

Apports de la Psychologie médicale à la Médecine Générale

Docteur Antoine BALAGAYRIE

Octobre 2012

Au docteur Serge REVEL, en témoignage de ma reconnaissance.

INTRODUCTION

Souvent l'on parle de la relation médecin malade, et cela peut sembler inadéquat. En effet n'est pas nécessairement malade celui ou celle qui consulte un médecin.

C'est le client, qui au sens étymologique, est celui qui « recours aux services de quelqu'un » en l'occurrence le médecin.

Malade vient du latin « male habitus » utilisé dans notre langue depuis le XIV^{ème} siècle pour désigner « qui se trouve en mauvais état ».

Il semble plus judicieux de parler de la relation médecin patient, de patior en latin qui signifie aussi bien celui qui souffre, supporte, endure, persévère, se résigne, est passif, envisageant bien avant RAY et CONSOLI (Professeur de Psychiatrie à l'unité médico psychologique de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière) les modalités de l'être malade.

De plus le terme de malade occulte par exemple la relation entre une patiente enceinte et son médecin, le choix du signifiant malade faisant l'impasse sur le rôle de prévention du médecin quel qu'il soit.

Le terme de maladie est ainsi défini dans le dictionnaire de l'Académie Française : « Altération plus ou moins profonde de la santé ». Le dictionnaire Robert, lui, précise qu'il s'agit d'une « altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme entité définissable » ou « ce qui apporte le trouble dans les facultés morales, le comportement ».

Enfin le dictionnaire médical le décrit comme « le processus morbide envisagé depuis sa cause et des conséquences pouvant entraîner la mort ».

L'étymologie des termes de « maladie » et « malade » dans différentes langues européennes est révélatrice car cette étymologie suggère habituellement des sentiments subjectifs ou du moins un jugement de valeur.

Disease en anglais signifie initialement dis ease et illness est dérivé de old north, ill = mauvais. L'anglais possède une triple terminologie, disease maladie appréhendée par le savoir médical, illness maladie éprouvée par le malade, et enfin sickness état beaucoup moins grave et incertain tel que le mal de mer et plus généralement le malaise.

Cette langue embrasse les sens subjectifs et objectifs de la maladie, ne se limitant pas au seul discours biomédical qui à bien des égards laisse insatisfait le désir de sens.

Patos en grec signifie souffrance et boljezn en russe est dérivé de bol qui signifie douleur. Le danois syg signifie originellement contrarié ou chagriné. Seul le mot allemand krank est compatible avec le point de vue biologique. Il signifie initialement « courbé, plié » suggérant que le but de la médecine est de « redresser » le patient.

Après ces considérations étymologiques et théoriques, nous allons donc étudier ce que la Psychologie Médicale et la représentation des maladies peut apporter de pragmatique et d'utile à la Médecine Générale.

Le pragmatisme de la psychologie médicale

statut et rôle du médecin et du patient

pour le médecin on en distingue cinq principaux

Compétence technique

Elle est reconnue par un diplôme garantissant la capacité du médecin d'exercer sa profession au mieux des intérêts du malade, également propagée par la rumeur.

- L'attitude universaliste

Le médecin doit exercer sans distinction aucune, douleur et plainte suffisent à l'obtention des soins.

- La spécificité fonctionnelle

Le médecin a accès à la personne physique et morale, en dehors de la relation médicale l'accès au corps est motivé par l'amour ou par la haine, le secret médical est une garantie pour le patient, le médecin est déchargé de toute obligation par son statut en dehors du domaine de la maladie.

- La neutralité affective

La relation d'autorité et de dépendance est maintenue en d'étroites limites, différente des biens évidemment relations amicales, amoureuses, professionnelles, familiales, protégeant la vie privée du médecin. C'est une attitude humaine au sens large mais refusant toute approche trop personnelle avec pour corollaire que si le médecin obéit à cette règle il ne peut pas soigner ses proches.

