Sevrage des opioïdes à l'aide de l'entretien motivationnel

Alex Crawley ACPR Laura Murphy ACPR PharmD Loren Regier Nora McKee MD CCFP FCFP

Imaginez la situation suivante. Vous êtes médecin dans une clinique de médecine familiale achalandée. Aujourd'hui, une de vos patientes qui souffre de douleur chronique et prend de fortes doses d'un opioïde d'ordonnance a rendez-vous avec vous. Selon ce que signale la patiente, elle semble n'obtenir que des bienfaits minimes de ses opioïdes pour sa douleur et son fonctionnement[1]. Les données probantes limitées à notre disposition font valoir qu'un sevrage des opioïdes pourrait en réalité améliorer globalement la douleur et le fonctionnement[2]. Vous aimeriez proposer une réduction progressive de la dose d'opioïdes, et peut-être même un arrêt mais quand vous avez antérieurement abordé ce sujet avec votre patiente, vous avez senti sa résistance, et ce, de diverses façons : « Ce n'est pas le bon moment maintenant. » « Qui sait si je me sentirais mieux? » « Sans opioïdes, qu'est-ce qu'il me resterait? » « C'est la seule chose qui m'aide à me rendre au bout de la journée! »

Que devriez-vous faire? Y a-t-il une façon pour inciter votre patiente à accepter l'idée que le sevrage de ses opioïdes pourrait lui apporter des bienfaits? Comment pouvez-vous aider votre patiente à *décider* d'essayer le sevrage des opioïdes?

L'entretien motivationnel est l'une des approches possibles. Cette technique encourage les patients à formuler leurs propres raisons de changer et explore les divergences entre les arguments en faveur et contre le changement[3]. Pour aider les patients ambivalents ou résistants au changement, elle fait appel à 3 compétences en communication : savoir écouter, questionner et informer. L'entretien motivationnel repose sur le principe de la collaboration, de l'évocation et du respect de l'autonomie du patient[3]. RxFiles a produit un tableau sur les compétences utilisées pour l'entretien motivationnel, qui se trouve en anglais dans **CFPlus***.

De nombreux professionnels de la santé ont déjà les compétences voulues pour écouter, questionner et informer. L'approche motivationnelle est simplement une application plus pointue de ces compétences dans le but précis de favoriser des changements comportementaux. Le recours à cette approche peut sembler à la fois familier et difficile, surtout dans les interactions épineuses, c'est-à-dire celles qui deviennent conflictuelles ou ressemblent à une argumentation. Dans de tels cas, l'approche motivationnelle offre de nouveaux outils de communication. À la longue, les professionnels de la santé qui ont recours à l'approche motivationnelle signalent des interactions plus satisfaisantes et efficaces avec leurs patients.

Dans le présent article, nous donnons des exemples d'entretiens motivationnels dans un cas portant spécifiquement sur les opioïdes, en présentant une version annotée de la façon dont peut se dérouler une conversation entre un homme médecin et une patiente qui prend des opioïdes. Comme référence rapide sur l'entretien motivationnel portant sur les opioïdes, vous pouvez utiliser la fiche clinique qui se trouve en anglais dans **CFPlus***. L'**Encadré 1** donne une liste de diverses autres ressources de RxFiles accessibles sur les opioïdes.

Encadré 1. Autres ressources sur les opioïdes produites par RxFiles

On trouvera les ressources de RxFiles suivantes, en anglais, à **www.RxFiles.ca**

- Une **brochure à l'intention des patients** qui répond à des questions à propos des opioïdes, qui peut les aider à reconsidérer leur utilisation.
- Un **graphique couleur/douleur** qui décrit certaines options de rechange aux opioïdes pour la prise en charge de la douleur.
- Un **bulletin sur le sevrage des opioïdes** qui décrit certaines stratégies utiles pour élaborer un plan de sevrage susceptible de réussir.

Partie 1 : Créer un discours-changement en écoutant

Médecin : Bonjour Mme Johnson. C'est un plaisir de vous revoir. À votre dernier rendez-vous, il y a quelques mois, nous avons parlé un peu de votre lombalgie chronique. Comment allez-vous maintenant?

Mme Johnson : En réalité, pas très bien. Je comptais d'ailleurs vous en parler aujourd'hui.

Médecin : Rappelez-moi ce que vous prenez pour la douleur.

