. Letarte<sup>1</sup>**  
**S. Normandeau<sup>2</sup>**

1. Université de Sherbrooke
2. Université de Montréal

Adresse de correspondance:  
Marie-Josée Letarte  
Université de Sherbrooke,  
Département de  
Psychoéducation  
2500 boul. de l'Université  
Sherbrooke (Québec)  
J1K 2R1  
Tél. (819)821-8000  
poste 61338  
MarieJosee.Letarte@  
USherbrooke.ca  
sylvie.normandeau@  
umontreal.ca

### Résumé

*L'objectif de ce texte est de décrire la façon dont notre compréhension des modèles de changement de comportement peut contribuer à l'amélioration de l'implantation et de l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes. Plusieurs auteurs sont d'avis qu'il faut s'intéresser à la façon dont les individus modifient leur comportement afin d'améliorer l'efficacité clinique des interventions psychosociales. Des modèles de changement de comportement existent déjà, le plus populaire étant le modèle transthéorique. Ce modèle propose des stades et des mécanismes de changement de comportement. Toutefois, il a principalement été appliqué à des comportements liés à la santé physique. Deux autres modèles, le modèle d'assimilation et celui de médiation causale proposent également une trajectoire de changement et ont été appliqués à des problèmes plus affectifs. Dans un premier temps, les trajectoires et les mécanismes de changement proposés par chacun des modèles sont présentés puis la complémentarité de ces modèles est mise en évidence. Finalement, l'apport de ces modèles est décrit en lien avec l'engagement et la persévérance des participants dans un programme d'intervention psychosociale, le type d'intervention à privilégier auprès de différents individus et l'évaluation de l'efficacité des programmes d'intervention.*

**Mots clé:** processus de changement, stades, mécanismes, intervention psychosociale

### Abstract

*This paper discusses the contribution of models of behaviour change to the improvement of the clinical effectiveness of psychosocial interventions with adults. The transtheoretical model describes stages and mechanisms of behaviour change and is the most popular among models of behaviour change. This model has been mainly applied to the study of behaviour changes related to physical health. Two other*

*models developed in the context of the study of behaviour changes in individuals with emotional problems, the model of assimilation and the model of causal mediation of change also describe trajectories of change. This paper highlights how these three models complement each other in their analysis of trajectories and mechanisms of change. Implications of these models for improving the involvement, perseverance and commitment of participants at different stages of change in a psychosocial intervention program, and for the evaluation of the effectiveness of the intervention programs are discussed.*

**Key words: processes of change, stages, mechanisms, psychosocial interventions**

De nombreuses recherches vérifient l'efficacité des programmes d'interventions psychosociales auprès d'adultes et des méta-analyses démontrent que ces programmes sont plus efficaces qu'une absence d'intervention et ce, pour une variété importante de problématiques comportementales (Kazdin, 1995). Toutefois, plusieurs auteurs, comme Kazdin (1995, 1997, 1999; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998), Weisz (Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001), Greenberg (1991, 1994, 1995, 1999) et Doss (2004) estiment que pour améliorer l'efficacité des interventions, il faut aller au-delà de l'évaluation de l'efficacité des programmes et identifier les individus auprès de qui ils sont efficaces et les facteurs contribuant au changement individuel. De meilleures connaissances au sujet de la trajectoire que suivent les individus qui modifient leur comportement et des facteurs susceptibles de favoriser ce changement permettraient d'améliorer l'efficacité clinique des interventions psychosociales, de favoriser les interventions ciblant les ingrédients actifs au niveau du changement comportemental, d'adapter l'intervention aux individus spécifiques à qui s'adresse le programme et de favoriser les interventions cohérentes avec les modèles théoriques de changement du comportement. L'objectif de ce texte est donc de décrire la façon dont des modèles de changement du comportement peuvent contribuer à l'amélioration de l'implantation et de l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes.

Le modèle de changement du comportement le plus populaire est le modèle transthéorique (MTT; Prochaska & DiClemente, 1983; 485 références dans psychINFO). Au terme de recensions critiques, plusieurs auteurs concluent que ce modèle est le plus complet, le plus étudié, celui qui a été appliqué à la plus grande variété de comportements et celui qui est le plus utilisé pour l'intervention clinique (Armitage & Conner, 2000; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000; Whitelaw, Baldwin, Bunton, & Flynn, 2000). Ce modèle a été principalement appliqué à des comportements liés à la santé physique comme le tabagisme, l'alcoolisme, la nutrition et l'activité physique, ce qui constitue déjà une limite à son application à l'intervention psychosociale. Nous avons donc cherché d'autres modèles décrivant la trajectoire et les mécanismes de changement du comportement individuel, appliqués à des problématiques sociales plus proches des intérêts des intervenants psychosociaux. Deux modèles ont été appliqués à l'étude du changement de comportements présentant une dimension affective chez des adultes et ont aussi fait l'objet de vérifications empiriques, soit le modèle d'assimilation (MA; Stiles, Morrison, Haw, Harper, Shapiro, & Firth-Cozens, 1991) et le modèle de médiation causale aussi appelé modèle par phases (MMC; Howard, Lueger, Maling, &

Martinovich, 1993). Dans un premier temps, les trajectoires et les mécanismes du changement qui sont proposés par ces trois modèles sont présentés puis la complémentarité de ces modèles est mise en évidence. Finalement, l'apport de ces modèles est décrit en lien avec l'engagement et la persévérance des participants dans un programme d'intervention psychosociale, le contenu clinique à privilégier en fonction des individus à qui s'adresse le programme et l'évaluation de l'efficacité de ces programmes.

## **Présentation des Modèles de Changement du Comportement**

### *Modèle transthéorique*

Le MTT (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) décrit des stades de changement des comportements reliés à la santé physique et suggère des mécanismes sous-jacents à ce changement. Pour élaborer ce modèle, les auteurs ont fait une analyse des principales approches thérapeutiques réputées efficaces pour en extraire les similarités (Prochaska, 1979 dans Prochaska, 1995). Par la suite, ils ont observé des individus qui parviennent à modifier leur comportement sans participer à une psychothérapie, afin de confirmer leur analyse théorique.