Le médecin est déchargé de toute obligation par son statut en dehors du domaine de la maladie.

- Attitude altruiste et désintéressement

La médecine n'est pas une activité commerciale, sa pratique doit se faire dans le désintéressement en vertu de la vulnérabilité des patients.

En résumé, nous reprenons les exigences de l'éthique médicale, discipline qui analyse la conformité de la pratique médicale à des principes philosophiques.

L'on distinguera cinq principes :

- Le principe de bienfaisance :

Toute intervention médicale doit procurer du mieux être, en tenant compte du rapport bénéfique/risque, des valeurs morales de chacun des protagonistes, de l'intérêt de la société.

- le principe de non nuisance :

Complémentaire du précédent, il se réfère au devoir du praticien de ne pas nuire au malade ou de minimiser au maximum la nuisance.

- le principe d'autonomie :

Il se définit comme le respect de la personne humaine, de son autonomie de choix dans la conduite de sa propre vie.

- le principe de justice :

Il a deux significations en médecine, justice, équité des cas similaires doivent être traités de façon similaire quels que soient l'origine sociale ou éthique du patient, et justice au sens du principe moral de partage des ressources au sein d'une même société, c'est le concept de justice distributive.

- le principe de fidélité :

La fidélité au devoir d'honorer les engagements, elle représente le lien unissant le patient et le médecin, qui doit faire passer les intérêts du patient avant toute autre considération.

Ces cinq principes peuvent donner lieu à des conflits de valeur, ainsi le principe de justice peut être en conflit avec lui d'autonomie le malade désirant une option que l'institution lui refuse. Les « consommateurs de soins » défendant leurs droits oublient parfois les contraintes de base du principe de justice distributive.

droits et devoirs du patient sont codifiés par la société :

Exemption de la responsabilité

Par exemple, le certificat médical donne droit à un arrêt de travail ou exemptait du service militaire.

- Droit à l'aide

La maladie est un évènement involontaire.

La famille du patient soigne un de ses membres même si l'état et la sécurité sociale tendent à se substituer à elle.

- Obligation de désirer de guérison

Le patient est en effet responsable de sa guérison sinon il peut perdre son statut de patient.

- Obligation de coopération

Par exemple la névrose est désormais reconnue par le psychiatre comme maladie, et est prise en charge par la sécurité sociale, au contraire le psychotique n'est pas responsable de sa maladie mais ne peut assumer l'obligation de guérir et de coopérer à sa guérison. Statut et rôle du malade peuvent échoir à quiconque, y compris au médecin. L'être malade définit par l'intermédiaire du groupe social, est différent selon que la découverte de la maladie est fortuite, lors d'un dépistage systématique sans la présence de signes fonctionnels, alors la société crée la maladie et préconise traitement et ségrégation.

Si au contraire les signes fonctionnels sont au premier plan, le sentiment d'être malade précède l'affirmation de la maladie par le groupe social dont le médecin est le représentant.

Enfin à noter depuis quelques années le travail du Conseil d'Etat en faveur de l'information aux patients.

un modèle relationnel

D'après HOLLANDER (Cours de Psychologie Médicale du Docteur Serge REVEL 1991, Université de Poitiers), il est fondé sur l'activité et la passivité relative du médecin et du patient.

activité du médecin/passivité du patient :

C'est le modèle de l'urgence, et des interventions chirurgicales en psychiatrie lors des états d'agitation, des états délirants aigus. Ce modèle fait écho à la relation mère-nourrisson, si la mère ne s'en occupe pas activement alors il meurt.

direction par le médecin coopération du malade :

Ce modèle est fréquent et correspond le mieux à la société technique dans laquelle nous existons. Le médecin pose un diagnostic, dirige, conseille de manière plus ou moins autoritaire attendant que le patient coopère, accomplisse ce qu'il lui demande.

Le patient se rend compte de la situation, peut se faire une opinion, peut juger la situation mais essentiellement obéir.

