

Zeitschrift: Fisio active
Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 39 (2003)
Heft: 2

Artikel: A propos de relation patient-soignant
Autor: Monnin, Dominique
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929637>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

A PROPOS DE RELATION PATIENT-SOIGNANT

Dominique Monnin, Physiothérapeute-chef, Hôpitaux Universitaires de Genève, Clinique de Rééducation, 26, Av. Beau-Séjour, 1211 Genève 14, dominique.monnin@hcuge.ch

Certains thèmes de cet article ont été développés dans «Médecine, compliance et formation»; Perspective soignante, Paris, sept. 2001

Mots-clés:

Compliance, Education thérapeutique, Formation, Pédagogie

La médecine occidentale produit une abondante littérature consacrée à la compliance des patients à leur traitement. La quasi totalité des textes publiés à ce sujet discutent la même question: une bonne part des gens ne font pas ce que les soignants leur demandent de faire pour leur santé: médicaments non ingérés, diètes non respectées, hygiène de vie négligée... Après analyse, les auteurs proposent généralement une manière d'améliorer cette situation qui, chiffres à l'appui, motive plus de 10 pour-cent des hospitalisations aux Etats-Unis et dont le coût annuel se chiffre en centaines de millions de dollars [1]. On comprend que les gestionnaires de la santé s'y intéressent; les soignants aussi qui se sentent mis en cause dans leur efficacité par ces patients si peu compliants!

ABSTRACT

Western medicine produces large amounts of literature devoted to patients' compliance with their treatment. Virtually all the texts published on this subject discuss one and the same question: a large proportion of people fail to do what health people ask them to do for their health – drugs not taken, diets not adhered to, a neglectful lifestyle... After conducting an analysis, authors propose a general means of improving on this situation which (with figures to support it) is the reason behind more than 10% of hospital admissions in the United States and costs more than 100 millions of dollars each year. It goes without saying that health-system administrators are interested in this approach – as are medical staff who see their efficiency questioned by these not very compliant patients!

INTRODUCTION

Le terme *compliance* fleurit depuis quelques années dans le jargon médical. Il désigne la manière dont un patient suit plus ou moins scrupuleusement ce qu'un soignant lui a prescrit. Une abondante littérature s'intéresse à la question. Pour une bonne raison: une grande part des gens ne font pas ce que les soignants leur ont prescrit: médicaments non ingérés, diète non respectée, hygiène de vie négligée... On comprend mieux l'intérêt porté à cette question si l'on précise qu'aux Etats-Unis elle motive plus de 10 pour-cent des hospitalisations et que son coût est évalué en centaines de millions de dollars [1].

Atteint dans sa santé, le quidam consulte un médecin. Celui-ci établit un diagnostic, explique le problème au patient et lui prescrit la conduite à adopter pour cheminer vers la stabilisation, l'amélioration ou, le plus souvent heureusement, la guérison de son affection. Il confirme la substance de son discours sur une ordonnance. *Scripta manent!* Et pourtant... si les prescriptions sont relativement bien suivies par les patients atteints de problèmes ponctuels, l'assiduité chute jusqu'à 50 pour-cent lorsque ces derniers sont atteints d'une affection qui dure plus longtemps [2].

Les milieux institutionnels résolvent assez simplement la question: le personnel soignant distribue les médicaments et supervise leur ingestion, prescrit la diète et vérifie que poches, tiroirs ou armoires ne regorgent pas de sucreries, propose une activité physique et la fait exécuter sous contrôle. Combien de médicaments alimentent le gazon, les lavabos et autres W.-C. des établissements de soins! Et la question reprend toute son acuité le jour où le patient retourne chez lui... Dernier cri de la technique, le monitoring garantit des informations en temps réel. Une puce électronique parvient à relever le nombre de médicaments sortis d'un emballage, la fréquence, la durée, les horaires d'utilisation d'un appareil, ou d'autres paramètres que le soignant consulte à espaces réguliers, sur l'appareil ou par télé-métrie. Mais, si le «mouchard» dit combien de comprimés sont sortis de la boîte, il ne précise pas s'ils ont été absorbés [3]! Si l'on s'accorde pour admettre que personne n'éprouve de plaisir à être malade ou à constater qu'il dégrade sa santé, voire son simple bien-être quotidien, comment ne pas s'étonner de ce que tant de patients ne mettent pas en pratique ce que le médecin leur a prescrit!

La non-compliance revêt des formes très diverses: horaire erroné, dosage inexact, interruption prématurée, pause, voire même oubli total du traitement. Interrogés à ce sujet, les patients invoquent l'impression qu'ils n'ont pas besoin d'un tel traitement, déclarent que celui-ci ne servira de toute façon à rien, pourrait s'avérer néfaste ou encore qu'ils n'ont pas compris les instructions qu'ils ont reçues [4]. Notons au passage que l'avis des médecins est bien différent. A titre d'exemple, les diabétologues pensent que 80 pour-cent des patients qui ne suivent pas le régime qui leur est prescrit le font par manque de motivation [5].

