

SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale Soins de santé

COMMISSION FEDERALE RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

Réf. : CDDP/Avis/2019-01/-02

**Avis relatif à la communication praticien-patient prévue dans la loi relative aux
droits du patient :**

**vers une professionnalisation, une humanisation, une harmonisation des
pratiques**

dans l'intérêt de la qualité des soins

1. Préalables

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient rassemble et précise en un seul texte les droits accordés au patient dans le cadre de ses relations avec les professionnels de santé. L'objectif de cette loi est d'équilibrer les rapports entre le patient et le prestataire de soins et, ainsi, de renforcer le dialogue entre eux et de promouvoir la qualité de leur relation.

La communication est indispensable à la mise en œuvre des droits du patient, ainsi qu'à l'exercice de son devoir de collaboration, mais fait régulièrement l'objet de plaintes du patient : ainsi, dans son rapport de 2016, le Service fédéral de médiation montre que près de 73% des plaintes reçues touchent directement les articles 7 et 8 impliquant en particulier la communication praticien-patient (Verhaegen *et al.*, 2017).

Enfin, des enquêtes des fonds d'assurance maladie indépendants et de la Fédération des patients néerlandais révèlent que quatre patients sur dix ne comprennent pas leur médecin, estiment ne pas pouvoir converser avec lui ou que celui-ci n'écoute pas suffisamment les avis ou ne laisse pas poser de questions¹.

Outre le lien avec la mise en œuvre des droits du patient, la communication praticien-patient impacte plus largement la qualité des soins. Une **approche dialogique de la communication** permet au praticien plus d'efficacité et de compétence (Richard et Lussier, 2005). Cette approche suggère une coopération entre praticien et patient, coopération fondée sur la réciprocité, mais aussi sur la complémentarité. Elle suggère également un processus itératif (d'aller-retour) entraînant une transformation des deux parties et une influence mutuelle.

Plus largement, une meilleure communication praticien-patient concerne aussi le niveau méso (institutions de soins, administrations publiques, acteurs de la santé,...) et le niveau macro (système de santé et politiques de santé) qui doivent encourager, soutenir et reconnaître ce mouvement vers plus de coopération, passant par l'information et la communication.

Se référant à divers éléments théoriques ou issus de la recherche, la Commission fédérale « Droits du patient » entend mettre en évidence :

- ✓ Les principales difficultés relatives à la communication praticien-patient
- ✓ Ce qu'une bonne communication praticien-patient peut apporter comme avantages aux patients, aux praticiens et à la société
- ✓ Ce qu'est une bonne communication praticien-patient et comment elle peut être opérationnalisée
- ✓ Les recommandations prioritaires, en vue d'optimiser la communication praticien-patient

2. Les principales difficultés relatives à la communication praticien-patient

- *(Ne pas) comprendre :*

Quatre patients belges sur dix déclarent ne pas bien comprendre leur médecin, ne pas avoir assez de temps pour comprendre lors des consultations et, en conséquence, ne pas suivre correctement les recommandations².

En outre, il existe parfois une marge d'incertitude (sur le diagnostic, sur l'efficacité ou les conséquences du traitement) qui peut être difficile à comprendre et à accepter.

Or, la compréhension est une nécessité absolue pour permettre au patient de gérer son propre parcours de santé, en particulier en cas de maladie ou traitements invalidants. Elle est d'autant plus importante lorsqu'un comportement est attendu de la part du patient, surtout à long terme, pour

¹ <https://www.ad.nl/gezond/peiling-patientenvereniging-dokter-moet-leren-luisteren~a9891b08/>
http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=21517

² http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=21517

assurer la réussite du projet thérapeutique. Elle est bidirectionnelle : il faut que le patient comprenne ce qui se passe, mais il faut également que le praticien comprenne le patient, ses souhaits, ses priorités, et fasse valider ses interprétations par le patient.

Une situation particulièrement complexe est celle de la dégradation de la santé à cause de complications. Dans ce cas, la communication se dégrade souvent aussi et la confiance peut se perdre. Le patient a droit de recevoir toutes les informations possibles permettant de comprendre un incident, qu'il s'agisse ou non d'une erreur.

