



Faculté de médecine d'Oran
Annexe de médecine, Tiaret

Cours de graduation : 1^{ère} année de médecine

Module : Santé - Société – Humanité (SSH)

Année universitaire : 2023/2024

LA RELATION SOIGNANT- SOIGNE

Pr. MEDJANE Rabia

Maître de conférences «A» en Médecine de travail

Service de médecine de médecine de travail, EHU d'Oran

Faculté de Médecine d'Oran, Université Oran -1

Annexe de Médecine Tiaret, Université de IBN KHALDOUN

Président du C.P.
de première année

Chef de Département de médecine

bibliothèque

Objectifs pédagogiques :

- Analyser les différents modèles de relation médecin-patient
- Développer des compétences en communication empathique
- Gérer la résistance des patients
- Intégrer la perspective du patient dans la prise en charge
- Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques.

1. Introduction – Définition :

La relation médecin-malade est une relation interpersonnelle, impliquant plusieurs personnes (médecins, soignants, patients, familles, aidants), qui passe par la maladie, qui s'exerce dans un cadre socioculturel, inégale, faite d'attente et d'espérance.

C'est une relation inégale du côté du patient car sa demande le rend tributaire du médecin mais aussi du fait de sa souffrance, sa peur, ses incertitudes qui le handicapent et le rendent vulnérable.

Le patient est souvent passif (surtout lors des phases aiguës) et tend souvent à rechercher la «protection» des soignants.

C'est une relation également déséquilibrée du côté du médecin, du fait de son savoir supposé et de son pouvoir supposé. Le médecin est alors en position de domination potentielle.

L'augmentation de la fréquence des maladies chroniques au xx siècle a conduit à envisager de nouveaux types de relation médecin-malade. Le type de relation appelé « actif/passif »

(ou« paternaliste ») parfois adapté aux maladies aiguës graves, a évolué vers une relation appelée« participative » plus adaptée aux maladies chroniques, en passant par une relation

« consensuelle » et « coopérative ».

2. Différents types de relation médecin/malade :

La relation actif/passif n'implique du patient aucune activité, c'est le médecin qui fait son acte thérapeutique. L'exemple paradigmatique est l'acte chirurgical.

La relation consensuelle suppose du patient une acceptation des soins et une coopération.

Cependant, dans cette relation, le patient est déjà convaincu de la nécessité de la prise en charge médicale. C'est, par exemple, le cas des fractures et de la nécessité de la pose d'un plâtre.

La relation coopérative implique du patient, comme dans la relation précédente, une acceptation et une coopération au geste médical, mais il doit être convaincu. Le médecin doit faire l'effort d'expliquer et de convaincre le patient de la nécessité de sa coopération.

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

C'est, par exemple, le cas d'un examen gynécologique ou d'un soin dentaire.

Enfin, **la relation participative** positionne le patient comme l'acteur privilégié de la rémission et/ou de la guérison qui doit alors changer son style de vie et ses habitudes.

La relation de type « participative » nécessite un savoir et une compétence spécifique de la part du médecin. Son savoir sémiologique, nosographique et thérapeutique ne suffit pas. Le médecin doit, certes, apporter des informations scientifiques, mais aussi un soutien moral au patient et doit tenir compte également des représentations et des actions du patient concernant sa santé et la maladie afin de mettre en place progressivement un compromis réciproque, responsable et acceptable par le patient comme par le médecin pour la prise en charge de sa maladie chronique.

Cette relation permet un processus appelé « engagement », où le médecin assure par son intérêt, ses attitudes et ses questions, le développement progressif d'un sentiment de confiance permettant au patient de se sentir plus libre de confier ses problèmes.

Ce processus d'engagement conduit à ce qui est traditionnellement appelé une « alliance » qui permet une « collaboration active, le patient et le soignant travaillant ensemble, fondée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles ».

