

Entretien motivationnel avec les adolescents

Article de I. Chossis

L'entretien motivationnel est une méthode de communication, basée sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il est centré sur les processus de motivation intrinsèque de l'individu qui favorisent le changement. Son efficacité chez les adultes a été largement démontrée autant dans le champ des addictions que dans celui de la santé en général. L'intérêt de son utilisation avec les adolescents est croissant, ce d'autant plus que la recherche naissante dans le domaine semble confirmer son efficacité également avec les plus jeunes populations. Cet article rappelle les principes et les stratégies de base de l'entretien motivationnel, les particularités développementales à l'adolescence et examine brièvement la littérature existante.

Introduction

C'est dans les années 80 qu'ont émergé, du champ des addictions, de nouveaux concepts permettant de comprendre et de favoriser la motivation au changement de comportement, en lien avec la santé. Prochaska et DiClemente ont conceptualisé le modèle des stades de préparation au changement, permettant de comprendre le processus individuel de changement de comportement.¹ Ce modèle souligne l'importance d'adapter les stratégies d'intervention au stade de préparation au changement d'un individu donné, plutôt que de considérer que tous les individus sont prêts à modifier leur comportement au moment où ils consultent.

Le concept d'entretien motivationnel (EM), décrit d'abord par Miller et élaboré par Miller et Rollnick, est une méthode de communication, permettant une approche pratique pour aider les individus à augmenter leur motivation à changer.^{2,3} Miller et Rollnick définissent l'EM comme «une méthode directive, centrée sur la personne, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement en explorant et en résolvant l'ambivalence».⁴

Les professionnels de la santé sont de plus en plus intéressés à la pratique de l'EM, que ce soit en milieu hospitalier ou en médecine de premier recours ambulatoire. De nombreuses études randomisées, contrôlées ont démontré l'efficacité de l'EM chez les adultes, que ce soit dans le champ des abus de substances, du diabète, des troubles du comportement alimentaire ou de la réduction du risque VIH.⁵ L'intérêt pour l'utilisation de l'EM avec les adolescents est croissant, ce d'autant que la recherche naissante dans le domaine semble confirmer l'efficacité de l'EM également avec les plus jeunes populations. Cet article propose un tour d'horizon de l'EM dans le champ de l'adolescence.

Esprit et principes de l'entretien motivationnel

Miller et Rollnick soulignent l'importance de l'esprit de l'EM : une façon d'être avec et pour les patients, dans un esprit de *collaboration*, de partenariat, permettant au patient de *rechercher en lui ses ressources et sa motivation intrinsèque au changement*, tout en respectant son *autonomie individuelle*.⁴

Ils relèvent également les principes fondamentaux de l'EM qui découlent de l'esprit et qui donnent une spécificité à la pratique. L'*empathie* tout d'abord, exprimée par l'intervenant tout au long des entretiens, sous-tend l'acceptation de l'autre. Au travers d'une *écoute active*, l'intervenant cherche à comprendre les sentiments et les positions du patient,

sans jugement, ni confrontation. L'*ambivalence* de la personne par rapport à un changement de comportement est considérée comme normale et non comme une défense. L'intervenant va ensuite aider le patient à *développer les contradictions* entre son comportement actuel et ses valeurs et ses objectifs, entre ce qu'il fait et ce qu'il aimerait faire, dans le but que le patient lui-même présente les arguments en faveur d'un changement. Miller et Rollnick insistent sur le fait que les gens sont souvent plus persuadés par ce qu'ils disent eux-mêmes que par ce que d'autres leur disent. Lorsqu'on évoque le changement, le risque est que l'intervenant argumente en faveur du changement alors que le patient contre-argumente contre le changement. Dans l'EM, la résistance n'est pas vue comme un trait de personnalité du patient mais comme le fruit d'une interaction entre le patient et le thérapeute, une réponse normale à un comportement particulier de l'intervenant, comme l'étiquetage diagnostique, la menace, la contrainte, la confrontation directe ou l'argumentation. Plutôt que de forcer la résistance, l'intervenant doit la contourner, «rouler avec la résistance» en évitant d'argumenter pour le changement, en n'imposant pas son point de vue mais en incitant le patient à considérer de nouvelles informations. Par ailleurs, il s'agit de l'impliquer activement dans le processus de résolution de ses problèmes. Enfin, le concept d'*efficacité personnelle* est au cœur de l'EM. Il s'agit de la croyance d'une personne en sa capacité à surmonter des obstacles et à réussir un changement. Ce sentiment d'efficacité personnelle est un bon indicateur de réussite. L'intervenant peut aider le patient à changer, si ce dernier le désire, mais en aucun cas ne va changer le patient contre son gré. Ainsi, les objectifs sont-ils rarement prescrits mais négociés avec le patient qui détermine lui-même le type et le moment du changement. Il est également important que l'intervenant croit lui-même en les capacités de changer de son patient et l'encourage en lui rappelant ses succès passés (tableau 1).