- *(In)fidélité au traitement*

Un manque de communication et un manque de préparation à la sortie ou à l'issue d'une consultation est un facteur favorisant les réadmissions à l'hôpital. L'efficacité des traitements nécessite que le patient soit bien informé sur ceux-ci pour qu'il les prenne ou les suive correctement. Outre l'information, l'intention du patient de suivre sa thérapie malgré les efforts que cela implique n'a pas toujours été explorée.

- *Conséquences financières (trop peu) connues d'avance*

Très souvent, le patient ne connaît pas le coût des soins médicaux proposés, malgré la Loi relative aux Droits du Patient qui prévoit qu'il soit informé préalablement sur les conséquences financières des soins qui lui ont été proposés. Ceci vaut aussi bien pour une consultation ambulatoire que pour une hospitalisation. Selon une enquête de la "Vlaams Patiëntenplatform (2017)", il apparaît que 81% des patients précisent qu'ils n'ont reçu l'année dernière aucune information sur les coûts d'une consultation ou traitement³. Cela signifie que le patient ne prend pas de décision en toute connaissance de cause.

Connaître le coût global d'une intervention est rendu complexe par les notions de conventionnement, les règles spécifiques à certains actes ou certaines situations (coordination en oncologie par exemple), la délégation de tâches vers d'autres personnes non connues du patient (comme l'analyse des biologies médicales).

- *(Absence d')empathie et respect*

Ce constat peut s'observer lors de toute interaction praticien-patient, et est régulièrement soulevé en lien avec la médecine de contrôle. La Commission Fédérale « Droits du Patient » prévoit un Avis spécifique relatif à la médecine de contrôle.

- *Temporalités (non) concordantes*

Les temporalités peuvent diverger entre praticien et patient, qu'il s'agisse d'un patient pressé d'obtenir un examen ou des résultats et confronté à de longs délais d'attente ; d'un praticien souhaitant mettre en place au plus tôt des mesures destinées à limiter un risque face à un patient ayant besoin de temps pour intégrer de mauvaises nouvelles ou prendre des décisions ; etc.

- *Patient (non ou non suffisamment) impliqué dans les décisions qui le concernent*

Les projets de vie, souhaits, craintes, idées du patient (par exemple sur sa qualité de vie ou sur ses croyances et représentations par rapport à la maladie et au traitement) ne sont pas toujours explorés au moment des décisions importantes concernant le traitement. Or le patient est avant tout une personne humaine avec une vie propre qu'il doit mener, et qui est impactée par la maladie et le

³ Vlaams Patiëntenplatform vzw (2017). 1 op 5 weet na 15 jaar nog niet dat er patiëntenrechten bestaan. Geraadpleegd via: <http://vlaamspatiëntenplatform.be/persberichten/persbericht-vpp-1-op-5-weet-na-15-jaar-nog-niet-dat-er-patiëntenrechten-bestaan>

traitement. Ignorer cette vie et cet impact peut amener à des décisions inadéquates qui diminueront la confiance du patient et/ou sa fidélité aux conseils prodigués.

Ceci est particulièrement important dans les situations de maladie chronique ou létale.

Des études montrent que 36 à 79% des médecins ont une estimation erronée du souhait des patients de recevoir un traitement actif, le caractère erroné de l'estimation augmentant avec l'âge du patient (Hertay, 2017).

Une étude de Vanbutsele et al. (2018) a démontré que la qualité de la vie augmente (62% versus 54,5%) lorsque des soins palliatifs sont initiés dès le moment où le diagnostic d'une maladie incurable a été diagnostiqué.

3. Les avantages d'une bonne communication praticien-patient pour les patients, les praticiens et la société

- *Confiance*

L'objectif de la communication praticien-patient telle que prônée par la Loi relative aux Droits du Patient (2002) est, d'après Magda Aelvoet, la transparence dans la relation (Ceulemans, 2003). Au-delà de cette transparence, la confiance naît des interactions successives et se construit dans la relation, grâce à l'engagement réciproque des personnes en présence. Elle peut être créée, entretenue, gérée (Mangematin, 2009). La confiance se construit en prenant au sérieux le temps de l'écoute et en partant de ce qui est exprimé et vécu par le patient.