Certaines théories psychologiques de la deuxième partie du xx siècle permettent d'apporter les savoirs et des techniques supplémentaires que doit posséder un médecin pour aborder le patient et les maladies chroniques. En particulier, le médecin doit connaître :

- certaines techniques d'entretien permettant de créer un processus d'engagement aboutissant à une alliance,
- et certains concepts développés par la psychologie de la santé (qui est « l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie »)

Ces savoirs et techniques permettent de proposer au médecin des compétences l'aidant à optimiser la prévention, la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades tout en limitant les contre-attitudes.

La relation médecin-malade se situant entre deux pôles (médecin versus malade), le chapitre abordera successivement : la position du médecin, puis la position du malade, pour ensuite voir les possibilités de mise en place d'une relation efficace dans le cadre de l'annonce d'une maladie grave et dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique.

	Activité / passivité	Consensuel	Coopératif	Participatif
Patient	Passif	Demande d'aide (déjà convaincu)	Accord du patient (à convaincre)	Doit changer ses habitudes
Médecin	Actif	Actif avec l'aide du patient	Le patient suit le médecin	Compromis réciproque et responsable à trouver

Tableau 1. Les différents types de relation médecin-malade.

3. La position du médecin

3.1. Les représentations du savoir médical

Les études de médecine conduisent à la construction d'une théorie savante des maladies.

Le médecin acquiert savoir :

- sémiologique,
- nosographique,
- et thérapeutique,

dans les buts :

- d'identifier des maladies,
- et de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour modifier le pronostic de la maladie.

La définition de la maladie par l'Académie française de médecine est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». Une maladie est un ensemble de symptômes et de signes cliniques dû à une pathologie organique (psychiatrique ou non-psychiatrique) sous-jacente. Cette théorie savante correspond au savoir biomédical.

Elle ne représente cependant qu'incomplètement ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. Le savoir médical se confronte donc à une théorie profane des maladies et de la santé qui influence le comportement des patients, ses actions possibles et leurs relations avec les médecins.

Le médecin doit donc tenir compte à la fois:

- de ses propres représentations concernant la maladie (sa théorie savante),

- et des représentations et valeurs du patient (sa théorie profane) au cours des entretiens, mais également celles de l'entourage familial (entretien réalisé avec le patient en présence de cet entourage).

Des techniques spécifiques permettent alors de mener l'entretien efficacement.

3.2 Les techniques d'entretien

Le consentement du patient ou cours d'un entretien est essentiel à obtenir. Mais un processus d'engagement avec le patient est également nécessaire. Celui-ci conduit à une alliance thérapeutique.

3.2.1 Valider les émotions et représentations : le processus d'empathie

Valider les émotions et représentation du patient est capital, l'annonce d'un diagnostic ou de la nécessité d'un traitement pouvant être vécue comme une situation de stress et avoir un très fort impact émotionnel. En pratique, valider les émotions et représentations du patient passe par la reformulation (qui renvoie en miroir au patient ses propres émotions et représentations et lui signifie qu'il a été entendu et qu'il n'est pas seul). Elle implique du médecin de l'empathie (voir infra encadré « Processus d'empathie »). L'empathie est la capacité de comprendre autrui et de lui faire comprendre qu'on l'a compris. Elle se différencie de la sympathie qui est la capacité de ressentir la même chose qu'autrui. La plupart des patients ne souhaitent pas qu'un soignant ressente la même chose qu'eux mais tente de comprendre ce qu'ils ressentent.

Il faut noter que le patient n'attend pas simplement d'être compris et de pouvoir raconter son problème de santé. Il attend généralement aussi d'un médecin compétent dans son domaine qu'il lui propose des solutions à son problème de santé. Cependant, ces solutions devront être adaptées aux représentations du patient.