DISCUSSION

LE POIDS DES MOTS

Le mot *ordonnance* réfère à «mettre en ordre, mettre de l'ordre; d'où gouverner, disposer de» [6]. D'abord utilisé dans le langage juridique, le mot *ordonnance* «exprime l'idée d'une volonté, d'une décision émanant d'un supérieur». Il sera repris au XVI^e siècle dans le vocabulaire médical sous la forme de «prescrire par ordonnance».

Prescrire signifie d'abord «condamner, enrôler», puis devient au fil des siècles «fixer de façon précise, exiger, rendre une chose indispensable». La particule «pre» marque le lieu, devant, mais aussi l'antériorité. La prescription a été pensée et écrite par quelqu'un d'autre; elle figure là, sur le papier. Elle émane du docteur, de «celui qui sait», d'un supérieur qui jouit d'un pouvoir comparable à celui de la justice, voire plus important puisqu'en fin de compte ce feuillet, sur lequel ont été jetés quelques mots, est susceptible d'engager l'avenir du patient. Plus encore, son absence d'avenir, sa mort.

C'est dans ce contexte que le patient est appelé à se montrer compliant, c'est-à-dire à se plier à «une règle, un ordre, quelque chose que quelqu'un d'autre veut qu'il fasse» [7]. A moins qu'il ne réagisse contre cette prescription car, si le préfixe «com» signifie «avec», il «désigne à la fois le partenaire et l'adversaire». Faire une partie de tennis avec un ami signifie aussi jouer contre lui... et essayer de le vaincre. Nous patapons dans une situation pour le moins complexe...

Certains courants, au Canada notamment, ont pensé pouvoir contourner l'obstacle en abandonnant le mot *compliance* au profit d'*adhésion*. Le choix reste ambigu. Le verbe latin *haerere* signifie «être attaché fortement, être arrêté (prisonnier)». Si quelqu'un est attaché, c'est bien qu'un autre l'a attaché. L'adhésion marque l'«acte volontaire par lequel on devient membre d'un groupement mais aussi la reconnaissance implicite de l'autorité d'une loi, d'une idée». A voir combien les stratèges des partis politiques se désolent de leurs adhérents qui modifient les listes officielles de vote, on mesure la vraie marge d'autonomie des citoyens en question. Les psychologues parlent de conflit de loyauté pour parler de cet effort, de ce sentiment de malaise que doit surmonter le citoyen pour biffer un candidat sur la liste de son parti...

Comment ne pas glisser par association d'idées à la question que suscite la notion de contrat thérapeutique; dont les parties sont tout sauf sur un pied d'égalité. D'un côté, le soignant, celui qui sait et propose une démarche; de l'autre, le patient, qui non seulement ne connaît pas grand chose au fonctionnement de son corps ni aux avatars qui l'ont amené à consulter, mais qui devra appliquer les clauses du contrat qu'il signe (implicitement ou explicitement), qui s'expose à les enfreindre (avec toute la culpabilité qui ne manquera pas d'en résulter) et qui attendra, le cas échéant, de savoir si le soignant le considère toujours comme un bon patient ou s'il lui en voudra et le rejettera, symboliquement ou effectivement.

Pourtant, le contrat thérapeutique repose sur une idée générique: l'autonomisation du patient. Encore une expression peu claire. Le mot «autonomie» signifie *créer sa propre loi*; le suffixe «tion» marque un processus, une action menée sur un objet; ici, le patient. «Autonomisation» signifie donc *rendre autonome*, c'est-à-dire demander à l'autre, au patient, d'élaborer un fonctionnement qui lui soit propre. On voit immédiatement que la formule contient sa propre contradiction: comment ce patient, qui a mis sa confiance en un soignant, peut-il prendre des décisions autres que celles qui iront, selon lui, dans le sens d'une approbation de sa conduite par le soignant? De quelle marge dispose-t-il pour décider librement, pour ne pas entrer en conflit de loyauté?

Ordonnance, prescription, contrat thérapeutique, le vocabulaire médical partage bon nombre de termes avec celui de la justice. A commencer par l'*interrogatoire* du patient qui vient consulter, *avoue* un écart de conduite avant le *verdict* du praticien qui lui annoncera peut-être qu'il est *condamné* mais qu'il peut espérer un *sursis* s'il accepte de rester sous bonne *surveillance* [8]. Il n'y a qu'un pas de l'obéissance à la révolte; le patient qui ne fait pas vraiment siennes les prescriptions de son médecin a de multiples raisons de les biaiser, de les contourner ou tout simplement de les ignorer.