Valentin, 15 ans, boit habituellement les vendredi et samedi soir en compagnie de ses copains. Il estime boire environ 2 litres de bière et 1/2 bouteille de vodka par soirée. Sous l'effet de l'alcool, il est parfois violent comme récemment où il a blessé à la tête un ado qu'il ne connaissait même pas. Valentin consulte sous la pression de ses parents, inquiets et se sentant désarmés face aux abus répétés d'alcool de leur fils

Au cours du premier entretien, Valentin explore avec le médecin son ambivalence par rapport à sa consommation, dans un climat dénué de jugement, en relevant les côtés agréables de sa consommation d'alcool, soit le plaisir de boire entre amis, l'effet désinhibant de l'alcool sur sa timidité, lui permettant d'aborder les filles plus facilement	Empathie
Il cite également les côtés moins positifs, à savoir la perte de contrôle, les trous de mémoire le lendemain matin, la violence, le fait que ses copains et ses parents désapprouvent son comportement lorsqu'il est ivre	Ambivalence
Il n'est pas prêt à arrêter de boire et le médecin ne cherche pas à l'en convaincre	Rouler avec la résistance
Ses prochaines vacances étant en jeu (ses parents hésitent à le laisser partir avec ses copains), il décide de limiter sa consommation à 6 verres par soirée	Développer les contradictions
Très au fait des conditions qui augmentent la vitesse d'absorption de l'alcool dans le sang, il se propose de manger avant de boire, de boire plus lentement et de ne pas mélanger l'alcool fort à des boissons gazeuses et sucrées. Nous l'encourageons dans ce sens, en valorisant ses efforts	Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

Tableau 1. Illustration clinique n° 1: principes de l'entretien motivationnel (EM).

Stratégies de base de l'entretien motivationnel

L'EM fait appel à différentes stratégies de base qui aident le patient à explorer son

ambivalence et à clarifier les raisons d'un changement de comportement : les *questions ouvertes* poussent le patient à développer ses réponses ; l'*écoute «réflective»* permet au patient d'entendre ses préoccupations et ses raisons en faveur d'un changement au moins deux fois : une fois de lui-même, une deuxième fois de son thérapeute mais l'aide également à poursuivre l'exploration de son ambivalence ; la *valorisation* a pour but de relever les efforts et les forces du patient. Tout au long des entretiens, l'intervenant utilise ponctuellement le *résumé* dans le but de renforcer ce qui a été dit, de montrer qu'il a écouté attentivement et de permettre au patient de continuer à élaborer plus avant. Enfin, une des stratégies clés de l'EM est de susciter le *discours changement*, c'est-à-dire d'amener le patient à présenter les arguments en faveur du changement comme reconnaître les désavantages du statu quo, reconnaître les avantages du changement, exprimer de l'optimisme face au changement et exprimer l'intention de changer.

En résumé, l'intervenant va aider son patient à construire sa propre motivation au changement, en utilisant des stratégies qui amplifient et clarifient les discordances du patient entre ses objectifs, ses valeurs et son comportement actuel. L'intervenant, partenaire dans la relation, travaille en respectant le stade de préparation au changement du patient, dans une atmosphère empathique, dénuée de jugement (tableau 2).

2^e consultation	
Dr UMSA: comment cela s'est-il passé depuis notre dernier entretien?	Question ouverte
Valentin: ben, j'ai fait quelques soirées mais moins arrosées que d'habitude Dr UMSA: tu es content de toi	Ecoute réfléctive
V: oui, par exemple hier soir, j'étais au billard avec mes potes. On a bu de la vodka mais plus lentement et on avait mangé avant. Et puis je leur ai dit qu'on devait pas la mélanger avec du coca, comme ça l'alcool monte moins vite à la tête... j'ai gardé les idées claires toute la soirée et mes copains m'ont trouvé plus cool Dr UMSA: quelles sont les autres choses que tes copains t'ont dites? V: qu'ils étaient plus détendus quand ils ont compris que je m'arrêterai avant de déconner	Elaboration du discours changement
Dr UMSA: donc, tu as mis en pratique tes décisions prises au cours de notre dernier entretien: tu as diminué la quantité d'alcool que tu as bu, tu as fait attention à boire dans des conditions qui favorisent une absorption lente de l'alcool et en même temps tu as profité de ta soirée avec tes copains qui étaient plutôt contents de toi. Est-ce que je t'ai bien compris?	Résumé

Tableau 2. Illustration clinique n° 2: stratégies de l'entretien motivationnel (EM).