3.2.2 Dépister la résistance : induire un sentiment de sécurité

Un élément important auquel le médecin doit rester attentif est l'apparition d'une résistance qui peut naître au sein de la relation médecin-malade. Lorsque le médecin veut amener le patient à changer quelque chose dans son style de vie (son alimentation, sa consommation de tabac, son activité physique, la prise d'un traitement, etc.) alors que le patient ne le considère pas encore comme nécessaire, la divergence des représentations et des valeurs (en lien avec la confrontation des théories savantes et profanes de la maladie et de la santé) peut potentiellement aboutir à un échec thérapeutique. Le patient n'appliquera pas les recommandations du médecin, et éventuellement ne viendra plus le consulter, car il ne se sera pas senti compris.

La résistance n'est pas un signe de mauvaise volonté du patient, mais une réaction naturelle à un changement qui s'impose dans sa vie : le trouble ou la maladie.

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Il s'agit alors d'explorer avec le patient ses représentations et ses valeurs, et de montrer que ce qui compte vraiment pour lui dans sa vie est pris en compte, sans jugement, par le médecin. Une expression émotionnelle calme et sereine du clinicien devant une résistance est également indispensable.

Le médecin devra transmettre au patient le sentiment qu'il ne sera pas jugé, et qu'aucune décision ne lui sera imposée sans que cela ne fasse sens pour lui dans son propre système de représentations.

3.2.3 Insister sur le sentiment de liberté : motiver le patient

Un élément important pour chaque interlocuteur est le sentiment de liberté. Faire appel à la liberté du patient ne doit pas être un moyen pour le médecin d'abandonner toute possibilité de changement avec le patient.

En effet, il est possible lors d'entretiens motivationnels d'aider un patient à identifier ses difficultés à quitter un « comportement problème », afin de l'amener à être plus motivé pour amorcer le changement, tout en lui permettant de conserver un sentiment de liberté, en validant ses ressentis et ses pensées. D'abord appliquée aux conduites addictives, cette technique d'entretien peut s'appliquer à tout type de comportement problème.

L'entretien motivationnel est un style de d'entretien participatif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Il ne s'agit pas de convaincre le patient à changer (en essayant d'induire une motivation extrinsèque par une argumentation du thérapeute), mais d'explorer avec lui les avantages et les inconvénients du comportement problème et du comportement de santé alternatif. Dans cette situation, le patient est initialement dans une situation d'ambivalence entre rester dans le comportement problème actuel (qui peut sembler présenter plus d'avantages que d'inconvénients) et changer pour un nouveau comportement (qui peut initialement sembler présenter moins d'avantages que d'inconvénients).

L'exploration empathique et sans jugement des représentations et des capacités du patient lui permettra de développer une motivation intrinsèque afin de sortir de l'ambivalence et de prendre la détermination de changer de comportement : le comportement problème lui semblant au cours de l'entretien motivation ne lui présenter moins d'avantages et plus d'inconvénients que le nouveau comportement de santé, et la mise en place d'un changement efficace lui semblant alors devenu possible.

Le patient pourra alors mettre en œuvre librement le nouveau comportement et il s'agira alors de renforcer le sentiment d'efficacité personnel de celui-ci et la confiance qu'il a dans la possibilité de maintenir ce comportement. En cas de retour en arrière sur le comportement problème, il s'agira de ne pas induire un sentiment d'échec et d'inefficacité chez le patient, mais de reprendre l'entretien motivationnel, les raisons ayant conduit à l'arrêt du changement, et les nouvelles stratégies qu'il pourrait mettre en œuvre pour essayer à nouveau de changer de comportement.

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Il faut retenir que la motivation au changement n'est pas un « trait de caractère du patient » immuable, mais un état qui fluctue en fonction des représentations et du sentiment d'efficacité du patient, et de la qualité de l'entretien participatif.

4. La position du patient

4.1 Les représentations du savoir profane

Suivant le point de vue du patient, une maladie n'est pas simplement « une pathologie organique sous-jacente ». La maladie vient faire irruption dans sa santé. Selon la définition de l'OMS de 1946, la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap ». Mais la définition révisée de 1984 avance que la santé est « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ».