Selon le MTT, la modification d'un comportement s'effectue en cinq stades, chacun étant défini par les intentions de changer et les comportements de l'individu en regard du problème visé (Prochaska et al., 1992). Au départ, l'individu ne perçoit pas qu'il a un comportement inapproprié et n'exprime donc aucune intention de changer ce comportement (stade 1: préquestionnement). Peu à peu, cependant, il se questionne, reconnaît qu'il a un problème et envisage de modifier son comportement (stade 2: questionnement). À ce stade, il pèse les avantages et les inconvénients à changer mais perçoit plus d'avantages à maintenir son comportement problématique. Éventuellement, il prend la décision qu'il serait temps de changer et recherche des moyens ou des stratégies pour poser bientôt des actions concrètes vers le changement (stade 3: préparation). Par la suite, l'individu investit considérablement de temps et d'énergie dans la mise en application des stratégies qu'il a choisies dans le but de remédier à son problème (stade 4: action). Lorsque l'individu a modifié son comportement, le processus n'est pas terminé et il travaille toujours à consolider les gains qu'il a faits (stade 5: maintien). Finalement, pour certains comportements, l'individu atteindra un sixième stade, au terme d'un minimum de 5 ans de maintien du nouveau comportement. Il a alors une confiance absolue qu'il ne reprendra jamais plus son ancien comportement (stade 6: conclusion; Prochaska, 1995). Les trois premiers stades se caractérisent par une grande ambivalence à l'égard du changement. Ils sont plus cognitifs et axés sur l'intention de changer. Les stades suivants sont davantage associés à l'engagement dans le changement et sont plus comportementaux.

Le MTT a d'abord été élaboré dans le cadre d'études sur le tabagisme (Prochaska et al., 1992), puis la séquence de changement a été étudiée en lien avec d'autres comportements reliés à la santé physique comme l'alcoolisme, la nutrition et l'activité physique (Prochaska et al., 1994), et plus récemment avec des comportements comme les conduites délinquantes à l'adolescence (Fiore-Lerner,

1990 dans Prochaska et al., 1994), les comportements suicidaires (Coombs et al., 2002), la violence conjugale (Levesque, 1999; Rondeau, Lindsay, Brochu, & Brodeur, 2005) et la maltraitance parentale (Jones, 2000). Dans le cadre de la validation du MTT, de nombreuses études transversales ont vérifié la relation entre le classement dans les stades du MTT et diverses variables. Quelques études utilisent des questionnaires comme le URICA (University of Rhode Island Change Assessment) pour étudier les stades. Toutefois, la plupart des auteurs classent les individus à partir de leur réponse à une question unique portant sur leur intention de modifier leur comportement et sur les actions qu'ils accomplissent en ce sens (échelle de type Likert: l'individu n'a pas du tout l'intention de changer, pense changer dans moins de 6 mois, dans moins d'un mois, a changé depuis moins de 6 mois ou depuis plus de 6 mois). Ces études démontrent que la population se répartit dans les différents stades pour différents comportements (DiClemente et al., 1991; Kristal, Glanz, Curry, & Patterson, 1999; Prochaska et al., 1994). Par ailleurs, elles démontrent que le classement dans les stades est associé à la perception des avantages et des inconvénients au changement (balance décisionnelle) et au sentiment d'auto-efficacité (DiClemente, Prochaska, & Gibertini, 1985; Jones, 2000). Le classement est également associé à une variété d'autres indicateurs du comportement, notamment dans les études sur le tabagisme, l'exercice physique et la nutrition (Cardinal, 1997; DiClemente et al., 1985, 1991; Kristal et al., 1999). L'utilisation de devis transversaux ne permet toutefois pas de confirmer la séquence de changement, ne permet pas d'affirmer que des stades distincts existent réellement (par opposition à un continuum de changement) et ne démontrent rien du pouvoir prédictif du modèle (Brug et al., 2005; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000, 2001).

Une étude longitudinale (5 temps de mesure sur deux ans), rapportée par Prochaska et al. (1992), porte sur la trajectoire du changement des individus qui cessent de fumer sans l'aide d'une intervention. Elle a permis d'identifier quatre patrons de changement chez les individus: 1) stable, les individus demeurent au stade de préquestionnement tout au long de l'étude; 2) progressif, les individus progressent de façon linéaire et continue; 3) régressif, les individus régressent de façon linéaire et continue et 4) spirale, les individus font des aller-retours dans les stades. Dans cette étude, le patron en spirale est le plus souvent adopté. Cette trajectoire démontre que les individus font des aller-retours dans les stades avant d'atteindre un changement stable et que chaque tentative de changement les rapproche de plus en plus d'une réussite à long terme. Ces patrons n'ont toutefois pas été reproduits et des auteurs identifient des limites importantes au niveau de la mesure et du devis de recherche utilisés (Littell & Girvin, 2002). Par exemple, seuls les individus qui présentaient l'une des quatre trajectoires identifiées sont retenus pour l'étude, ceux adoptant une trajectoire marginale ayant été éliminés.

L'intérêt du MTT vient de la clarté opérationnelle des définitions de chacun des stades et du fait qu'il prévoit une spirale de changement (par opposition à un progrès linéaire), ce qui permet de rendre compte des nombreuses rechutes observées dans la population. Certains auteurs questionnent toutefois la notion de stades et suggèrent plutôt que le changement s'opère selon un continuum

d'engagement dans le changement allant des individus qui n'ont pas l'intention de changer à ceux qui travaillent à maintenir les changements effectués (Bandura, 1997; Davidson, 2001; Kraft, Sutton, & Reynolds, 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000). D'autres sont d'avis que des comportements comme la nutrition ou l'exercice physique et encore plus la violence conjugale ou les pratiques éducatives parentales sont trop complexes pour être expliqués par un tel modèle (Brug et al., 2005; Cordon & Somerton, 2004). Ils estiment aussi que la motivation au changement, centrale dans le MTT, ne peut pas jouer le même rôle pour des comportements de dépendance, pour lesquels le MTT a d'abord été élaboré, que pour les comportements ne faisant pas l'objet de dépendance. Kristal et al. (1999) ajoutent que le statut comportemental n'est pas aussi simple à définir pour des comportements psychosociaux (par exemple, être dépressif ou non) que pour le tabagisme (fumer ou non) ou l'alcoolisme (boire ou non), ce qui complique également sa généralisation à des comportements plus complexes. Ainsi, la pertinence de ces stades pour rendre compte du changement de comportements variés reste à confirmer.

Prochaska et ses collègues (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) ont aussi identifié 10 mécanismes utilisés par les individus qui modifient leur comportement, en plus du sentiment d'auto-efficacité (DiClemente et al., 1985) et de la perception des avantages et inconvénients au changement (Velicer, Prochaska, DiClemente, & Brandenburg, 1985). Ces mécanismes ont pour fonction d'altérer les affects, les pensées, les comportements ou les relations interpersonnelles de l'individu en regard du problème à résoudre afin de favoriser son changement.