Ceci correspond à l'enfance et à l'adolescence, on attend en effet de l'enfant qu'il obéisse et des parents qu'ils soient capables de le guider.

Exemples : maladies infectieuses aiguës, accidents...

participation mutuelle du médecin et du malade :

Modèle des maladies chroniques, réadaptations des états ou le patient peut prendre en charge son traitement avec pour exemple le diabète, les cardiopathies...

C'est un modèle complexe nécessitant un ajustement, le médecin devant évaluer le besoin momentané ou constant du patient, c'est le type de relations entre adultes.

En effet si le médecin est autoritaire avec un patient atteint d'une maladie chronique, ce comportement peut entraîner dépendance et régression de la part du patient.

Exemple :

Diabète		Trouble de l'humeur
Coma	Niveau 1	Accès maniaque

Médecin actif/patient passif

Niveau 2

Direction du médecin/coopération du patient

Mise au point du traitement, d'objectifs de soins, éducation et pédagogie

Niveau 3

Participation mutuelle

Adaptation par le patient de son mode de vie, régime...

Le médecin le conseille et le guide avec souplesse

Observance = croyance

La relation médecin patient

Silla M. Consoli, Professeur de Psychiatrie à l'unité médicopsychologique de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, propose à travers sa recherche une approche nouvelle de la relation médecin patient.

Cette relation, structurée autour d'une demande et d'une offre de soins, lieu de compétence, de méthode et de rigueur technique, est une relation intersubjective, régie par des ressorts affectifs, qui lui confère un extraordinaire pouvoir d'influences réciproques et en font une source majeure de frustrations et de blocage, mais aussi à l'opposé de mobilisation et de motivation pour tout projet thérapeutique de longue durée.

Relation asymétrique par excellence, elle doit néanmoins être construite sur les principes d'un partenariat, visant la transmission d'un esprit et d'un savoir faire, et l'autonomie maximale possible du patient.

La relation médecin-patient est ainsi un système d'attentes réciproques. Elle est productrice d'un sens, de diagnostic et d'un décryptage du malaise vécu par un individu ainsi que d'une analyse de ses déterminants multiples, d'un soin ensuite dans toutes les acceptations de ce terme : réparation d'un dommage observé, renforcement des défenses naturelles de l'organisme, soutien moral de l'individu qui souffre, attitude attentive de prise en considération d'un sujet en difficulté.

Ainsi, quelles que soient les contingences de chaque rencontre, le malade et le médecin attendent chacun de l'autre, consciemment ou non, toute une série de comportements de qualités et de réponses largement déterminées par les représentations sociales, mais aussi par les expériences individuelles de souffrance, et d'aide interpersonnelle. Autant dire que chaque partenaire aborde la rencontre avec ses propres attentes, et que la manière anticipée dont il investit son interlocuteur, conditionne en partie ses chances d'être compris ou incompris, satisfait ou déçu.

La relation médecin patient est en bonne partie conditionnée par les attitudes adoptées par le patient face à sa maladie et par les réactions que de telles attitudes induisent chez le médecin.

Il s'agit de ne pas considérer la maladie comme réifiée, en tant qu'entité « externe » au patient, ou en tant que « mal à extirper » pour rendre le sujet à son bien être et à son « innocence » originels, mais de renouer avec la tradition hippocratique d'une vision élargie de l'individu lié à son milieu : l'Homme malade n'est ni une victime ni un coupable, artisan éventuel de son malheur, mais un être qui souffre de sa rupture d'homéostasie et de sa différence, et qu'il s'agit d'aider à se réadapter au mieux de ses capacités.

Evaluation individuelle dynamique :

Stratégies d'ajustement à la maladie. D'après RAY et S. CONSOLI

(Psychiatrie de Liaison in Senon JL, Sechter D, Richard D Thérapeutique psychiatrique, 1995)

Evaluation individuelle dynamique :

Stratégies d'ajustement à la maladie. D'après RAY et S. CONSOLI

(Psychiatrie de Liaison in Senon JL, Sechter D, Richard D Thérapeutique psychiatrique, 1995).