- *Empowerment et logique de participation*

Ce processus d'autonomisation passe par des dimensions affective, cognitive et comportementale : « une personne est autonomisée lorsqu'elle a suffisamment de connaissances pour prendre des décisions rationnelles, suffisamment de contrôle et de ressources internes pour mettre en œuvre ses décisions et suffisamment d'expériences pratiques pour évaluer l'efficacité de ses décisions en regard de sa situation de santé. » (Gagnon, 2009, p. 164). En d'autres termes, l'*empowerment* est un processus qui renforce le pouvoir des personnes d'agir comme acteurs à part entière de leur santé (Integreo, nd).

- *Adhésion/lien thérapeutique*

Une logique de co-construction et de prise de décision partagée avec le patient, promue par le droit au consentement libre et éclairé, favorise l'adhésion aux soins (Brisson, 2016). L'adhésion thérapeutique dépend de la volonté du patient de prendre en charge son parcours de santé et à l'approbation réfléchie du traitement qui lui est proposé ; elle se manifeste par un degré plus élevé de concordance entre le comportement du patient et les recommandations de santé qui lui ont été prescrites (Debout, 2009).

L'alliance thérapeutique implique une responsabilité partagée pour atteindre les buts du traitement (Luborsky, cité par Mattéo, 2009) en tenant compte de l'ensemble de la personne du patient (Richard et Lussier, 2005).

- *Résultats de santé*

D'après une revue systématique réalisée en 1995 (Stewart, cité par Richard et Lussier, 2005), la qualité de la communication influence la santé des patients. Elle améliore la santé émotionnelle, le contrôle voire la disparition des symptômes, l'état fonctionnel, les mesures physiologiques et le contrôle de la douleur.

Une bonne communication aide le praticien à mieux cerner les problèmes et le patient à s'ajuster psychologiquement ; elle améliore la satisfaction du praticien et du patient (Richard et Lussier, 2005).

- *Gain financier*

L'amélioration de l'observance du patient et de l'efficacité des traitements permise par la création d'une alliance thérapeutique entraîne un gain financier direct et indirect (moins de traitements, de réhospitalisations, de complications, de jours de maladie, etc.) pour le patient et pour la société.

4. L'opérationnalisation d'une bonne communication praticien-patient

La communication praticien-patient a divers objectifs dont aucun ne doit être négligé : transmettre des informations, obtenir des informations, prendre des décisions, favoriser des comportements sains, répondre aux émotions et favoriser la relation (Hertay, 2017). Divers points doivent retenir l'attention du praticien afin d'atteindre ces objectifs.

4.1. Equivalence morale des personnes malgré la différence des fonctions

La relation praticien-patient est par nature asymétrique (Sorsanna, 1999, cité par Formarier, 2007). Un des objectifs des praticiens doit donc être de *restaurer une symétrie* (Formarier, 2007) ou, à tout le moins, une mutualité (Emmanuel et Emmanuel, 1992) dans la relation en permettant au patient de retrouver une autonomie et d'être acteur de sa santé autant qu'il est expert de son vécu. Il importe de sortir du conflit entre autonomie et santé, entre valeurs du patient et valeurs du praticien (Emmanuel et Emmanuel, 1992).

4.2. Modes de communication verbale et non-verbale

Des *postures et comportements* des praticiens sont décrits comme favorisant ou nuisant à la communication (Phaneuf, 2002) : il s'agit de la posture et des attitudes corporelles, de la gestuelle, de la distance ou proxémie, du contact visuel, de l'expression faciale, de la voix, de la respiration, du silence, de l'apparence générale et du toucher. Il faut également éviter d'interrompre le patient et d'être trop directif dans la conversation : des études montrent que 25% des consultations médicales ne comportent pas de question ouverte invitant à l'expression, et que le patient est interrompu 18 à 23 secondes après la prise de parole (Hertay, 2017).

L'exploration du but ou des attentes de la personne soignée a une importance particulière pour gérer la durée de l'entrevue (Lussier et Richard, 2005). En effet, des études montrent que les questions de dernière minute sont plus fréquentes lors des entrevues n'ayant pas comporté un survol initial des motifs de consultation.