Mme Johnson : Actuellement, je prends de la morphine à longue durée d'action 2 fois par jour et de la morphine à courte durée d'action 4 fois par jour, habituellement à l'heure des repas et avant d'aller au lit. Je prends aussi de l'acétaminophène en même temps que la morphine.

Médecin : Et vous n'êtes pas aussi soulagée que vous l'aimeriez.

*Le **tableau** et **la fiche clinique de RxFiles sur l'entretien motivationnel** se trouvent en anglais à **www.cfp.ca.** Rendez-vous au texte intégral de cet article en ligne et cliquez sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

Mme Johnson : C'est peu dire, docteur. La douleur est si terrible. Au réveil, je me sens tellement mal. La plupart du temps, j'ai de la difficulté à me lever. La situation ne s'améliore par vraiment durant la journée, et je n'arrive pas à faire ce que je veux.
Médecin : La douleur vous empêche de faire ce que vous aimez.
Mme Johnson : Presque tout. Je voudrais jouer avec mes enfants, et recommencer à faire la cuisine et le lavage, mais c'est impossible pour moi avec cette douleur.
Médecin : Vous voulez recommencer à vivre normalement, mais la morphine ne vous aide pas à le faire pour le moment.
Mme Johnson : Exactement. J'ai besoin d'une dose plus forte encore, et c'est la raison de ma visite.
Médecin : Vous vous demandez si une dose plus forte fonctionnerait mieux.
Mme Johnson : Je sais que cela marcherait. Par le passé, quand nous augmentions la dose, je me sentais toujours mieux.
Médecin : Et vous pouviez à nouveau jouer avec vos enfants et faire la cuisine.
Mme Johnson : Pas vraiment, non, mais je me sentais comme si je pouvais oublier la douleur. Ce n'est pas comme si je prenais une si forte dose.
Médecin : Vous ne voyez aucun problème avec votre dose de morphine.
Mme Johnson : Ce n'est pas exactement ce que je dirais. Parfois, je me sens un peu perdue. Les enfants doivent souvent me répéter ce qu'ils viennent de me dire.
Médecin : Et cela vous dérange un peu.
Mme Johnson : Oui, je me dis en moi-même, *je n'ai que 43 ans et je me sens comme si j'en avais 90!*
Médecin : Ce n'est pas agréable de se sentir ainsi. Vous vous demandez si c'est la morphine qui vous fait sentir perdue.
Mme Johnson : C'est assurément la morphine. Mais, que suis-je censée faire? Je ne peux pas m'en passer.

Dans un entretien motivationnel, le clinicien a pour but de guider le patient vers un changement. Le *discours-changement* décrit les déclarations du patient qui signalent un désir, une capacité, une raison ou une nécessité de changer (**Tableau 1**)[3]. Une des meilleures façons de créer un environnement propice au discours-changement est de bien écouter et comprendre le patient au moyen de l'écoute active.

Le médecin, dans le scénario qui précède, utilise la reformulation des déclarations. Il n'essaie pas d'être d'accord ou en désaccord, de sympathiser ou de persuader[3]. Il essaie plutôt de faire écho à ce que lui dit la patiente à ce moment. Il fait une hypothèse quant à ce qu'il croit être ce que veut dire la patiente, puis il essaie de le répéter en d'autres mots. C'est comme s'il tentait de « continuer le paragraphe » et d'anticiper ce que la patiente pourrait dire ensuite, mais qui n'est pas encore dit[3].

Durant ce temps, le médecin reste à l'affût du discours-changement. Plusieurs fois durant la conversation, Mme Johnson décrit pourquoi elle pourrait être motivée à changer : elle veut jouer davantage avec ses enfants et s'occuper de ses tâches domestiques; elle veut se débarrasser de la douleur; elle n'aime pas se sentir plus vieille que son âge. Chaque fois que le médecin entend un discours-changement, le médecin s'assure d'y revenir. Ainsi, la patiente entend ses propres arguments en faveur d'un changement[3].

Le médecin *roule avec la vague de résistance*; autrement dit, il n'intervient pas pour corriger le point de vue de la patiente[3]. Examinons sa réponse à l'énoncé de la patiente disant qu'elle ne prend pas de fortes doses de morphine. Plutôt que se dire d'accord ou en désaccord, il redit ce qu'il pense être ce que veut dire la patiente. Signalons que ces reformulations ne sont pas des questions et ne sont pas prononcées avec sarcasme. Ce sont plutôt des énoncés et la voix du médecin baisse de ton à la fin de chaque réflexion[3].