Cette définition est en lien :

- d'une part, avec une conception « bio-psycho-sociale » de la maladie,
- mais également avec le concept de « transaction » défini par la psychologie de la santé.

La maladie est en effet une rupture d'équilibre dans un ensemble biologique, psychologique et sociale, et la prise en charge va consister à redonner au patient l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ses aspirations et satisfaire à nouveau ses besoins.

Pour cela il est essentiel que le médecin tienne compte :

- des représentations du patient concernant sa santé et la maladie (théorie profane) qui déterminent les comportements que le patient peut mettre en place,
- et des processus de transaction que le patient met en place face à la maladie.
- Les représentations concernant la maladie peuvent concerner :
 - les causes (« À quoi est due ma maladie ? »),
 - le sens de celle-ci (« Pourquoi cette maladie chez moi dans mon histoire personnelle ? »).
- Les représentations de la santé et de la maladie sont parfois peu superposables aux « représentations médicales officielles » (théorie savante) et sont dépendantes de multiples facteurs liés à la personne « malade »:
 - culture,
 - milieu social,
 - personnalité,
 - histoire personnelle.

Les processus de transaction sont les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par un individu pour s'ajuster aux situations de stress, comme l'est la maladie. Ils

déterminent les stratégies d'ajustement que le patient peut mettre en place pour s'adapter à la maladie, également appelé compétences d'adaptation du patient.

4.2 Les processus de transaction

L'effet sur les réponses d'un individu, d'une situation de stress comme la maladie se déroule de façon séquentielle, selon deux phases : une phase d'évaluation (primaire et secondaire) et élaboration d'une ou plusieurs stratégies d'ajustement (ou coping).

4.2.1 Phase d'évaluation

Il existe deux phases d'évaluation :

- la première, encore appelée évaluation primaire, correspond au « stress perçu » par le sujet dans la situation de stress. Le stress perçu se révèle plus prédictif de l'état de santé ultérieur du patient qu'une mesure objective de la situation de stress ;
- La deuxième phase d'évaluation (ou évaluation secondaire), correspond au « contrôle perçu et au « soutien social perçu » par le sujet pour faire face à la situation de stress. Le contrôle perçu correspond à l'inventaire de ses ressources personnelles et de sa capacité à contrôler la situation et le soutien social perçu correspond à l'inventaire des aides, protections et valorisations relationnelles et sociales disponibles pour lui. Un « contrôle perçu » et un « soutien social perçu » sont des prédicteurs positifs de l'état de santé ultérieur en réduisant l'impact des événements de vie stressants et en facilitant l'adoption de changements de styles de vie nécessaires dans la prise en charge de la maladie. Un sentiment de perte de contrôle ou d'absence de soutien social s'avère donc délétère.

Ces phases d'évaluation sont influencées par des facteurs bio-psycho-sociaux et par la théorie profane du patient. Parmi les facteurs déterminants, on ne retrouve que les individus possédant certains traits de personnalité associés à une réactivité psychophysiologique au stress et aux émotions importante présenteront plutôt un stress perçu élevé. Les individus possédant certains traits de personnalité associés à la croyance généralisée que les événements de vie dépendent

de facteurs externes non maîtrisables (on parle de « lieu de contrôle externe ») présenteront plutôt un « contrôle perçu » faible, alors qu'à l'inverse les individus possédant certains traits associés à la croyance généralisée que les événements de vie dépendent de facteurs internes en lien avec des aptitudes personnelles (« lieux de contrôle interne ») présenteront plutôt un contrôle perçu fort. Enfin, un isolement social ou des relations familiales, professionnelles et sociales peu soutenantes seront plutôt reliées à un « soutien social perçu » faible.

4.2.2 Phase d'ajustement

La phase d'ajustement ou de coping est l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation stressante afin de réduire son impact. Elle est déterminée notamment par la phase d'évaluation précédente.