L'adolescence : considérations développementales

L'adolescence est une période de la vie caractérisée par d'importantes modifications biologiques, physiologiques et sociales qui conduisent à l'acquisition de compétences personnelles et sociales, d'une autonomie et d'une identité propres. Rappelons que bien que ce processus d'adolescence ait souvent été décrit comme une période d'extrême instabilité, la plupart des adolescents la traversent sans difficultés. En réalité, 80% des adolescents font face sans trop de problèmes à ce processus développemental.⁶ Parmi ces 80%, 30% suivent un processus de croissance continu sans difficultés, 40% ont des périodes de stress alternant avec des périodes de calme et 30% ont un développement tumultueux.

Neinstein divise l'adolescence en trois étapes distinctes, *early, middle et late adolescence*.⁶ Du point de vue du développement identitaire, ce sont surtout dans les deux premières phases que l'on retrouve des comportements de prise de risque, respectivement par le manque de contrôle sur l'impulsivité et le besoin immédiat de récompense, et en raison d'un sentiment d'omnipotence et d'immortalité que ressentent les adolescents. Arnett a introduit récemment le concept d'«âge adulte naissant», entre 18 et 25 ans, étape intermédiaire entre l'adolescence tardive et l'âge adulte, favorisée par les cultures hautement industrialisées, où les jeunes gens restent plus longtemps dans le système d'éducation et tardent à entrer dans la vie active, le mariage et la parentalité.⁷ Durant cette période, on note également une augmentation des comportements à risque (substances, sexe et conduite de véhicule), les individus explorant leurs identités et leurs rôles, «les "adultes naissants" pouvant rechercher de nouvelles et intenses expériences plus librement que les adolescents puisqu'ils sont moins sous le contrôle des parents, et plus librement que les adultes puisqu'ils sont moins contraints par les rôles».⁷ En clinique, le praticien gardera en tête d'adapter son intervention envers l'adolescent en tenant compte de son âge et de son stade de développement.

Par exemple

Juan, 12 ans, est sensible aux aspects du coût de son tabagisme ; Mélanie, 16 ans est intéressée à discuter des inconvénients de son surpoids sur son activité de loisir qu'est le hip-hop ; Michael, 19 ans, est gêné lors des entraînements de football par sa dyspnée qu'il met en lien avec sa consommation régulière de cannabis et de tabac.

Entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes

Les larges programmes de prévention ont un effet modéré sur l'initiation d'un comportement à risque chez les jeunes (prévention primaire), de même que les résultats sont peu probants pour les jeunes qui ont initié un comportement à risque (prévention secondaire).⁸⁻¹¹ En ce sens, l'EM semble être particulièrement bien adapté à des programmes de prévention secondaire ciblés sur un comportement à risque donné, par exemple dans un contexte de soins.¹² Comme on l'a vu plus haut, la morbidité à l'adolescence est en lien avec de nombreux facteurs sociaux, comportementaux et développementaux, parmi lesquels l'usage de substances, les accidents, les troubles de la conduite alimentaire, les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et les états dépressifs.¹³⁻¹⁶ Des événements comme une blessure en lien avec la consommation d'alcool ou une visite chez un médecin de premier recours ont été conceptualisés comme des *teachable moments*, soit des moments où la capacité d'apprentissage est plus importante, où un changement de comportement peut avoir lieu suite à l'événement lui-même ou comme résultat d'une intervention supplémentaire, telle que celle du médecin.¹⁷⁻¹⁹ Par ailleurs, en tant que groupe de population, les adolescents sont typiquement dans une phase d'exploration ou d'initiation, induisant des comportements compromettant la santé.²⁰ Or, la recherche suggère que les adolescents progressent au travers de différentes étapes d'initiation de comportement en parallèle avec le modèle des étapes de changement.²¹ De plus, les adolescents luttent pour devenir autonomes, pour construire une identité indépendante de leurs parents ou d'autres adultes, et montrent donc souvent une résistance envers des figures autoritaires et recherchent plutôt le soutien et l'approbation de leurs pairs.²² Le style centré sur la personne utilisé dans l'EM donne l'opportunité d'augmenter le sens du contrôle des adolescents sur leur vie. Finalement, les entretiens motivationnels sous leur forme brève sont appropriés du point de vue développemental et peuvent être façonnés aux besoins des adolescents, aux circonstances et à leur stade de préparation au changement. Baer et Lawendowski considèrent que l'EM est particulièrement attractif pour les adolescents