Il est difficile de rouler avec la vague de résistance! Il est bien plus simple de « donner l'heure juste » à la patiente. Par exemple, le médecin aurait pu être tenté de lui dire qu'en réalité, sa dose de morphine est plutôt élevée. Malheureusement, quand nous suivons une telle approche, les patients se rebiffent et commencent à argumenter contre le changement. Dans le scénario qui précède, le fait de rouler avec la vague de résistance a plutôt incité la patiente à utiliser encore plus un discours-changement. La patiente a entendu la répétition de ses propres mots et s'est rendu compte qu'ils n'étaient pas tout à fait justes et qu'elle avait, en réalité, quelques problèmes avec la morphine.

Tableau 1. Reconnaître le discours-changement chez les patients

NATURE DES PROPOS	ÉNONCÉS QUI INDIQUENT LE TYPE DE DISCOURS CHANGEMENT
Désir	« Je veux… »
	« J'aimerais… »
	« Je souhaiterais… »
Capacité	« Je pourrais… »
	« Je peux… »
	« Je pourrais être capable de… »
Raisons	« Ce serait mieux si… »
Nécessité	« Je dois… »
	« Il me faut… »
	« Je devrais réellement… »

Données tirées de Rollnick et coll.[3]

Partie 2 : Créer le discours-changement en questionnant

Médecin : Vous venez de me dire que vous vous sentez plus vieille que votre âge. Disons que nous conservions la même dose de morphine pendant encore 5 ans environ. Selon vous, à quoi ressemblerait votre vie dans 5 ans?

Mme Johnson : Vous savez, je n'ai jamais regardé la situation sous cet angle. De fait, je pense surtout au jour le jour…

Médecin : Il vous est difficile de penser à l'avenir à cause de la douleur.

Mme Johnson : Exactement… Dans 5 ans, je voudrais certainement ne plus prendre de morphine. J'espère que ma douleur aura disparu bien avant, et je ne voudrais pas avoir ces effets secondaires pendant tout ce temps.

Médecin : Vous ne vous voyez pas vraiment prendre de la morphine à long terme. Il y a trop d'effets secondaires.

Mme Johnson : Si la douleur s'améliorait, je voudrais arrêter la morphine.

Médecin : Vous arrêteriez si vous le pouviez.

Dans la première partie, nous avons parlé de l'une des principales compétences nécessaires dans les entretiens motivationnels : l'écoute. La deuxième compétence importante dont nous parlerons est le questionnement.

Le questionnement a pour but de créer l'occasion pour la patiente d'évaluer ses choix et d'explorer les formes que pourrait prendre le changement. Pour ce faire, il faut un esprit de véritable curiosité, en s'abstenant de désapprouver pour éviter que la patiente se place sur la défensive. Il est aussi utile de poser les bonnes questions. En règle générale, les questions utilisées dans les entretiens motivationnels devraient essayer de susciter le discours-changement. L'**Encadré 2** présente une liste d'exemples de questions pour inciter le discours-changement relativement à l'utilisation des opioïdes.

Les entretiens motivationnels fonctionnent le mieux lorsque les principales compétences sont utilisées ensemble, par exemple, en combinant le questionnement et l'écoute. L'alternance de questions et de reformulations aide à empêcher que les patients se sentent criblés de questions et à libérer complètement le potentiel de discours-changement qu'il est possible de générer par chaque question. La règle d'or est d'utiliser au moins 2 ou 3 reformulations pour chaque question posée.

Examinons la question posée par le médecin à la patiente ci-dessus : « Selon vous, à quoi ressemblerait votre vie dans 5 ans? » Cette question est conçue pour faire ressortir les souhaits de la patiente et, dans ce cas, elle a fonctionné : elle ne veut plus prendre de morphine d'ici là. Le médecin, en entendant le mot *voudrais*, reconnaît un discours-changement (**Tableau 1**)[3], et il prend bien soin de recourir à l'écoute réflective pour lui répéter le propos. Par conséquent, la patiente entend à nouveau l'un de ses arguments en faveur du changement, et la probabilité de changement continue d'augmenter.