Théoriquement, l'individu qui passe du stade de préquestionnement (1) à celui du questionnement (2) utilise principalement trois mécanismes complémentaires: expression de ses émotions, prise de conscience et évaluation des effets. L'expression de ses émotions à l'égard du problème et des solutions envisagées soulage en partie l'anxiété ou les craintes de l'individu face au changement et lui permet de considérer le changement. La prise de conscience de son comportement et des conséquences de celui-ci sur sa personne de même que l'évaluation des effets de son comportement sur son environnement physique et social amènent aussi l'individu à se questionner sur son comportement.

L'auto-réévaluation est le seul mécanisme associé au passage du questionnement (2) à la préparation (3). Il consiste à remettre en question ses sentiments, pensées et valeurs à l'égard du problème pour conclure qu'il est nécessaire de changer son comportement. Le passage du stade de préparation (3) à celui de l'action (4) est pour sa part associé principalement à deux mécanismes: auto-libération et libération sociale. L'engagement formel de l'individu à changer son comportement et la croyance en ses capacités d'y parvenir constituent le premier de ces deux mécanismes. Le second vise l'augmentation du nombre de comportements alternatifs acceptables socialement. L'engagement de l'individu dans la promotion sociale de tels comportements ou la simple observation de manifestations publiques en leur faveur facilitera son passage à l'action.

Finalement, quatre mécanismes sont privilégiés par l'individu qui parvient au maintien (5): contre-conditionnement, renforcement, relation d'aide et évitement des personnes et des situations associées au problème. Le premier consiste à adopter un comportement alternatif au comportement problématique. Le renforcement correspond aux félicitations et récompenses reçues par l'individu à la suite du changement effectué ou de son maintien. La relation d'aide, définie par Prochaska et al. (1992) comme l'ouverture de l'individu à discuter de ses difficultés comportementales avec une personne de confiance, favorise aussi le maintien de ce comportement. Finalement, un individu qui désire maintenir son nouveau comportement évitera les situations ou les personnes auprès de qui il serait tenter d'adopter le comportement problématique.

Des études ont démontré que le sentiment d'auto-efficacité des individus augmente tout au long de leur cheminement dans les stades. Au premier stade, l'individu ne croit pas qu'il pourrait résister à l'envie de poursuivre son comportement actuel alors que la situation est complètement inversée au dernier stade (DiClemente et al., 1985; Jones, 2000; Levesque, 1999). Par ailleurs, au niveau de la balance décisionnelle, l'individu perçoit plus d'inconvénients que d'avantages au changement au stade de préquestionnement alors que la situation est inversée au stade de préparation (Jones, 2000; Levesque, 1999; Prochaska et al., 1994; Rondeau et al., 2005; Velicer et al., 1985).

Une étude transversale a vérifié le lien entre l'utilisation des mécanismes et le classement dans les stades de changement du MTT (Prochaska & DiClemente, 1983). Les mécanismes sont évalués à l'aide d'un questionnaire qui présente de bonnes qualités psychométriques (Prochaska et al., 1988). Cette étude, réalisée auprès de fumeurs, démontre que les individus qui sont au stade de préquestionnement (1) utilisent un moins grand nombre de mécanismes que les individus des autres stades. Elle démontre aussi que la prise de conscience caractérise surtout les individus au stade de questionnement (2), que l'auto-réévaluation est utilisée aux stades de questionnement (2) et d'action (4), que l'auto-libération, la relation d'aide et le renforcement sont principalement utilisés par les individus classés au stade d'action (4) alors que le contre-conditionnement et l'évitement des personnes et des situations associées au problème sont associés aux stades d'action (4) et maintien (5). Dans le même sens, une étude longitudinale rapportée par Prochaska et al. (1992) démontre que les individus qui demeurent au stade de préquestionnement (1) pendant une période de deux ans utilisent significativement moins de mécanismes que les autres individus. Cette même étude démontre aussi que l'utilisation de l'auto-réévaluation, de la prise de conscience et de l'expression des émotions diminue chez les individus qui progressent du stade de questionnement (2) au maintien (5) sur une période de deux ans alors que leur utilisation de l'auto-libération, de l'évitement des personnes et des situations problématiques, du renforcement et du contre-conditionnement augmente. Ces études démontrent que certains mécanismes, reliés au contexte dans lequel vivent les individus, sont utilisés principalement par ceux qui se situent dans les trois

premiers stades. Les autres sont plus comportementaux et sont davantage utilisés par les individus qui se situent au stade de préparation (3), d'action (4) ou de maintien (5).

Le MTT est le seul modèle qui décrit des mécanismes qui expliquent le changement des individus. Ces mécanismes sont inspirés d'approches thérapeutiques variées, ce qui suggère des avenues pertinentes au plan de l'intervention. Toutefois, des devis de recherche longitudinaux devraient être utilisés afin de clarifier leur rôle dans la progression au travers des stades et dans le changement comportemental.

### *Modèle d'assimilation*

Le MA (Stiles et al., 1990) se fonde sur une analyse qualitative des processus utilisés dans diverses approches thérapeutiques, principalement l'approche cognitive. Selon ce modèle, l'individu intègre les nouvelles expériences qu'il fait ou les nouvelles connaissances qu'il acquiert à ses propres patrons cognitifs ou comportementaux appelés schèmes. Une expérience qui ne peut être intégrée à ces schèmes est dite problématique parce qu'elle entraîne des pensées et des émotions négatives nuisant au fonctionnement de l'individu, ce qui peut l'amener à consulter un thérapeute. Une expérience problématique peut être un sentiment, une perception, une pensée, une attitude, un acte qui provoque un inconfort psychologique. Un problème de comportement comporte généralement plusieurs expériences problématiques qui doivent toutes être assimilées afin de permettre à l'individu de retrouver un certain équilibre. Par exemple, un individu qui présente des relations sociales problématiques avec ses collègues aura possiblement une perception des autres biaisée (expérience problématique 1 : sentiment de persécution), des réactions agressives aux demandes de ses collègues (expérience problématique 2 : agressivité verbale), une démotivation au travail (expérience problématique 3 : démotivation), etc. L'intervention a donc pour objectif de modifier les pensées et émotions de l'individu pour favoriser l'assimilation de chacune des expériences problématiques aux schèmes préexistants.

Le MA décrit huit étapes par lesquelles l'individu assimile une expérience problématique. Chaque étape correspond à des réactions émotives et cognitives différentes de l'individu à l'égard de cette expérience problématique. Les huit étapes devront être franchies aussi souvent qu'il y a d'expériences problématiques associées au problème de comportement, chacune de ces expériences pouvant se situer à différentes étapes d'assimilation à un moment précis dans le temps. Au début du processus, l'individu est incapable de décrire l'expérience problématique et ressent peu d'émotions face à celle-ci (étape 1: inconscience). Les pensées reliées à l'expérience problématique émergent graduellement et suscitent des émotions négatives fortes comme de l'anxiété, de la peur et de la tristesse (étape 2: pensées indésirables). La reconnaissance d'un problème qui n'est pas encore clairement défini, est associée à une souffrance psychologique importante ou à de la panique vis-à-vis de l'expérience problématique (étape 3: vague prise de conscience). Avec l'aide du thérapeute, l'individu arrive ensuite à clarifier le problème et à contrôler ses émotions bien qu'elles soient encore négatives (étape 4: clarification du problème).