Régulièrement durant l'entretien, il est important que le prestataire fasse répéter le patient pour s'assurer de sa *compréhension* et, inversement, fasse valider par le patient ses propres interprétations.

4.3. Décision partagée

Il importe de tenir compte des *savoirs expérientiels du patient* (Brisson, 2016) afin de faire circuler l'information dans les deux sens, dans une logique de partenariat en santé et de prise de décision partagée.

Lorsqu'il est question d'interventions, le prestataire doit également s'assurer que le patient a les connaissances requises et investiguer son *intention* de suivre fidèlement la thérapie proposée et sa capacité à y arriver.

4.4. Empathie

Dans le même objectif, il importe de *saisir les « occasions d'empathie »* proposées par le patient lorsqu'il exprime une émotion ou un vécu. En effet, une communication efficace passe par des stratégies de communication efficaces, mais aussi par des capacités à détecter la détresse et à offrir du soutien (Hertay, 2017). A nouveau, des études ont montré un allongement de la durée de consultation lorsque ces occasions ne sont pas suivies d'empathie de la part du médecin (Constant, 2016). Cette empathie permet aussi au professionnel de percevoir la temporalité du patient, et de ne pas lui appliquer d'emblée ses propres priorités.

4.5. Health literacy

Une importance particulière doit être apportée au degré de littératie en santé écrite et orale du patient. Celle-ci doit être investiguée afin d'adapter la complexité des messages formulés (Baker, 2006). La littératie en santé est « *the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decision* » (Selden *et al.* cités par Carbone et Zoellner, 2012). Elle a un impact sur l'*empowerment* (Nutbeam, 2000 ; Fumagalli *et al.*, 2015, cités par Hertay, 2017) et sur l'adhésion au traitement (Geboers *et al.*, 2015, cités par Hertay, 2017). Pour les praticiens, il s'agit de renforcer leurs capacités pédagogiques, de valoriser un langage simple, l'importance d'une posture d'ouverture et de disponibilité, au-delà des approches trop standardisées qui ne tiennent pas compte de l'expérience du patient.

L'éducation à la santé auprès du grand public est nécessaire dès l'école et tout au long de la vie, que ce soit par les autorités (ex. Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé), par les mutualités, par les hôpitaux, mais aussi par les prestataires eux-mêmes, au moyen de campagnes dans les médias, de brochures, via les médias sociaux, etc. (Nutbeam, 2000).

Elle est également une responsabilité des organisations de soins qui doivent fournir aux patients des informations claires et capacitantes. Celles-ci doivent ainsi travailler sur trois axes : (1) des outils (papiers et informatiques) pour le développement et l'évaluation de l'information ; (2) des conditions environnementales et des formations permettant l'amélioration des échanges interpersonnels ; et (3) la valorisation de la participation et de l'engagement des patients à divers niveaux dans la relation thérapeutique et dans l'organisation (Rudd, n.d.).

5. Recommandations prioritaires

5.1. Sensibiliser/former les professionnels (formation initiale et continue) et les patients

La communication doit représenter une part importante de la formation initiale et continue des futurs professionnels de la santé. Certaines circonstances nécessitent une formation spécifique ; il faudrait ainsi que tout soignant puisse par exemple recevoir une formation suffisante en soins palliatifs, comme le préconise l'Académie royale belge de médecine. Autre exemple, la loi néerlandaise oblige le médecin à informer le patient en cas d'erreur médicale⁴ ; cette obligation est une bonne chose et devrait s'accompagner d'une formation à la communication. Une telle communication sur les erreurs, mise en œuvre dans les hôpitaux du Kentucky et du Michigan, diminue le nombre de poursuites judiciaires⁵.

⁴ https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet_op_de_geneeskundige_behandelingsovereenkomst

⁵ <http://www.sin-nl.org/vertel-en-herstel/>

Même les personnes gravitant autour de la relation thérapeutique doivent être sensibilisées, par exemple, les secrétariats.