Encadré 2. Questions utiles pour susciter le discours-changement

Voici des exemples de questions pour aider à susciter le discours-changement relativement à l'utilisation des opioïdes :

- Selon vous, quels sont les apects positifs et négatifs de la poursuite de la prise d'opioïdes?
- Comment est votre vie maintenant par rapport à votre vie avant de commencer à prendre des opioïdes?
- Imaginez que vous continuez à prendre des opioïdes pendant les 5 prochaines années. À quoi alors ressemblerait votre vie?
- Y a-t-il des avantages à ne plus prendre des opioïdes?

Partie 3 : Créer le discours-changement en informant

Médecin : Puis-je vous parler de ce que j'ai appris dernièrement?

Mme Johnson : Bien sûr.

Médecin : Vous allez sans doute être surprise. Je l'ai été lorsque je l'ai appris. Chez certaines personnes, lorsqu'on augmente leur dose d'opioïdes, leur douleur s'aggrave. Cela peut sembler difficile à croire, mais chez ces gens, lorsqu'on leur donne moins de morphine, leur douleur s'atténue. C'est ce qu'on appelle une *hyperalgésie induite par les opioïdes.*

Mme Johnson : Cela devrait être l'inverse.

Médecin : Cela ne vous semble pas vraisemblable.

Mme Johnson : Ce n'est pas vrai pour moi. Comment serait-ce possible? Lorsque je prends ma morphine en retard, je m'en rends compte. La douleur revient tout de suite. La morphine fait donc certainement effet.

Médecin : Vous sentez que la morphine agit, parce que vous ressentez de la douleur quand vous n'en prenez pas.

Mme Johnson : Exactement.

Médecin : Puis-je faire une observation?

Mme Johnson : Bien sûr.

Médecin : Ce que vous dites ne m'étonne pas vraiment. Nous savons que le corps s'habitue à la présence des opioïdes. Alors, quand il n'y en a plus, même pour une courte période, le corps ressent un sevrage. Le sevrage est douloureux! La douleur ressentie à cause du sevrage peut ressembler exactement à votre lombalgie habituelle. Ce que j'essaie de vous dire, c'est que votre corps peut confondre ce qui semble un soulagement de la douleur, alors qu'en réalité, la morphine empêche la douleur du sevrage.

Mme Johnson : Humm.

Médecin : Qu'en pensez-vous?

La troisième compétence importante dans les entretiens motivationnels est la capacité de bien informer. La présentation de l'information se déroule habituellement après avoir demandé la permission et ne doit pas prendre la forme d'une leçon. L'objectif est plutôt de fournir de l'information en exerçant un rôle de guide[3].

L'une des approches pour ce faire est la technique appelée *solliciter-fournir-solliciter*[3]. D'abord, il faut solliciter la permission de fournir de l'information. Cela peut être fait directement, comme l'a fait le médecin du scénario ci-haut ou encore, indirectement, avec une question ouverte comme la suivante : « Que voudriez-vous savoir à ce sujet? » Deuxièmement, l'information est fournie en quantité gérable. Troisièmement, il faut encore solliciter une réponse, en guise de suivi, pour connaître la réaction aux renseignements fournis.

Dans le scénario qui précède, on peut remarquer que le médecin a utilisé 2 cycles de la technique dite solliciter-fournir-solliciter. Il a demandé la permission chaque fois avant de donner son information et a fait suivre cette information par une vérification pour savoir ce qu'en pensait la patiente. Dans l'intervalle, il s'est servi de l'écoute réflective pour atténuer la possibilité que la patiente se mette sur la défensive. Il en a résulté que la patiente était disposée à au moins considérer ce que son médecin avait à dire.

Les patients ont souvent des opinions bien arrêtées à propos des opioïdes, et il peut être difficile de fournir des renseignements sur le sujet sans rencontrer de la résistance. La brochure de RxFiles sur les opioïdes pourrait aider les patients à mieux comprendre les opioïdes et à réduire leur dose (**Encadré 1**).

Partie 4 : Rassurer et résumer

Mme Johnson : Si la morphine ne m'aide pas, pourquoi alors m'en avoir prescrit?

Médecin : Vous souhaiteriez peut-être ne pas les avoir commencés du tout.

Mme Johnson : Pas vraiment. Je me souviens d'avoir été contente de les avoir commencés à ce moment-là.