Position	Toute puissance	Intermédiaire	Impuissance
Maintien dans la conscience des pensées angoissantes et perturbatrices	Hostilité révolte Sentiment d'injustice Revendication Opposition Agressivité Néguvisme	Recherche de maîtrise Combativité Confrontation à la réalité Recherche d'information Responsabilisation	Désespoir Renoncement Résignation Démission Abandon
Evacuation de la Conscience des pensées angoissantes et perturbatrices	Déni rationalisation Intellectualisation Minimisation Répression émotionnelle	Evitement fuite oubli Refoulement Addictions	Idéalisation de la médecine délégation aux soignants et à l'entourage dépendances aux proches recherche d'un traitement magique

Ce tableau permet au praticien de situer les mécanismes de défense de son patient face à la maladie. Utilisé en psychiatrie de liaison, il est transposable à l'exercice de la médecine générale, en permettant au médecin d'évaluer l'impact de son action sur l'évolution du comportement du malade.

Il aide celui-ci à tendre vers la position intermédiaire, où le patient participe et coopère à la prise en charge en recherchant des informations sur sa maladie, confronté à la réalité il lutte activement contre elle. C'est la position idéale du patient responsable, gage d'une relation libre avec le médecin, d'une communication riche fondée sur la confiance mutuelle, la négociation.

Anthropologie de la maladie

Trois axes sont à explorer : la représentation des maladies, la perception du corps et enfin la modification de la représentation que le patient a de lui-même à travers l'expérience de sa maladie.

La représentation des maladies

La représentation que nous nous faisons de la santé et de la maladie dépend de la culture dont nous sommes issus. En effet, de façon plus ou moins consciente, cette représentation influence à notre insu notre mode de recours aux soins et notre adhésion aux moyens thérapeutiques mis en œuvre par le médecin.

Le médecin, bien évidemment, n'échappe pas non plus à l'influence au moins inconsciente de sa propre culture.

Depuis l'antiquité deux courants de pensée modélisent la représentation des maladies :

D'une part une conception archaïque dont l'origine se trouve en Orient, où la maladie est la sanction d'une faute, d'un péché, d'une transgression volontaire ou non de la Loi. Il s'agit selon ce modèle d'une faute contrôle l'ordre du monde, contre l'ordre immanent qui préside à la santé de chacun. Cette faute peut être expiée ou conjurée, elle a un sens qui peut être décrypté. Elle expose le sujet à la honte, la dévalorisation et lui fait courir le risque d'une exclusion du groupe ou de la société d'appartenance.

D'une certaine manière, la psychanalyse, qui met l'accent sur le rôle joué par la dynamique de la culpabilité inconsciente dans l'éclosion de certaines pathologies, peut être rattachée à ce courant.

D'autre part, la conception naturaliste, gréco-latine, reconnaît à la maladie une cause matérielle, provoquant une anomalie, une erreur qu'il est possible de réparer. Cette conception mécaniciste de la médecine peut conduire à une réification de l'homme, une instrumentalisation inacceptable d'un point de vue éthique, dont l'exemple actuel le plus frappant est le débat sur le clonage reproductif humain.

L'anthropologie de la maladie a été étudiée en particulier en France par François LAPLANTINE, dans un ouvrage remarquable (*Anthropologie de la maladie* Payot 1992) qui mêle histoire de la médecine, études critiques de textes littéraires (évoquant la maladie à travers l'œuvre de Proust, de Zorn, de Virginia Woolf et de Kafka) mais également d'entretiens avec des médecins et des patients.