Le soutien d'une approche innovante, une pédagogie interactive et vivante peut entre autres passer par l'organisation par les patients, les associations de patients et les représentants de patients (LUSS-VPP) de moments de sensibilisation et de formation des professionnels de la santé. De plus en plus d'acteurs de la santé et de futurs étudiants (santé publique, faculté de médecine, infirmiers, ...) sollicitent les patients pour échanger et partager, pour avoir leur expérience et leur témoignage susceptible d'améliorer la communication et l'information. Les associations de patients développent plusieurs actions dans ce sens, ce qui est une autre occasion de promouvoir une approche de participation au sein du système de santé. Il s'agit cependant d'initiatives ponctuelles dépendant du bon vouloir de chacun ; une mise en place structurelle de telles activités pourrait être envisagée.

5.2. Revaloriser et promouvoir l'acte relationnel et la décision partagée

Une bonne communication peut prendre du temps au début de la relation ou à certains moments critiques de celle-ci, même si elle peut en faire gagner beaucoup par la suite grâce à l'efficacité de la communication et du traitement.

L'acte relationnel, à l'image de l'acte intellectuel, doit être reconnu comme une intervention d'un praticien, et rémunéré de façon adéquate en tenant compte des situations courantes et prévisibles et des situations exceptionnelles.

Le dossier médical électronique peut être conçu et utilisé pour aider le prestataire à accompagner le patient dans le suivi du traitement. Un contact via le dossier médical électronique peut aider le patient à sentir un certain accompagnement du prestataire plutôt que de se sentir abandonné à son sort après une consultation ou une hospitalisation. Aussi bien le traitement que les modalités de contact doivent faire l'objet d'une décision partagée entre le praticien et le patient, afin d'instaurer un réel pacte de soins (cf. alliance thérapeutique). L'objectif de vie et la qualité de vie sont à intégrer dans ce pacte. Ce temps de contact n'est pas une manière de culpabiliser ou de surveiller le patient, mais plutôt de l'accompagner dans son vécu et sa temporalité, et de permettre une évolutivité du pacte de soins au cours du temps. De manière générale, le dossier patient gagnerait à être utilisé comme outil de communication et de partage ; la recommandation de la Commission fédérale Droits du Patient relative au dossier patient⁶ va d'ailleurs dans ce sens.

Pour augmenter les connaissances en santé des patients, il existe un certain nombre de sites web tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de notre pays et qui sont gratuitement accessibles sans inscription⁷.

Une communication **sur les fautes, erreurs ou complications** non liées à des fautes doit être prévue et favorisée par les organisations de soins et les assurances des praticiens.

⁶ Avis de la Commission du 21 11 2017

⁷ Par exemple :

- www.cbip.be au sujet des médicaments
- www.sickkids.ca pour les enfants (possibilité d'écouter, de lire et de regarder)
- www.gezondheidenwetenschap.be
- <http://www.orpha.net/national/BE-FR/index/page-d-accueil/> pour les maladies orphelines

5.3. Favoriser le travail interdisciplinaire (intervention d'autres professionnels avant/après l'interaction médecin-patient)

Des fonctionnements interdisciplinaires existent déjà, par exemple le suivi de patients chroniques stabilisés par des infirmiers en pratique avancée ou l'intervention d'un éducateur dans le trajet diabète. Information et éducation vont de pair pour fidéliser le patient à sa thérapie. Dans chaque service de l'hôpital, une personne peut être prévue pour expliquer au patient comment se soigner, comment prendre en charge sa santé, comment éviter de faire du tort à sa propre santé.

Tant en ambulatoire que lors d'une hospitalisation, le patient doit recevoir d'avance et lors de sa sortie les informations suivantes adaptées à sa situation. S'il est important que la communication reste l'affaire de tous, il peut être utile de prévoir des personnes spécifiquement dédiées à celle-ci dans les situations où il est prévisible que la communication devra être mise en œuvre durablement et porter sur certains aspects spécifiques pouvant être maîtrisés par ces personnes : préparation à l'examen ou l'hospitalisation (qu'est-ce qui doit être prévu avant, pendant, après), suivi post-hospitalisation, suivi au long cours d'un traitement ou d'une adaptation du mode de vie, praticien de référence pour chaque patient, aspects financiers (coût global prévisible sous forme d'une fourchette de prix communiquée au patient), etc.