Dès lors, il décrit clairement l'expérience problématique et fait des liens avec d'autres caractéristiques de sa personne ou des expériences qu'il a vécues. Les émotions qu'il ressent sont de plus en plus positives, bien qu'il présente toujours un mélange d'inconfort, de surprise et de curiosité face à l'expérience problématique (étape 5: compréhension du problème). Cette compréhension lui permet éventuellement de travailler à la résolution de l'expérience problématique et même s'il n'atteint pas un succès complet dès la première tentative, l'individu est positif, optimiste et fait preuve de motivation (étape 6: travail sur le problème). Il arrive à résoudre l'expérience problématique à sa satisfaction (étape 7: solution du problème). Enfin, l'individu est de moins en moins préoccupé par cette expérience problématique et lorsqu'il y pense, il démontre des affects neutres ou positifs (étape 8: maîtrise). L'expérience problématique est alors assimilée.

Le MA est principalement appuyé par des études de cas où les auteurs procèdent à des analyses de contenu afin de retracer les étapes du changement dans le verbatim des individus. Différentes mesures, la principale étant le Assimilation of Problematic Experiences Scale (Stiles et al., 1991), ont été utilisées pour classer les individus dans les étapes d'assimilation (p. ex. Field, Barkham, Shapiro, & Stiles, 1994; Stiles, Shankland, Wright, & Field, 1997).

Le MA présente un intérêt parce qu'il ajoute deux éléments pertinents au MTT. Premièrement, le MA décrit l'interaction entre les cognitions et les émotions de l'individu tout au long du processus de résolution du problème, chacune des étapes étant décrite en termes d'influence réciproque entre ces éléments. Deuxièmement, le MA considère la complexité des comportements psychosociaux, c'est-à-dire le fait que ces derniers comportent généralement plusieurs dimensions qu'il nomme « expériences problématiques ». En effet, il met en lumière l'importance de décortiquer le comportement en ses différentes dimensions et de définir précisément chacune de ces dimensions avant d'amorcer le changement.

Le MA présente toutefois plusieurs limites. La première est que la méthodologie utilisée pour valider le modèle permet difficilement de classer les individus dans une étape de changement et ne permet pas d'affirmer que la séquence d'assimilation proposée est suivie par tous les individus. Une autre limite de ce modèle vient du fait qu'il décrit les étapes de la transformation des pensées et des émotions de l'individu à l'égard du problème sans considérer le changement comportemental et sans expliquer comment ces transformations conduisent à un changement comportemental. Ce modèle ne permet pas non plus de comprendre comment un individu passe d'une étape à l'autre ou dans quelles conditions il réussit ou non à assimiler une expérience problématique. Finalement, tout comme le modèle suivant, le MA a été analysé dans les cas de dépression ou d'anxiété principalement.

#### *Modèle de médiation causale*

Le MMC (Howard et al., 1993) aborde le changement de façon plus globale que le MA et propose trois phases au processus thérapeutique. Selon ce modèle, il

importe que l'individu trouve l'espoir d'aller mieux avant d'investir dans la résolution des problèmes spécifiques pour lesquels il consulte, puis de généraliser ses acquis à d'autres domaines.

Plus précisément, selon le MMC, l'individu qui consulte pour un problème vit un sentiment d'impuissance, d'échec ou de désespoir associé à des symptômes psychologiques douloureux. Toute possibilité de changement dépend de la confiance et de l'espoir que l'individu développe face à ses possibilités de régler son problème (phase 1: remoralisation). À l'issue de cette phase (deux à trois séances), l'individu est en mesure de définir plus clairement son problème, d'assumer sa responsabilité vis-à-vis de celui-ci et de jouer un rôle actif dans sa résolution. Il a aussi développé un lien de confiance avec son thérapeute et il a établi un contrat de travail implicite avec ce dernier. Ce rehaussement du sentiment de compétence personnelle est préalable au travail fait au niveau des symptômes, qui correspond à l'intervention proprement dite (phase 2: remédiation). Au cours de la deuxième phase, le thérapeute utilise différentes stratégies dans le but de réduire l'importance des symptômes pour lesquels l'individu est venu le consulter et l'aider à développer de nouvelles habiletés. À la fin de cette phase (10 à 15 séances), l'individu présente moins de symptômes. Finalement, l'individu va plus en profondeur dans son changement en analysant et modifiant son mode de vie (phase 3: réhabilitation), qui pourrait être à l'origine de ses problèmes et en généralisant les acquis qu'il a faits à la phase de remédiation à d'autres sphères de sa vie (environ 1 an).

Une étude a tenté de vérifier si le progrès au niveau d'une phase est préalable au progrès de la phase suivante (Howard et al., 1993). Cette étude portait sur 471 adultes souffrant de divers désordres psychologiques qui participaient à une thérapie individuelle d'orientation psychodynamique, dont 74 ont participé aux 17 séances prévues, les autres ayant quitté la thérapie précocement. Les indicateurs de chacune des phases (1: sentiment subjectif de bien-être émotionnel et psychologique de l'individu; 2: symptômes présentés par les sujets de l'échantillon; 3: fonctionnement de l'individu dans ses relations interpersonnelles et capacité à gérer les situations du quotidien) ont été évalués à quatre moments différents de la thérapie, soit avant la première séance, à la deuxième, à la quatrième et à la dix-septième séance auprès des individus qui participaient toujours à la recherche à chacun des temps de mesure (T1: n=471; T2: n=184; T3: n=157; T4: n=74). Les chercheurs ont vérifié, à chaque temps de mesure, la proportion d'individus qui se sont améliorés au niveau des indicateurs de chaque phase par rapport au temps de mesure précédent. Les résultats indiquent qu'entre 79% et 90% des individus qui ont vu leurs symptômes diminuer (amélioration à la phase de remédiation) rapportent également une amélioration de leur bien-être (amélioration à la phase de remoralisation) et qu'entre 68% et 80% de ceux qui notent un progrès au niveau de leur mode de vie (amélioration à la phase de réhabilitation) rapportent également une diminution de leurs symptômes (amélioration à la phase de remédiation). Ces résultats soutiennent l'ordre chronologique proposé dans le MMC.