Médecin : Et vous vous inquiétez maintenant que, sans la morphine, votre douleur va être encore pire.

Mme Johnson : Exactement.

Médecin : Nous pouvons travailler ensemble là-dessus. Je vais vous accompagner et je ne vais pas soudainement arrêter votre morphine. J'ai espoir qu'à la longue, sans morphine, vous allez pouvoir jouir de la vie et peut-être même ne plus avoir autant de douleur dans l'ensemble. J'ai quelques suggestions d'autres options que la morphine.

Mme Johnson : Cela me rassure de savoir que vous n'allez pas arrêter la morphine d'un seul coup.

Médecin : Bon, maintenant, résumons, parce que nous avons couvert bien des sujets jusqu'ici. Votre douleur est terrible et vous empêche de faire des activités importantes, comme jouer avec vos enfants et vaquer aux tâches quotidiennes. De fait, certains jours, vous avez de la difficulté à vous lever le matin. Vous avez pris de la morphine et, avec le temps, nous avons augmenté la dose. Pourtant, cela ne vous a pas aidée à faire ce que vous souhaitiez. Il semble aussi que la morphine vous fait sentir un peu léthargique et, à la longue, vous ne vous voyez pas en prendre toute votre vie. Vous et moi, nous voulons tous 2 contrôler votre douleur. Vous êtes inquiète de réduire la dose de morphine, mais vous seriez prête à essayer, puisqu'en fait, la morphine pourrait aggraver votre douleur. Est-ce un bon résumé de la situation?

Mme Johnson : Oui, ce que vous venez de dire est juste. Docteur, je veux réellement que ma douleur soit contrôlée.

À un moment donné durant l'entretien, Mme Johnson a semblé se fâcher : « Si la morphine ne m'aide pas, pourquoi alors m'en avoir prescrit? » Cette réaction n'est pas rare chez les patients. Par contre, examinez de près la réponse du médecin. Il aurait pu être tenté de défendre sa décision de prescrire des opioïdes. Il a plutôt choisi une écoute réflective qui a fait ressortir la vraie motivation de la résistance de Mme Johnson : la peur de la douleur.

La peur de souffrir explique de nombreuses réactions extrêmes qu'ont les patients devant le sevrage de leurs opioïdes[4]. Rassurer de tels patients aide grandement. Dans le scénario ci-dessus, le médecin utilise des mots rassurants pour le ramener du même côté que Mme Johnson, en insistant sur leurs objectifs semblables : un meilleur fonctionnement et moins de douleur. Le fait d'aborder ses craintes l'aide à envisager le sevrage de la morphine comme une option et lui rappelle que son médecin est là pour l'aider.

Vers la fin de cette partie de la discussion, le médecin reformule l'ensemble du discours-changement énoncé dans les parties 1, 2 et 3 pour en faire un résumé à la patiente. On peut s'imaginer le discours-changement comme *des fleurs dans le champ de la conversation*[3]. Le travail du médecin, dans un entretien motivationnel, consiste à surveiller ces *fleurs qui surgissent*. Puis, de temps à autre, il *offre ces fleurs à la patiente sous la forme d'un bouquet de propos favorables au changement.* De cette façon, la patiente entend, regroupés, ses propres arguments en faveur du changement peut-être même pour la première fois[3].

Le médecin a bien réussi à recueillir toutes les raisons pour lesquelles Mme Johnson pourrait vouloir changer : sa douleur ne s'améliore pas; la morphine lui cause des effets secondaires; et elle ne veut pas prendre de la morphine le reste de sa vie. Il l'a aussi rassurée davantage en disant que le but est en définitive de bien contrôler sa douleur. Lorsqu'il présente à Mme Johnson toutes ses raisons d'un seul jet, il ne rencontre plus de résistance, parce qu'elle entend ses propres motivations la poussant à changer.