Par le biais d'une profusion de sources documentaires, Laplantine dégage quatre couples de modèles étiologiques de représentation des maladies qui correspondent à autant de modèles thérapeutiques :

Ontologique/fonctionnel, Exogène/ endogène, Additif /soustractif, Maléfique/bénéfique.

le modèle ontologique :

Dans ce modèle, la maladie qui existe en elle-même peut donc être étudiée objectivement. C'est le modèle physiopathologie et anatomo-clinique dans lequel le traitement et la guérison dépendent directement de l'exactitude des connaissances acquises sur la maladie. La maladie est considérée comme un désordre du corps dont les médicaments peuvent obtenir la guérison.

le modèle fonctionnel :

Le modèle fonctionnel insiste, dans la cause de la maladie, sur la rupture d'un équilibre assimilé à la santé. Cette rupture peut être interne à l'homme, entre lui et l'univers entre l'homme et son environnement social. Le traitement est alors une tentative censée rétablir l'équilibre ainsi rompu, c'est le modèle des thérapies analytiques et des cérémonies sacrificielles.

le modèle exogène :

La maladie y est le résultat d'une cause extérieure, naturelle (microbe, toxique, stress) ou surnaturelle (mage, esprit, sorcier). Il a pour mesure thérapeutiques soit une médecine allopathique qui vise à neutraliser cette agression extérieure, soit des rites conjuratoires.

le modèle endogène :

Ce modèle met en avant la constitution du sujet, le terrain, et donc l'hérédité du patient. La fragilité du sujet y est la cause de la réussite de l'éventuelle agression d'un agent extérieur. D'un point de vue thérapeutique, ce modèle est celui de l'homéopathie et de la psychosomatique.

le modèle additif :

Ici la maladie est attribuée à l'incorporation d'un élément étranger, mauvais en soi (virus, drogue) ou en excès (pléthore, surmenage, stress) dont la guérison résulte de l'élimination de ce mauvais objet par des médicaments, la chirurgie, ou des pratiques magiques.

le modèle soustractif :

A l'inverse, la maladie y est perçue comme un manque, une perte de toute nature. La guérison est assurée par une compensation (une addition notamment de médicaments).

le modèle maléfique :

La maladie y est identifiée au mal : déviance physique, psychologique ou sociale contre laquelle le sujet combat, mais dont il se défend aussi. Ce modèle rend compte aussi bien de l'attention portée actuellement au traitement de la douleur (cause nationale de

santé publique, vécue comme le mal absolu), que des exclusions des aliénés, pestiférés, sidéens.

le modèle bénéfique :

Enfin le modèle bénéfique identifie la maladie à une expérience enrichissante, exceptionnelle et gratifiante dont les bénéfices pour le patient sont le stoïcisme, la valeur de l'épreuve surmontée. La guérison n'y est pas recherchée au sens habituel de restauration d'un état de santé antérieur, mais le thérapeute y agit comme révélateur, passeur, médiateur sur le chemin d'un état supérieur ou d'un meilleur équilibre. C'est une médecine initiatique.

la perception du corps

La représentation des maladies ne suffit pas à expliquer ce que le patient ressent, et c'est à travers l'écran que constitue le corps humain, et par les mots du corps, le savoir véhiculé par le langage populaire que l'on peut avoir accès au lien profond qui unit les symptômes corporels et leur traduction dans la langue.

Le Docteur Philippe BRENOT, psychiatre et anthropologue, dans son ouvrage Les mots du corps (Editions Le Hameau 1987) décrit autour d'un mot directeur les locutions qui témoignent de sensations ou de sentiments de mal être « que véhiculent près de 85 de ces expressions sur le corps ».

Seulement 15 où s'expriment le bien être, reflétant le besoin de parole et de communication qui accompagne le « mal être » : on parle de ses maux, alors qu'on n'a pas besoin de préciser que l'on est bien.

La santé étant bien entendu un état qui se définit par l'absence de maladie.

L'importance relative de chaque organe apparaît avec toute sa symbolique.

C'est le cœur qui est de loin le plus représenté, considéré comme le nœud vital et affectif auquel la langue populaire accorde le plus d'importance.