L'intérêt de ce modèle réside dans l'importance accordée au développement de la confiance de l'individu en sa capacité de changer et au développement de

l'espoir que la situation peut s'améliorer comme préalables au changement. Cependant, il ne tient pas compte de la complexité des interactions entre les cognitions, les émotions et les comportements comme facteurs qui contribuent ou empêchent le changement. Par ailleurs, des limites méthodologiques remettent en question la validité des résultats obtenus. D'abord, l'attrition des sujets est très importante et les auteurs utilisent non seulement les individus qui ont persisté dans la thérapie, mais également ceux qui l'ont quittée, sans égard aux caractéristiques de ces derniers. De plus, alors que le modèle stipule qu'une quinzaine de semaines soient nécessaires pour compléter les deux premières phases et qu'environ une année soit nécessaire pour compléter la troisième phase, la thérapie proposée est d'une durée de 17 séances et aucun suivi n'est effectué au-delà de cette période. De plus, les qualités psychométriques des instruments n'ont pas été vérifiées. Finalement, la méthodologie et la procédure statistique utilisées dans ces études ne permettent pas de confirmer la séquence des trois phases.

### *Complémentarité des modèles de changement*

Les trois modèles de changement du comportement présentés ont été élaborés dans le but de décrire le changement, en regard de comportements différents. Le MTT est le modèle le plus populaire à la fois pour l'intervention et pour la recherche. Il présente toutefois certaines limites théoriques et méthodologiques. Ainsi, il a d'abord été développé pour rendre compte du changement de comportements reliés à la santé physique comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Pour cette raison, il ne considère pas la complexité des comportements psychosociaux comme l'anxiété, l'agressivité ou les pratiques éducatives parentales, ce qui amène certains auteurs à remettre en question une application généralisée de cette théorie (Brug et al., 2005; Cordon & Somerton, 2004). Dans ce contexte, nous nous sommes également intéressés au MA et au MMC, qui ont été appliqués à des problématiques psychosociales. Le MA et le MMC appuient certains aspects du MTT et le complètent pour d'autres aspects. Les prochains paragraphes décrivent donc la complémentarité de ces trois modèles de changement du comportement.

Le MTT, le MA et le MMC présentent des séquences similaires de changement du comportement. Toutefois, les deux derniers modèles mettent en évidence la complexité des problèmes de comportement, c'est-à-dire le fait que ceux-ci présentent plusieurs dimensions qui changent séparément. Ces modèles font le postulat qu'un individu peut se situer à des points différents du processus pour diverses dimensions du comportement et que la séquence de changement doit être vécue autant de fois qu'il y a de dimensions au comportement. Par ailleurs, alors que le MTT met l'accent sur l'aspect cognitif du changement comportemental, le MA met l'accent sur l'interaction entre émotions et cognitions dans le changement des comportements psychosociaux. Le MMC met quant à lui en lumière l'importance de l'espoir d'un mieux-être comme préalable au changement du comportement. Le paragraphe suivant décrit ce que pourrait être la séquence de changement proposée par le MTT si on l'enrichissait des considérations soulevées par le MA et le MMC.

Les trois modèles présentés mettent en évidence que le changement de comportement constitue un processus suivant une séquence prédéterminée. Tous les modèles stipulent qu'au début du processus, l'individu ne reconnaît pas la présence de son problème (MTT : préquestionnement; MA : inconscience), puis qu'il en vient peu à peu à le reconnaître (MTT: questionnement; MA: vague prise de conscience; MMC: remoralisation). Selon le MTT, il ressent une vague intention de changer, mais perçoit plus d'avantages à maintenir le comportement problématique. Son sentiment d'auto-efficacité est également assez faible, il ne croit pas qu'il puisse changer. Le MA ajoute que dans cette première partie du processus, au moment où l'individu prend connaissance de son problème et le définit de plus en plus clairement, des émotions négatives intenses surgissent et il vit une période de désespoir.

Les trois modèles spécifient ensuite que l'individu envisage le changement et s'y prépare progressivement (MTT: préparation; MA: clarification et compréhension du problème; MMC: remédiation). Il définit son problème de plus en plus clairement, perçoit de plus en plus d'avantages à changer et réfléchit aux actions à poser. Le MA et le MCC soulignent qu'il acquiert alors l'espoir qu'un changement est possible, qu'il ressent moins de détresse et plus d'optimisme et qu'il acquiert la confiance qu'il peut y arriver.

Les trois modèles proposent ensuite une période d'action où l'individu effectue les changements visant la résolution de son problème (MTT: action; MA: travail et solution du problème; MMC: remédiation). Il atteint finalement un point où il travaille au maintien de son nouveau comportement (MTT: maintien; MA: maîtrise; MMC: réhabilitation). Le MA précise que les émotions ressenties sont alors plus positives et que l'individu a bon espoir de ne plus adopter le comportement problématique. Il est important de considérer que pour modifier un comportement complexe présentant plusieurs dimensions, cette séquence devrait être vécue autant de fois qu'il y a de dimensions au problème.

### **Implication pour l'Intervention**

La compréhension des modèles de changement suscite des réflexions sur ce qui peut être fait dans les programmes d'intervention en vue de favoriser le changement. D'abord, comme toutes les personnes susceptibles de bénéficier d'une intervention ne sollicitent pas d'aide ou n'acceptent pas de participer à un programme d'intervention, particulièrement dans un contexte de prévention, des recommandations portent sur l'engagement et la persévérance des individus dans une intervention. Par ailleurs, à la lumière des modèles de changement présentés, il semble fondamental de réfléchir à l'intervention à privilégier avec les individus engagés dans une démarche de changement. Finalement, de tels modèles ont aussi des incidences sur la façon d'évaluer l'efficacité des interventions. Les prochains paragraphes s'intéressent donc à l'application des modèles de changement à ces considérations cliniques.

#### *Engagement et persévérance des participants à une intervention*

Environ le tiers des parents sollicités pour un programme de soutien parental

acceptent de participer à une telle intervention (Normand, Vitaro, & Charlebois, 2000), ce qui est aussi vrai dans d'autres types d'intervention. Les modèles de changement permettent de mieux comprendre cette difficulté de recruter des individus présentant un comportement problématique afin qu'ils participent aux programmes d'intervention. Ils mettent aussi en évidence la nécessité de stratégies de recrutement différentielles en fonction du point où se trouvent les participants potentiels dans leur processus de changement.

Certains individus, déjà avancés dans la séquence de changement, sont prêts à s'engager pour travailler sur leur problème (MTT : préparation; MA : clarification ou compréhension du problème; MMC : fin de remoralisation). Ils participeront volontiers à un programme qui les aidera à modifier leur comportement problématique. Il suffira de les rejoindre et de leur décrire un programme qui leur convienne pour qu'ils acceptent d'assister aux rencontres et de fournir les efforts associés au changement.