Partie 5 : Rassembler le tout

Médecin : Je veux moi aussi que votre douleur soit soulagée. J'ai quelques suggestions que nous pourrions examiner…

Jusqu'à présent, le médecin a fait de bons progrès, et le reste de la rencontre peut se terminer de diverses façons. Voici une stratégie possible pour conclure cet entretien[5-7] :

- D'abord utilisez la technique solliciter-fournir-solliciter pour *informer* le patient à propos des options possibles autres que des opioïdes. Il peut être avisé de présenter simultanément diverses options pour empêcher que le patient les rejette une à une si elles sont présentées individuellement. Il y a lieu, avec certains patients, d'ajuster les attentes, parce qu'un objectif « sans douleur » n'est habituellement pas réaliste.
- Utilisez *l'écoute réflective* et *le questionnement* pour explorer les options autres que des opioïdes qui, selon le patient, pourraient fonctionner. Surveillez le discours-changement et faites-y écho.
- Servez-vous de la technique solliciter-fournir-solliciter pour *informer* le patient à propos des stratégies de sevrage, y compris le soutien que vous pourriez apporter. Envisagez de parler à propos d'autres patients qui ont réussi lorsqu'ils ont essayé de réduire progressivement leurs opioïdes.
- Décidez d'un plan *en collaboration*.
- *Demandez* comment ce plan pourrait être intégré dans la vie du patient au quotidien. *Reformulez le discours-changement.*
- *Roulez avec la vague de résistance* si le patient manifeste de la nervosité à propos du plan.
- Terminez en présentant un *résumé final,* en reformulant l'ensemble du discours-changement prononcé tout au long de l'entretien.

Conclusion

Le sevrage des opioïdes est rempli de défis et nécessite souvent la combinaison simultanée de la science, de l'art et des compétences interpersonnelles de la médecine. Même en les déployant tous, la réussite n'est pas garantie. Les interactions avec les patients ne se dérouleront pas toutes aussi bien que celles décrites dans le présent article. Parfois, vos tentatives de motiver le patient se heurteront à sa résistance, et votre seul résultat aura été de semer les germes du changement. Dans d'autres cas, cette approche devra s'échelonner pendant plusieurs mois, en petites séances. Quoi qu'il en soit, l'effort en vaut la peine, et l'entretien motivationnel représente un puissant outil pour aider les patients dans leur sevrage des opioïdes.

M. Crawley est pharmacien auprès du Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles pour la Régie régionale de la santé de Saskatoon (Saskatchewan). **M. Murphy** est pharmacien clinicien en chef à l'University Health Network à Toronto (Ontario). **M. Regier** est coordonnateur du Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles. La **Dre McKee** est médecin de famille en pratique active à Saskatoon et professeure clinicienne agrégée au Département de médecine familiale universitaire de l'Université de la Saskatchewan.

Intérêts concurrents
RxFiles et les auteurs qui y collaborent n'ont aucun intérêt concurrent de nature commerciale. Le Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles est financé par l'intermédiaire d'une subvention du ministère de la Santé de la Saskatchewan à la Régie régionale de la santé de Saskatoon; les recettes « sans but lucratif ni perte de bénéfice » proviennent de la vente de livres et des abonnements en ligne. Aucune aide financière n'a été obtenue pour cette publication.

Correspondance
M. Alex Crawley; courriel **alex.crawley@usask.ca**

Références

1. Cleeland CS. Measurement of pain by subjective report. Dans: Chapman CR, Loeser JD, rédacteurs. *Issues in pain measurement. Advances in pain research and therapy.* Vol. 12. New York, NY: Raven Press; 1989. p. 391-403.
2. Frank JW, Lovejoy TI, Becker WC, Morasco BJ, Koenig CJ, Hoffecker L et coll. Patient outcomes in dose reduction or discontinuation of long-term opioid therapy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017;167(3):181-91. Publ. en ligne du 11 juill. 2017.
3. Rollnick S, Miller W, Butler C. *Motivational interviewing in health care.* New York, NY: The Guilford Press; 2008.
4. Frank JW, Levy C, Matlock DD, Calcaterra SL, Mueller SR, Koester S et coll. Patients' perspectives on tapering of chronic opioid therapy: a qualitative study. *Pain Med* 2016;17(10):1838-47. Publ. en ligne du 20 mai 2016.
5. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. *Aust Fam Physician* 2012;41(9):660-7.
6. Schumacher J, Madson M. *Fundamentals of motivational interviewing.* New York, NY: Oxford University Press; 2015.
7. Douaihy A, Kelly TM, Gold MA, rédacteurs. *Motivational interviewing: a guide for medical trainees.* New York, NY: Oxford University Press; 2014.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur **www.cfp.ca** et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at **www.cfp.ca** on the table of contents for the **August 2018** issue on **page 584.**