précisément parce que c'est une approche non confrontante, qui n'impose pas de buts spécifiques.^{23,24} Miller et Rollnick soulignent encore que cette approche clinique non seulement minimise l'argumentation mais utilise l'ambivalence pour développer la motivation au changement, ambivalence très présente à l'âge de l'adolescence.⁴

Efficacité de l'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes

L'application de l'EM chez les adolescents est récente. Peu d'études randomisées contrôlées existent, essentiellement dans le champ des abus de substances et l'EM est fréquemment utilisé sous une forme assez courte, particulièrement bien adaptée à la clinique : l'intervention brève.

Substances

Monti et coll. ont randomisé 243 adolescents de 13-19 ans, admis aux urgences suite à un événement en lien avec l'alcool, soit dans un groupe recevant un bref (35-40 minutes) entretien de type motivationnel avec un feedback personnalisé ou dans un groupe recevant des soins standards. Parmi les jeunes de 18 à 19 ans, ceux du groupe intervention présentaient une diminution significative des risques liés à la consommation d'alcool au suivi à six mois, par rapport aux jeunes du groupe contrôle. Les risques liés à la consommation d'alcool étant la conduite après la consommation d'alcool, les violations du code de la route, les blessures et les problèmes en lien avec la consommation d'alcool (problèmes avec la famille, les amis, l'école et la police). La consommation d'alcool diminuait significativement entre le *baseline* et le suivi à trois mois, dans les deux groupes, sans qu'il y ait de différence entre les groupes.¹⁹ Parmi les jeunes de 13 à 17 ans, les résultats ont montré une diminution à trois mois de la consommation d'alcool et des épisodes d'ivresse dans les deux groupes avec en plus une diminution significative, dans le groupe intervention, des blessures en lien avec l'alcool et des conduites en état d'ivresse, pour les jeunes en âge de conduire.²⁵

Une étude au design similaire mais ciblant l'usage de la cigarette n'a pas permis de mettre en évidence une différence de taux d'abstinence à trois mois, statistiquement significative, entre les groupes intervention (20%) et contrôle (10%), probablement en raison de la petite taille de l'échantillon.²⁶

Une étude randomisée, anglaise, a récemment analysé la consommation de substances chez 200 collégiens de 16 à 20 ans dont la moitié a reçu une heure d'EM au sujet de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales (cannabis, ecstasy, cocaïne). Les consommations à trois mois ont toutes diminué de manière statistiquement significative entre les groupes intervention et contrôle, respectivement : 21% vs + 12% pour le tabac, 39% vs + 12% pour l'alcool, 66% vs + 27% pour le cannabis. Les auteurs soulignent que ces résultats sont très encourageants, les jeunes bénéficiant à l'évidence de ce type d'intervention relativement brève, au même titre que les adultes. Par ailleurs, ils relèvent que ces interventions permettent surtout aux jeunes de modérer leur consommation plutôt que de devenir abstinents.²⁷

Plusieurs études, portant sur des étudiants américains de 18 à 21 ans, ont montré une diminution significative de plusieurs indices en relation avec la consommation d'alcool, lors du suivi à six semaines, à un an, à deux ans et à quatre ans.²⁸⁻³¹

Risque de blessures

Johnston et coll. ont randomisé 631 adolescents de 12 à 20 ans consultant les urgences pour blessure, soit dans un groupe qui recevait un traitement + 20' d'EM sur la prise de risque, soit dans un groupe traitement seul.³² Les résultats à six mois montraient que les jeunes du groupe EM avaient un risque relatif de 1,34 par rapport au port de la ceinture de sécurité et de 2,00 par rapport au port du casque de vélo. Ils n'ont pas démontré de différence pour les autres risques (conduite en état d'ivresse, *binge drinking*, montée à bord d'un véhicule avec un chauffeur sous l'emprise de substance, port d'arme). Les auteurs relèvent que le bénéfice de l'intervention aurait certainement été plus important s'ils avaient retenu comme critères d'inclusion à la fois une blessure et une prise de risque. Par ailleurs, ils soulignent également le concept du *teachable moment*.