Une proportion importante des individus, particulièrement ceux qui sont ciblés par les programmes de prévention se situe au tout début du processus de changement (MTT : préquestionnement; MA : inconscience). Ces derniers ne s'inscriront pas d'eux-mêmes à un programme d'intervention, mais pourraient accepter d'y participer en raison de la pression exercée par leur entourage ou si l'intervenant réussit à les convaincre. La discussion devra alors être d'ordre cognitif puisque ces individus ressentent peu d'affects par rapport au problème. Les mécanismes décrits dans le MTT nous incitent à croire qu'il serait utile d'informer les individus au sujet de leur comportement et des effets de celui-ci sur leur entourage ou sur leur propre vie afin de les inciter à envisager le changement.

Quant aux personnes qui viennent de reconnaître leur problème (MTT: questionnement; MA: pensées indésirables, vague prise de conscience), elles vivent des émotions négatives fortes à ce sujet et n'ont pas l'intention de changer, elles sont ambivalentes quant à leur participation à une intervention. Bien qu'elles reconnaissent le problème et soient favorables à une intervention, différentes barrières comme le coût, le transport, le gardiennage, leur propre gêne, leur langue maternelle, les difficultés cliniques anticipées ou encore les émotions fortes que suscitent les pensées en regard de leur problème peuvent les retenir de s'inscrire dans une démarche de changement. Il s'agira de les convaincre qu'il y a plus d'avantages et moins d'inconvénients à participer au programme qu'à ne pas le faire. En outre, elles auront besoin que l'accessibilité et l'engagement au programme leur soient facilités. Ces personnes ressentent de l'anxiété, de la peur, de la colère quand elles pensent à leur problème et éprouvent un désespoir important face à leur comportement et au changement. Elles ne pensent pas être capables de changer. Pour les convaincre de participer à un programme d'intervention, l'intervenant devra donc leur communiquer l'espoir qu'un changement est possible et leur procurera du bien-être.

Une fois les individus inscrits à une intervention psychosociale, ils ne persévèrent pas tous jusqu'à la fin. Par exemple, seulement 40 à 75% des individus participent à toutes les rencontres des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (Normand et al., 2000). D'une part, les participants abandonnent possiblement le traitement parce qu'ils régressent dans le processus. D'autre part, ils peuvent abandonner en raison d'une incapacité à progresser dans leur processus de changement. Par exemple, un participant s'était peut-être engagé dans un programme dans le but de diminuer la souffrance qu'il ressentait au moment de la reconnaissance de son problème sans avoir une réelle intention de s'engager dans un processus de changement certes difficile, mais nécessaire à un éventuel bien-être. Miller et Rollnick (1991), qui favorisent l'intervention à partir du MTT, soutiennent qu'il est fondamental d'utiliser des techniques d'intervention adaptées spécifiquement à chacun des stades de changement sous peine de créer des résistances et de favoriser l'abandon des participants. Selon eux, le rôle principal de l'intervenant est de motiver les individus avec lesquels il travaille, c'est-à-dire augmenter la probabilité qu'un changement se produise en mettant en place les conditions nécessaires au passage au stade suivant. Ainsi, pour faire une intervention efficace et favoriser la persévérance des participants, le contenu des interventions doit être cohérent avec les connaissances présentées précédemment sur les processus de changement.

#### *Intervenir en fonction des stades de changement*

Alors que les trois modèles présentés proposent des séquences de changement similaires, le MTT est le seul à décrire des mécanismes qui expliquent comment l'individu parvient à changer, puis à maintenir son nouveau comportement. Pour cette raison, il est le modèle qui stimule le plus les réflexions cliniques au sujet des interventions à privilégier pour favoriser les progrès des individus. Les prochains paragraphes s'intéressent au rôle de l'intervenant tout au long de leur processus de changement.

Le rôle de l'intervenant auprès d'individus au stade de préquestionnement consiste à amener ceux-ci à reconnaître leur problème. Les mécanismes de prise de conscience, d'observation des effets sur l'environnement et d'expression des émotions sont associés au cheminement vers le questionnement. Dans cette optique, une première stratégie à utiliser par l'intervenant est d'informer objectivement les individus au sujet du problème qui les concerne et de les amener à décrire précisément leur comportement afin qu'ils puissent s'approprier le problème. Il est aussi pertinent de les informer des conséquences du comportement en question sur eux-mêmes et sur leur environnement familial et social afin de les amener à entrevoir la possibilité de changer leur comportement. Le MMC insiste quant à lui sur l'importance pour l'intervenant d'établir une relation de confiance avec l'individu au début du processus.

L'intervenant qui travaille avec un individu au stade de questionnement devrait rechercher la prise de décision du participant en faveur du changement. Pour ce faire, il doit faire basculer la balance décisionnelle en faveur du changement. Son rôle est donc d'accompagner l'individu dans la résolution de problèmes afin d'identifier et

d'atténuer les obstacles au changement, d'amplifier les avantages qu'il y a à adopter un nouveau comportement, d'éliminer les avantages reliés à l'utilisation du comportement problématique et d'amplifier les inconvénients associés à son maintien. Une stratégie utile est d'amener l'individu à explorer l'incohérence entre ses valeurs, ses pensées, ses sentiments et son comportement, de même que les éléments qui le retiennent de s'engager dans un processus de changement. Prescrire un changement, proposer des stratégies de changement ou encore pousser l'individu qui n'a pas encore accepté le changement à passer rapidement à l'action, sont autant de stratégies qui diminueraient sa motivation à changer et engendreraient des résistances au changement (Miller & Rollnick, 1991). Par ailleurs, le MMC met en évidence l'importance de transmettre l'espoir que le changement est possible, bien que difficile et de l'amener à adopter une perspective plus positive en l'aidant à mieux comprendre son problème. Par ailleurs, comme l'individu qui prend conscience d'un problème vit du désespoir et d'autres émotions négatives intenses, l'intervenant devrait éviter de soulever un nouveau problème avec lui s'il n'a pas les moyens de le soutenir émotionnellement par la suite.

Le rôle de l'intervenant face à un individu qui est au stade de préparation n'est pas tant de le motiver à amorcer un changement que de l'aider à choisir la stratégie qui lui semble acceptable, accessible, appropriée et efficace (Miller & Rollnick, 1991). Pour ce faire, l'intervenant devra informer l'individu des diverses stratégies de changement existantes sans le pousser à agir de façon précipitée. L'intervenant qui veut augmenter la probabilité d'un changement aidera l'individu à se sentir libre et responsable de ses choix. Cette attitude diminuera les résistances et les possibilités d'abandon et augmentera l'adhésion au traitement tout en favorisant l'atteinte de résultats positifs (Miller & Rollnick, 1991). Une fois la décision prise, il devient toutefois important de favoriser un engagement officiel de l'individu face au traitement qui lui convient.