Le développement d'alternatives doit également porter sur les modes de communication pouvant être utilisés : sites internet, mail, téléphone, SMS sont des voies prometteuses pour échanger un certain nombre d'informations standardisées ou simples tout en permettant au patient de se sentir soutenu, globalement, à l'intérieur du système de soins de santé, et d'y connaître ses différentes possibilités d'accéder à des interlocuteurs privilégiés. Il importe toutefois, si ces voies doivent être explorées, de mener une réflexion nuancée et critique sur leurs promesses mais également sur leurs limites. Elles ne peuvent en effet remplacer un contact direct avec le praticien ni un échange personnalisé, mais peuvent venir en soutien de ceux-ci. Il ne faudrait pas que leur développement exclue des patients moins connectés, qui constituent en général déjà une population plus vulnérable. La LUSS a réalisé un inventaire des initiatives réalisées à Bruxelles dans le domaine de la lutte contre la fracture numérique en santé. Voir "Inventaire de la LUSS", 2019, disponible sur le site Internet de la LUSS, www.luss.be.

La communication praticien-patient est au cœur de la qualité et de l'efficacité des soins, et les exemples et solutions avancés démontrent que chaque initiative de collaboration et de coordination entre les différents partenaires et acteurs mérite d'être stimulée pour que l'existant puisse mieux fonctionner. Plus il y a de la collaboration entre les patients, les associations de patients, les institutions de la santé, les mutualités, les associations des médecins et des autres prestataires, mieux c'est pour le patient. En matière de communication aussi, il importe de structurer et de coordonner cette collaboration. L'objectif est de prendre exemple sur ce qui fonctionne bien, d'en dresser un inventaire et de compléter ce qui manque.

Bibliographie

Baker, D.W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 21, 878-83. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

Brisson, S. (2016, juin). Quatre manières d'améliorer le « partenariat » entre le professionnel de la santé et le patient. *Health Forum*, (26), 12-13. Repris en ligne du site de l'Union nationale des Mutualités libres : <http://www.mloz.be/files/hf26FR.pdf>

Carbone, E.T. et Zoellner, J.M. (2012). Nutrition and Health Literacy: A Systematic Review to Inform Nutrition Research and Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(2), 254-65. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042

Ceulemans, F. (2003). La grande réalisation de Magda Alvoet. *Le Généraliste*, Hors-série du 17 septembre 2003, p. 7-8.

Constant, E. (2016). *A propos de l'empathie : des considérations neurobiologiques aux implications cliniques*. Présentation lors du colloque Viva!Ethique, novembre 2016, Marche. <http://www.vivaethique.be/?q=programme-2016>

Debout, C. (2009). Adhésion thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 53-55. Lyon, France : Mallet Conseil.

Emmanuel, E. J. et Emmanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 267(16), 2221-6.

Formarier, M. (2007, juin). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* (89), 33-42.

Gagnon, J. (2009). Empowerment. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 162-165. Lyon, France : Mallet Conseil.

Hertay, A. (2017). *La communication soignant-soigné : généralités*. Présentation lors du colloque « Communication Praticien-Patient » du 24 novembre 2017. En ligne sur le site du SPF Santé publique : <https://www.health.belgium.be/fr/colloque-communication-praticien-patient>

Integreo. (nd). *Fiche pratique composante 1 : empowerment du patient*. En ligne sur le site <http://www.integreo.be/fr/soins-integres/composantes>

Lussier, M.-T. et Richard, C. (2005). La structure et le contenu de l'entrevue médicale. Dans C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé*, p. 191-230. Saint-Laurent, Québec : ERPI.

Mangematin, V. (2009). Confiance. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 115-117. Lyon, France : Mallet Conseil.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3), 259-67.

Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, Québec : Chenelière Education.

Richard, C. et Lussier, M.-T. (2005). Une approche dialogique de la consultation. Dans C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé*, p. 11-34. Saint-Laurent, Québec : ERPI.

Rudd, R.E. (n.d.). Public Health Literacy. IOM Round Table on Health Literacy Workshop. En ligne : <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/2013-NOV-21/Rudd.pdf>

Verhaegen, M.-N., Debreyne, V., Ombelet, S. et Van Hirtum, T. (2017). *Service de médiation fédéral « Droits du patient »*. *Rapport annuel 2016*. En ligne sur le site du SPF Santé publique : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_annuel_2016.pdf