Plusieurs études non randomisées, qualitatives ou pilotes ont vu le jour dans des champs d'investigation différents. Une intervention brève de type motivationnel a permis d'augmenter l'adhérence à un programme diététique de participants passant de l'enfance à l'adolescence.¹² Une étude pilote a permis de diminuer de manière significative le taux d'HbA1c de patients diabétiques âgés entre 14 et 18 ans ayant bénéficié de quelques sessions d'EM. Ces patients ont également décrit avoir moins peur d'une hypoglycémie et ressentir moins de difficultés à vivre avec leur maladie.³³ Une étude qualitative a mis en évidence que l'utilisation conjointe de l'EM et d'une composante de la thérapie narrative permettait à des diabétiques insulino-dépendants de 13 à 16 ans, de modifier leur perception de la maladie : ils se sentaient moins menacés, avaient plus de sensations de contrôle et d'acceptation, les conséquences du diabète leur semblant moins influencer leur mode de vie.³⁴ Enfin, l'EM est utilisé en pratique avec satisfaction dans des situations de troubles de la conduite alimentaire.^{35,36}

Conclusions

Miller et Rollnick soulignent le fait que l'EM avec des adolescents et des jeunes adultes représente un certain défi, surtout dans le domaine des abus de substances.⁴ En effet, ces adolescents ont des caractéristiques particulières : une interaction difficile avec les adultes, sur un mode contrôlant-contrôlé, une exposition préalable à des messages éducationnels exagérés à propos des drogues, un sentiment d'invulnérabilité, une contrainte par le système judiciaire, le besoin d'établir une identité propre et la certitude qu'ils n'évolueront pas vers la dépendance. Chacune de ces caractéristiques conduit dans la direction de la résistance. De plus, il est rare que l'adolescent soit lui-même demandeur d'aide mais est plutôt amené sous contrainte à la consultation, par exemple suite à un événement ayant alerté les adultes (accident, arrestation par la police, etc.). Enfin, un certain nombre de ces adolescents est peu loquace, malgré l'utilisation de questions ouvertes. L'intervenant doit donc être prêt à «rouler» avec ces formes de résistance, en se détachant des messages traditionnels, en cherchant avec l'adolescent ce qu'il pourrait retirer de l'entretien, en offrant un feedback personnalisé à l'adolescent en rapport avec son mode de comportement, en explorant et en soutenant les objectifs personnels de l'adolescent et en adaptant son langage, en parlant plutôt de leur «choix», de leur «comportement» et peut-être de leurs «risques» plutôt que d'étiqueter leurs comportements de «problèmes».

L'utilisation de l'EM avec les adolescents est relativement nouvelle. Les évaluations dans cette population spécifique ont souvent été le fait d'études de petite taille et seules quelques-unes avaient un groupe contrôle. Néanmoins, les premiers résultats montrent que les interventions brèves utilisant l'EM avec les adolescents et les jeunes adultes permettent de réduire les conduites à risque, augmentent la rétention au traitement et améliorent les résultats de traitement dans le domaine des abus de substances. Par ailleurs, d'autres études, qualitatives, sont encourageantes et prometteuses dans le domaine de la maladie chronique et de la compliance médicamenteuse. L'EM ouvre de

nouvelles perspectives dans d'autres conduites à risque (pratiques sexuelles à risque, prise de risque physique) mais aussi dans des domaines apparentés à la dépendance, comme les troubles de la conduite alimentaire. W

Auteur(s) : I. Chossis

Contact de(s) l'auteur(s) : Dr Isabelle Chossis Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) CHUV 1011 Lausanne Isabelle.Chossis@ hospvd.ch