Au stade de l'action, l'individu entreprend des actions concrètes pour effectuer un changement et a besoin de soutien pour y parvenir. Le rôle de l'intervenant consiste à aider l'individu à se fixer des objectifs de changement réalistes et progressifs et de le soutenir dans l'atteinte de ceux-ci. Il doit aussi faire preuve d'empathie, écouter activement et comprendre les besoins de l'individu avec qui il travaille. Bien que cette stratégie soit utile à tous les stades de changement, elle est particulièrement importante au moment de l'action parce que l'individu investit beaucoup d'énergie à résoudre son problème, ce qui est très exigeant pour lui et le met à risque d'abandonner ses efforts à tout moment. Le contre-conditionnement, le renforcement, la relation d'aide et le contrôle du stimulus ont été identifiés par Prochaska et al. (1988) comme étant les mécanismes de prédilection pour faciliter le changement et le maintien des nouveaux comportements. Il s'agit donc d'enseigner à l'individu des comportements qui remplacent le comportement problématique. Lorsque l'individu fournit des efforts ou obtient un succès vers le changement, l'intervenant a avantage à le renforcer et à l'encourager à se gratifier et se récompenser lui-même pour ses efforts. Pour éviter les rechutes de l'individu, l'intervenant peut aussi l'encourager à réfléchir aux circonstances le mettant à risque

d'abandonner ses efforts et aux moyens d'éviter ces situations ou de contrôler ces tentations. La fréquence des rechutes étant relativement élevée, il devient nécessaire de continuer à soutenir l'individu une fois son changement amorcé. En effet, les trois modèles de changement présentés mettent en évidence le fait qu'une fois le changement effectué, l'individu doit continuer à consacrer beaucoup d'énergie au maintien de son nouveau comportement.

Dans l'éventualité d'une régression dans la séquence de changement, l'individu doit reprendre le processus à partir du point où il se retrouve. Il risque alors de ressentir du découragement et de la démoralisation, particulièrement s'il était aux stades d'action ou de maintien. Le rôle de l'intervenant est alors de l'aider à éviter ces sentiments négatifs et de l'encourager à continuer à penser au changement, renouveler l'engagement, reprendre les efforts de l'action et surtout de le soutenir dans le maintien de ses acquis. Le MMC met quant à lui l'accent sur l'importance de favoriser le maintien de l'espoir d'un changement bénéfique par l'individu pour qu'il continue à envisager un succès.

Les modèles transthéorique et de médiation causale insistent sur l'importance de favoriser le sentiment d'auto-efficacité de l'individu afin de lui donner confiance en sa capacité de changer et ce, tout au long du processus de changement. Pour y arriver, il doit croire qu'il est capable d'effectuer le changement, bien que ce soit difficile. Une bonne stratégie pour l'intervenant est d'engager graduellement l'individu dans sa propre démarche de changement en l'incitant à trouver ses propres solutions à ses problèmes et en le gratifiant pour ses capacités. Plutôt que de lui fournir toutes les réponses, l'intervenant aura avantage à poser des questions à l'individu afin de lui permettre d'être actif dans sa recherche de solutions en lui offrant le soutien minimal nécessaire pour qu'il connaisse le succès. Lorsque des stratégies efficaces sont soulevées ou utilisées par l'individu, l'intervenant devrait le renforcer et l'encourager et surtout lui laisser tout le crédit de son idée afin de lui démontrer sa compétence à changer. De cette façon, les individus se sentent respectés, ils ont le sentiment d'avoir la maîtrise de la situation et se reconnaissent une capacité accrue de changer leur comportement. L'approche collaborative (Normandeau & Venet, 2000; Webster-Stratton & Herbert, 1994) est toute indiquée pour ce genre de relation. Cette approche consiste à travailler en collaboration avec les individus. Elle ne situe pas les intervenants comme seuls experts responsables du changement et ne prescrit pas aux individus des modes de fonctionnement précis. Au contraire, elle privilégie une relation entre l'intervenant et l'individu où le premier sert de guide qui met à profit l'expertise du second par rapport à son milieu de vie et son comportement.

Finalement, les modèles de changement explorés mettent en évidence l'importance pour l'intervenant de prendre le temps. Aucune stratégie ne permet un changement rapide. Le cheminement dans les stades est long, surtout si le maintien du nouveau comportement est visé. Il importe de ne pas précipiter le changement comportemental, mais d'y aller un stade à la fois afin d'avoir un éventuel succès. En outre, étant donné les régressions possibles et naturelles des individus, les



programmes d'intervention auraient avantage à prévoir des sessions de rappel quelques mois après la fin d'un programme d'intervention dans le but de favoriser le maintien à long terme du nouveau comportement.

### *Évaluation de l'efficacité des interventions*

Les modèles de changement ont aussi des implications au niveau de l'évaluation de l'efficacité des interventions. Ils mettent en évidence l'importance de mesurer non seulement le comportement des individus au début et à la fin du programme d'intervention, mais également leur situation dans un processus de changement. En effet, une progression dans ce processus n'est pas nécessairement synonyme de changement comportemental, mais démontre une évolution des participants. Par exemple, un individu inconscient de son problème en début d'intervention, qui n'a aucune intention de changer aura progressé s'il affirme, après un traitement, être prêt à investir dans le changement, bien que son comportement n'ait pas encore changé.

La séquence proposée dans les trois modèles suggère une trajectoire de changement. Ne sachant pas si cette trajectoire est linéaire ou en spirale, plusieurs points de mesure sont nécessaires afin de saisir le changement. Des mesures pré-test et post-test pourraient ne pas capter le changement pour tous les individus. De plus, le cheminement pouvant se poursuivre au-delà de la fin du programme d'intervention et les rechutes constituant la norme, il est essentiel de planifier des études de suivi, quelques temps après la fin de l'intervention. Plusieurs points de mesure, pendant et après l'intervention, constituent donc le seul moyen de rendre compte d'un changement réel.