Si le patient pense qu'il peut changer quelque chose à sa situation de maladie, il adoptera des « stratégies centrées sur le problème ».

Si le patient pense qu'il ne peut pas grand-chose face à sa situation de maladie, il adoptera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (« stratégies centrées sur l'émotion »).

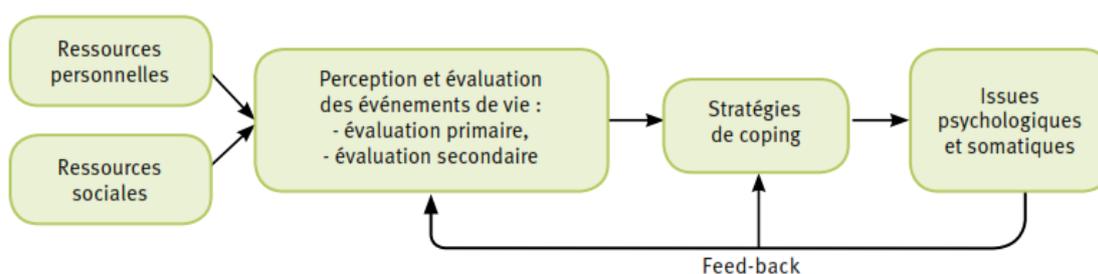


Figure 2. Les processus de transaction, schéma adapté de Bruchon-Schweitzer et Boujut, cf. « Références pour approfondir ».

5. Applications

Quelle que soit la situation, l'information transmise doit être loyale, claire, appropriée, adaptée à la situation et comprise par le patient. Le patient peut souhaiter que ses proches soient présents lors de la transmission d'informations et cela doit être accepté.

Chez les enfants, l'information est transmise aux parents mais également à l'enfant. Chez les adolescents en particulier, il ne faut pas oublier de proposer un moment d'échange seul sans les parents.

5.1 L'annonce d'une maladie grave ou sévère

L'annonce d'une maladie grave

- c'est-à-dire entraînant un risque vital à court terme
- ou d'une maladie sévère, c'est-à-dire altérant la qualité de vie du patient du fait de la rapidité d'évolution, du risque de rechute et/ou de récurrence grave, et du retentissement fonctionnel de la maladie ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

Premièrement, il faut choisir un lieu d'information calme, connu du patient, où le médecin prendra le temps, dans le cadre d'une relation personnalisée avec le patient, mais également avec les proches si le patient le souhaite.

Deuxièmement, il faut se demander « ce que sait déjà le patient de sa situation ».

Troisièmement, il faut essayer de savoir « ce que veut savoir le patient ».

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Quatrièmement, il faut communiquer les informations au patient et à l'entourage si le patient le souhaite. Les étapes de la démarche médicale peuvent être utilisées afin de rendre manifeste au patient les représentations et valeurs sur lesquelles les décisions du médecin ont été, sont ou pourraient être prises :

- partir du tableau clinique et des symptômes et signes que le patient et le médecin ont repérés et reconnus ensemble ;
- expliquer les examens complémentaires réalisés, leur place dans le cheminement diagnostique, ce qui était recherché et ce qui a été obtenu;
- informer sur le diagnostic réalisé et sur le fait qu'un nom a été donné aux symptômes et signes à l'origine de la demande médicale. Donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre peut être utile. Enfin, rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune ;
- évoquer les facteurs causaux et les mécanismes étiologiques d'une manière compréhensible;
- informer sur la prise en charge et l'urgence éventuelle, sur son utilité, les risques fréquents, les alternatives et les conséquences en cas de refus ;
- expliquer le pronostic et les notions de probabilité ;
- soutenir le patient et les proches.

Cinquièmement, il faut laisser le temps au patient de comprendre ce qui a été transmis, de réagir émotionnellement, et de poser les questions qu'il souhaite en fonction de ses propres représentations sous valeurs qu'il s'agira de respecter.