Bibliographie : site internet : www.motivationalinterview.org 1 Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change. In : Treating addictive behaviors : Processes of change. New York : Plenum, 1986 ; 3-27. 2 Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy 1983 ; 11 : 147-72. 3 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behaviors. New York : Guilford Press, 1991. 4 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : Preparing people for change. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2002. 5 Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing ? Behavioral Cognitive Psychotherapy 1995 ; 23 : 325-34. 6 Neinstein L. Adolescent health care. A practical guide. 4th ed. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins, 2002. 7 Arnett JJ. Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol 2000 ; 55 : 469-80. 8 Department of Health and Human Services. 10th special report to the United States Congress on alcohol and health : Highlights from current research. Washington DC : National Institutes of Health, 2000. 9 Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP, et al. A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse : Effects of drug use prevalence. JAMA 1989 ; 22 : 3259-66. 10 Brown JH, Horowitz JE. Deviance and deviants : Why adolescent substance use prevention programs do not work. Evaluation Review 1993 ; 17 : 529-55. 11 Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high : A multi-site longitudinal test. Science 1990 ; 247 : 1299-305. 12 Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group. Health Education Research 1999 ; 14 : 399-410. 13 Jessor R. Adolescent development and health behavior. In : Matarazzo J, Weiss S, Herd J, Miller N, Weiss M eds. Behavioral health : A handbook of health enhancement and disease prevention. New York : John Wiley, 1984 ; 69-90. 14 Erwin C, Millstein S. Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors in adolescence : Can the physician intervene ? Journal of Adolescent Health Care 1986 ; 7 (Suppl.) : S82-S96. 15 Blum R. Contemporary threats to adolescent health in the United States. JAMA 1987 ; 257 : 3390-6. 16 Hofman A. Clinical assessment and management of health risk behavior in adolescents. Adolescent Medicine : State of the Art Reviews 1989 ; 1 : 330-44. 17 Longabaugh R, Minugh PA, Nirenberg TD, et al. Injury as a motivator to reduce drinking. Acad Emerg Med 1995 ; 2 : 817-25. 18 McBride CM, Scholes D, Grothaus LC, et al. Evaluation of minimal self-help smoking cessation intervention following cervical cancer screening. Prev Med 1999 ; 29 : 133-8. 19 Monti PM, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. J Consult Clin Psychol 1999 ; 67 : 989-94. 20 Jaffe A, RADIUS S, Gall M. Health counseling for adolescents : What they want, what they get, and who gives it. Pediatrics 1988 ; 82 : 481-5. 21 Werch CE, DiClemente C. A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. Health Education Research : Theory and Practice 1994 ; 9 : 37-46. 22 Christopher J, Nangle D, Hansen D. Social skills interventions with adolescents. Behav Modif 1993 ; 17 : 314-38. 23 Lawendowski LA. A motivational intervention for adolescent smokers. Prev Med 1998 ; 27 : A39-A46. 24 Baer JS, Peterson PL. Motivational interviewing with adolescents and young adults. In : Motivational interviewing : Preparing people for change. New York : Guilford Press, 2002 ; 320-32. 25 Colby SM, Monti PM, Barnett NP, et al. Motivational interviewing for alcohol-related emergencies : Outcome for 13-17 year olds. Symposium conducted at the annual meeting of the Research Society on Alcoholism, Santa Barbara, CA, 1999. 26 Colby SM, Monti PM, Barnett NP, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking : A preliminary study. J Consult Clin Psychol 1998 ; 66 : 574-8. 27 McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people : Results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction 2004 ; 99 : 39-52. 28 Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. J Consult Clin Psychol 2000 ; 68 : 728-33. 29 Larimer ME, Turner AP, Anderson BK, et al. Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. J Stud Alcohol 2001 ; 62 : 370-80. 30 Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers : Results from a 2-year follow-up assessment. J Consult Clin Psychol 1998 ; 66 : 604-15. 31 Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, et al. Brief intervention for heavy drinking college students : Four-year follow-up and natural history. Am J Public Health 2001 ; 91 : 1310-6. 32 Johnston BD, Rivara FP, Driesch RM, et al. Behavior change counseling in the emergency department to reduce injury risk : A randomized, controlled trial. Pediatrics 2002 ; 110 : 267-74. 33 Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. Arch Dis Child 2003 ; 88 : 680-3. 34 Knight KM, Bundy C, Morris R, et al. The effects of group motivational interviewing and externalizing conversations for adolescents with type-1 diabetes. Psychology, Health & Medicine 2003 ; 8 : 149-57. 35 Killick S, Allen C. «Shifting the balance» Motivational interviewing to help behavior change in people with bulimia nervosa. European Eating Disorders Review 1997 ; 5 : 33-41. 36 Treasure J, Ward A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. European Eating Disorders Review 1997 ; 5 : 102-14.

Mots-clef : *l'adolescence / ambivalence / motivation / changement*