En conclusion, les trois modèles de changement présentés suggèrent que le changement suit une séquence prédéterminée. Par ailleurs, le MTT décrit des mécanismes de changement qui permettent aux individus de suivre cette séquence pour changer leur comportement. La pertinence des interventions proposées reste toutefois à démontrer. En effet, bien que ces modèles soient inspirants pour l'intervention, il faut souligner le caractère novateur de leur application clinique et le besoin d'améliorer leur soutien empirique. Quelques travaux, réalisés dans le cadre du MTT, ont vérifié si les interventions taillées sur mesure pour les individus en fonction de leur stade de départ sont plus efficaces à produire des changements que celles qui ne le sont pas (Adams & White, 2003, 2005; Bridle et al., 2005). Par exemple, Adams et White (2003, 2005) ont recensé 26 études dont l'objectif était de vérifier l'efficacité d'une intervention visant à augmenter le niveau d'activité physique. Ces études comparaient une intervention adaptée aux stades de changement des individus tels que définis par le MTT, soit à une absence d'intervention, soit à l'intervention habituellement proposée pour encourager les personnes à faire de l'activité physique. Les auteurs trouvent que certaines interventions adaptées aux stades de changement du MTT produisent plus d'effets à court terme que l'intervention habituelle, mais que cet avantage ne se maintient pas à long terme. Les résultats mitigés obtenus jusqu'ici par de telles interventions peuvent être expliqués par les limites méthodologiques et cliniques des études. En attendant des études

plus concluantes, il est raisonnable de croire que dans l'avenir, les intervenants devraient identifier non seulement le stade de départ des individus, mais les évaluer régulièrement afin d'adapter progressivement l'intervention au cheminement des individus.

L'implantation d'interventions spécifiques à la séquence du changement implique de situer l'individu dans cette séquence. Le MTT et le MA proposent différents instruments comportant des limites méthodologiques qui remettent en question leur validité clinique. Tant qu'une procédure d'évaluation efficace n'est pas développée, une entrevue clinique avec l'individu permettant d'identifier ses cognitions et émotions à l'égard du comportement problématique pourrait permettre de le classer comme « ne reconnaissant pas la présence d'un problème »; « reconnaissant la présence du problème mais entrevoyant de nombreuses barrières au changement » ou encore « prêt à amorcer une démarche de changement » face aux différents aspects de son comportement. Dans le futur, les chercheurs devraient développer des instruments permettant un classement adéquat des individus qui consultent et évaluer de façon rigoureuse l'efficacité des interventions qui s'appuient sur ce classement individuel.

### Conclusion

La démarche effectuée dans le présent article a permis de présenter trois modèles de changement du comportement qui sont peu connus des intervenants psychosociaux. Deux de ces modèles, le MA et le MMC, ont été présentés dans le but d'enrichir la portée théorique et clinique du MTT qui constitue le modèle le plus cité et le plus étudié par la communauté scientifique. En outre, la démarche a la qualité d'avoir conduit à des recommandations cliniques concrètes qui pourraient permettre l'amélioration de l'efficacité des interventions psychosociales. Dans le futur, des recherches devraient vérifier si les recommandations cliniques faites dans cet article permettent réellement d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes. De telles études constitueraient une nouvelle forme de validation des modèles théoriques présentés.

### Références

- Adams, J., & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 37, 106-114.
- Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion intervention work? *Health Education Research*, 20, 237-243.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189.
- Bandura, A. (1997). Editorial: The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 8-10.
- Bridle, C., Riemsma, R.P., Pattenden, J., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. et al. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*, 20, 283-301.
- Brug, J., Conner, M., Harré, N., Kremers, S., McKellar, S., & Whitelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of

- change: a critique. *Health Education Research*, 20, 244-258.
- Cardinal, B.J. (1997). Construct validity of stages of change for exercise behavior. *American Journal of Health Promotion*, 12, 68-74.
- Coombs, D.W., Fish, L., Grimley, D., Chess, E., Tyan, W., Leeper, J. et al. (2002). The transtheoretical model of change applied to developing suicidal behavior. *Omega Journal of Death and Dying*, 44, 345-359.
- Cordon, J., & Somerton, J. (2004). The transtheoretical model of change: A reliable blueprint for assessment in work with children and families? *British Journal of Social Work*, 34, 1025-1044.
- Davidson, R. (2001). The cycle of change. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 19-24.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente C.C., Prochaska, J.O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Field, S.D., Barkham, M., Shapiro, D.A., & Stiles, W.B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S. (1994). The investigation of change: Its measurement and explanation. In R.L. Russell et al. (Eds.), *Reassessing psychotherapy research* (pp.114-143). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (1995). Experiential therapy in practice: The process-experiential approach. In B. Bongard & L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp.123-139). New York: Oxford University Press.
- Greenberg, L.S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change process. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480.
- Howard, K.I, Lueger, R.J., Maling, M.S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 678-685.
- Jones, L.M. (2000). Maltreating caregivers: An application of the transtheoretical model of change. (Thèse doctorale, University of Rhode Island, 2000). *Dissertation Abstracts International*, 61, 535.
- Kazdin, A.E. (1995). Bridging child, adolescent, and adult psychotherapy: Directions for research. *Psychotherapy Research*, 5, 258-277.
- Kazdin, A.E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 114-129.
- Kazdin, A.E. (1999). Current (Lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 533-543.
- Kraft, P., Sutton, S.R., & Reynolds, H.M. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: Are the stages qualitatively different? *Psychology and Health*, 1999, 433-540.
- Kristal, A.R., Glanz, K., Curry, S.J., & Patterson, R.E. (1999). How can stages of change be best used in dietary interventions? *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 679-684.
- Levesque, D.A. (1999). Violence desistance among battering men: Existing interventions and the application of the transtheoretical model of change (Thèse doctorale, University of Rhode Island, 1999). *Dissertation Abstracts International*, 59, 4449.
- Littell, J.H., & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). What motivates people to change? Dans W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp.14-29). New York: Guilford Press.
- Normand, C.L., Vitaro, F., & Charlebois, P. (2000). Comment améliorer la

- participation et réduire l'attrition des participants aux programmes de prévention. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Tome I Les problèmes internalisés* (pp.101-140). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Normandeau, S., & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Tome I Les problèmes internalisés* (pp.141-188). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Prochaska, J.O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A.S. Gurman & S.B. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (pp.403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 520-528.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 39-46.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Brochu, S., Brodeur, N. (2005). Application du modèle transthéorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents. Montréal. *Études et Analyses*, no 35.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.A. et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by client in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., & Firth-Cozens, J.A. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy, 28*, 195-206.
- Stiles, W.B., Shankland, M.C., Wright, J., & Field, S.D. (1997). Dimension of client's initial presentation of problems in psychotherapy: The early assimilation research scale. *Psychotherapy Research, 7*, 155-171.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and Health, 15*, 163-171.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction, 96*, 175-186.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1279-1289.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). Troubled families, problem children. Working with parents: A collaborative process. Chichester, Angleterre:Wiley.
- Weersing, V.R., & Weisz, J.R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 3-29.
- Weisz, J.R., & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 12-18.
- Whitelaw, S., Baldwin, S., Bunton, R., & Flynn, D. (2000). The status of evidence and outcomes in Stage of Change research. *Health Education Research, 15*, 707-718