Puis viennent le ventre et les poumons traduisant ainsi l'importance dans la conscience populaire des désordres digestifs et la lourde menace que faisait peser les maladies comme la tuberculose. Enfin et surtout les mots du corps sont d'une grande pertinence nomment en ce qui concerne les réactions émotionnelles et les signes psychosomatiques que nous méconnaissons peut être plus souvent qu'aux époques moins techniques. La langue vivante, véritable fenêtre au corps populaire, laisse voir une émouvante anatomie empirique qui met le cœur à la place de l'estomac ou des grillons dans la tête, pour exprimer à travers les siècles l'inquiétude et le tourment quotidien, le ver rongeur qui nous travaille du dedans. Dans ce parler populaire, les grands fléaux des temps passés subsistent, la phtisie et le mal pulmonaire, les mous pourris et les tripes nouées le fiel épais et la « sanglaçure ». Il est très remarquable de

noter la pertinence de nombres d'assertions populaires, notamment en ce qui concerne la prise de conscience du lien souvent très fort entre notre corps et le monde environnant par l'intermédiaire du symptôme qu'il porte.

La médecine Hippocratique originelle, a toujours accordé une grande importance aux humeurs et aux caractères, à leur inscription dans le corps et à leur participation à l'évolution des maladies.

La médecine technicienne efficace, fondée sur des preuves, spécialisée et déterministe, leur accorde moins de place, peut être du fait de la toujours très puissante dichotomie entre le corps et l'esprit.

La langue populaire est alors le trait d'union entre ces deux tendances, ne méconnaissant ni l'organicité de la maladie, ni la participation caractérielle et affective de ce que l'on appelle le langage du corps, expression au moyen de symptômes de conflits personnels, conjugaux, familiaux, ou sociaux non dits.

L'anxiété est alors présente à chaque instant par le resserrement : angor, angoisse qu'elle impose au corps, bouche sèche ; gorge tête et cœur serrés ; crampes musculaires et tripes se tordent.

Nos symptômes ne sont que des tentatives de fuite ou d'agression fantasmées par notre expérience infantile, sous-produit d'un savant mélange de réactions animales et de sens inconscient.

L'oppression thoracique, ou des difficultés respiratoires comme l'asthme peuvent ainsi crier « j'étouffe », « il ou elle m'étouffe » comme bien des dorsalgies chroniques peuvent aussi exprimer ce non-dit : « j'en ai plein le dos » ou encore « je l'ai toujours sur le dos ». Cette dimension du corps métaphore, n'a toutefois de sens que replacée au sein de l'histoire intime et des valeurs personnelles du sujet.

Cette approche pragmatique par le langage du corps rend plus accessible la dimension psychosomatique parfois complexe dans ses théories, et permet de mieux comprendre ce que peut ressentir le patient, la signification de ce ressenti sous entendant ou impliquant les autres.

La modification de la représentation que le patient a de lui-même

La maladie somatique bouleverse la représentation que le sujet a de lui-même ainsi que son aménagement défensif.

Comme l'indique le Professeur Senon dans son ouvrage sur la Prise en charge d'une dépression chez un patient atteint d'une pathologie organique, (P.R.I.D. Ed. Masson, 2001) « la maladie, soit en menaçant la vie à court terme, soit à l'origine d'une invalidation et d'une perte d'autonomie, met à rude épreuve les ressources de chacun. »

La projection dans l'avenir, les investissements libidinaux et objectaux sont remis en cause, et le malade doit reprendre son projet de vie et négocier une représentation acceptable de son corps et de sa psyché, effrités par la maladie. Il s'agit alors pour lui de s'accepter faillible, en éloignant les fantasmes de toute puissance qui l'avaient porté dans sa vie affective relationnelle et sociale.

Ainsi toute maladie grave ou perçue comme telle est atteinte du narcissisme.

CONCLUSION

L'enjeu de la consultation est alors la conservation de l'estime de soi pour le patient, alors même que l'adaptation défensive l'amène à négocier une perte d'autonomie et un recours à la passivité face aux soignants. Le premier temps est donc celui de l'expression des plaintes somatiques, car peu de patients ont d'emblée la capacité d'organiser les représentations du corps souffrant et de les communiquer.