Enfin, il faut proposer un suivi et une prochaine date de rencontre.

5.2 La prise en charge d'une maladie chronique : l'éducation thérapeutique

La prise en charge de la maladie chronique implique une stratégie d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient plutôt que sur la maladie. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins plus généraux, les hospitalisations, les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé du patient.

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants dans une relation de type participative, à vivre le plus sainement possible tout en maintenant ou améliorant la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique doit rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir des stratégies nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie, dans la perspective de la définition de l'OMS de 1984.

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Comme pour l'annonce d'une maladie, l'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

Premièrement, un diagnostic éducatif doit être réalisé avec le patient, afin de savoir :

- ce qu'il a ? (dimension biomédicale) ;
- ce qu'il sait ? Ce que sont ses représentations ? (dimension cognitive) ;
- ce qu'il ressent ? Ses réactions aux stress ? (dimension affective) ;
- ce qu'il fait ? Comment il est entouré ? (dimension socio-professionnelle) ;
- ce qu'il projette de faire ? (dimension d'avenir).

Deuxièmement, et en fonction du diagnostic éducatif, un contrat d'objectif peut être réalisé avec le patient afin de déterminer les compétences qui doivent être acquises suivant les différentes dimensions ciblées de l'étape suivante.

Troisièmement, des activités éducatives structurées sont mises en place. Ces activités permettent de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs thérapeutiques fixés de manière collaborative entre le soignant et le patient.

Enfin, il faut évaluer les effets de l'éducation thérapeutique pour connaître ce qu'il est nécessaire de changer chez le patient, si ces changements correspondent à ses attentes et si une modification du contrat d'objectifs est à réaliser.

Tout au long de cette démarche, le médecin doit être attentif aux mouvements affectifs qui peuvent influencer la relation médecin-malade et éviter toute contre-attitude du médecin, en particulier dans les situations où son savoir et pouvoir médical ne seraient pas suffisamment efficaces ou reconnus par le patient.

6. Conclusion :

Le savoir bio-médical ne permet pas une connaissance de ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. En effet, la maladie est une rupture d'équilibre dans un ensemble biologique, psychologique et sociale, et la prise en charge va consister à redonner au patient l'ensemble des ressources nécessaires pour y faire face.

Bibliographie :

1. Aoun A, Al Hayek S, El Jabbour F. The need for a new model of the physician–patient relationship: a challenge for modern medical practice. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2018;20(4):379-384. doi:10.5114/fmpcr.2018.79351
2. Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network. The Relationship-Centered Care Research Network: Conceiving a new model of care for the 21st century. *Ann Fam Med*. 2006 Sep-Oct;4(4):306-9. doi: 10.1370/afm.565.
3. COVID-19 and physician–patient relationship: potential effects of 'masking', 'distancing' and 'others'. *Family Practice*. 2021. Disponible sur: <https://academic.oup.com/fampra/article/38/1/1/5912721>
4. Enhancing doctor-patient relationships in community health care institutions: the Patient Oriented Four Habits Model (POFHM) trial" aborde une intervention visant à améliorer la relation médecin-patient dans

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

les établissements de soins de santé primaires en Chine, en intégrant la théorie des quatre habitudes, la théorie de la pleine conscience et le concept centré sur le patient.

5. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Jul-Aug;29(7):1310-8. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450
6. Moving Past Individual and 'Pure' Autonomy: The Rise of Family-Centered Patient Care" discute de l'évolution des normes de décision en matière de soins de santé, soulignant le passage de l'autonomie pure à des soins centrés sur le patient et la famille, reflétant une approche plus collective et contextuelle de la prise de décision médicale.
7. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med*. 1999 Apr;48(7):903-18. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00390-5.
8. Smith J, Doe A. Trends in patient-centered care: New approaches in the physician-patient relationship. *J Med Ethics*. 2022;48(6):400-405. doi: 10.1136/medethics-2022-107489.