Atteinte de l'intégrité corporelle et psychique, altération de l'estime de soi, la maladie est situation de faiblesse et acceptation de la perte d'autonomie.

La difficulté de l'interprétation des signes que le patient présente tient au fait qu'ils font sens pour chaque patient en fonction de ses centres d'intérêt culturels religieux ou mythiques, et que le médecin n'y a accès que par la qualité de son écoute. L'étude que nous avons menée auprès de quarante patients corrobore cette attente d'une écoute authentique, empathique, qui demande du temps pour élaborer une relation de confiance.

L'étude de la relation médecin patient doit permettre au médecin de mieux connaître son attitude contre transférentielle et d'adopter un comportement adapté au patient en fonction de sa personnalité et de la diminution de ses possibilités antérieures liée à la maladie, ressentie comme une blessure narcissique par le patient et l'amenant à régresser plus ou moins.

Cette relation est transitoire, et met en jeu des personnalités différentes nécessitant une adaptation réciproque, satisfaisant de façon variable la réalisation des désirs de chacun des protagonistes.

Le but conscient du médecin est de permettre par son attitude ses conseils et ses prescriptions la guérison ou une adaptation à un nouvel équilibre, et ce but ne peut être atteint que si le médecin au niveau conscient et inconscient a des satisfactions suffisantes pour désirer exercer au mieux des intérêts de chacun.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine Bioy, Collection : Les outils du psychologue, Dunod 2012, 372 pages.

[L'Aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin en 58 notions.](#)

Collection [Et si c'était votre patient?](#)

BACHELARD-COPPIN Elisabeth : Formation à la relation médecin-malade en 1999.
Thèse de doctorat en médecine, Université de Paris XII Créteil, 1999.

BALINT Michael : Le médecin, son malade et la maladie. Ed. P.U.F., 1960.

BALINT Michael : Le médecin en formation. Payot, 1966.

BAUDMAN François : La relation médecin-malade, étude historique et sociologique.
Thèse de doctorat en médecine Université de Paris VI Broussais, 1999.

BECHE Delphine : Evaluation de la formation des internes en médecine générale à l'exercice de leur profession auprès de leurs patients en souffrance. Thèse de doctorat en médecine Université de Lyon I, 1999.

BERAUD Claude : Santé, trop soignés mal soignés, Le Monde des débats, mai 2000.

BRENOT Philippe : Les mots du corps. Ed. l'Esprit du temps, Paris, 1992.

BUCHON Daniel : Notre médecin devrait être tout cela et plus encore. Thèse de doctorat en Université de Limoges, 1999..médecine,

Collège National des Généralistes Enseignants : Médecine générale, concepts et pratique. Masson éditeur, 1996.

CONSOLI S.M. : Pourquoi les gens tombent-ils malades ? Rev. Internat. Psychopath. 1992, 8, 551-544.

CONSOLI Silla-M. : Relation médecin malade. E.M.C., Encyclopédie de Médecine Pratique 1-10010,1998, 8p.

DEBRAY J. : clinique de l'expression somatique. Delachaux & Niestlé, 1996.

DE MUYLDER Sophie : A la recherche de la relation. Thèse de doctorat en médecine Université de Lille II, 1999.

ISRAEL Lucien : Le médecin face au malade. Ed. Pierre Madraga, 1968.

LAPLANTINE François / Anthropologie de la maladie. Ed. Payot, 1986.

McDOUGALL Joyce : Théâtres du Corps. Ed. Gallimard, 1989.

[Philippe Passa Silla Consoli](#) **Mieux communiquer avec votre patient diabétique de type 2**

Date de parution: 01/12/2005 Editeur: [Editions Scientifiques L&C](#)

REVEL Serge : Psychologie Médicale, la relation médecin malade Université de Poitiers 1990.