QUELQUES PISTES

Chacun se construit au sein d'un environnement dans lequel il se sent en sécurité, un monde cohérent, mais pas forcément logique au sens scientifique du terme. Au point que cet univers peut paraître plus ou moins insensé à tout autre que lui. Cette représentation n'est cependant pas figée; elle peut évoluer. Elle le fera si le sujet est suffisamment ébranlé pour remettre la cohérence de son monde en question et si la nouvelle représentation qui émerge a un sens pour lui. Mais il ne peut accepter d'aller vers l'inconnu que s'il possède une certaine confiance en lui et en la personne qui l'incite au changement.

La non-compliance surgirait donc lorsque l'ordonnance s'inscrit dans un contexte d'opposition plutôt que de collaboration. Le déséquilibre induit par le soignant va au-delà de ce que permet le lien de confiance qui unit les deux protagonistes. Déplacé trop loin de ses bases, le patient se trouve face à quelque chose dont il ne voit pas le sens; il s'en méfie ou prend franchement peur. Il trouve tout naturellement la réassurance dans ses habitudes antérieures et continue donc à fonctionner dans cette cohérence, consciemment ou non.

Cela revient-il à prétendre que patients et soignants sont enfermés dans un irrémédiable processus d'opposition? Certainement pas. A parcourir la littérature médicale, deux évidences s'imposent d'emblée: «lorsque les patients sont encouragés à participer à leur traitement [...], l'évolution de la maladie et les résultats de la thérapie en sont améliorés (mais) cependant, il serait naïf d'imaginer que le simple fait de fournir des infor-

mations amènera infailliblement le patient à être compliant [à son traitement]» [9]. A la sortie d'une consultation de pédiatrie, près d'une mère sur quatre ne peut pas expliciter clairement les indications que le médecin lui a fournies concernant le traitement de son enfant [10]! Il s'avère donc primordial de clarifier les composantes de l'interaction qui permettent une approche centrée sur le patient au sein de laquelle chaque partenaire puisse apporter sa contribution dans le respect de l'autre.

Les interventions de type pédagogique reposent toutes plus ou moins sur les principes de la psychologie comportementale: la maladie, le traumatisme, le handicap constituent un bouleversement dans la vie d'un individu. Face à cet imprévu, celui-ci s'enlise dans la dépression ou travaille à développer des adaptations. Cela requiert un processus d'apprentissage qui progressera d'autant mieux que l'apprenant sera épaulé et disposera d'indicateurs qui lui permettent de juger de la difficulté à laquelle il est confronté, des stratégies à développer, des moyens à engager et des progrès déjà réalisés pour parvenir à son but. On peine à compter les séminaires, formations et autres ouvrages qui garantissent tous les secrets de ce type d'approche.

Les soignants doivent-ils développer des approches pédagogiques à même d'aider le patient, voire tout un chacun à cheminer dans un processus d'apprentissage qui l'amènera à respecter des préceptes par eux édictés ou ont-ils, bien au-delà de simples interventions comportementalistes, à accompagner une personne dans son processus de formation au sens large du terme, celui qui permet à l'individu de dévoiler et de vivre les possibles de sa vie, parfois dans la douleur et la souffrance? En d'autres termes, si la société le fait, pour certaines vaccinations rendues obligatoires par exemple, une personne peut-elle s'arroger le droit de contraindre une autre personne, positivement ou négativement, sous motif de promouvoir sa santé?

André Giordan [11] montre que l'apprendre ne peut se résumer à un «simple mécanisme d'enregistrement» effectué par un cerveau qui accumulerait les informations provenant d'une source extérieure. Pas plus qu'il ne peut être réduit au résultat d'un entraînement dans lequel l'enseignant diviserait les tâches à accomplir en activités effectuées par l'apprenant dont l'intérêt serait tenu en éveil par des récompenses ou des pénalisations. Pas question enfin de considérer que l'apprentissage puisse s'effectuer par la seule propension des individus à rechercher et sélectionner des informations en réponse à leur curiosité naturelle.

D'autre part, le vécu du patient ne peut pas entrer dans une dichotomie savoir-vécu. Il forme un savoir spécifique sur la manière dont le patient vit sa maladie, entièrement dépendant des chemins que celui-ci a empruntés pour l'acquérir. Un savoir qui prend la forme d'un gain de sens, sous forme d'une manifestation de l'intention.

Si l'évolution personnelle passe obligatoirement par la remise en question des conceptions établies, quelle attitude facilite cette remise en question tout en garantissant l'autonomie de l'autre, sa capacité de fixer lui-même ses propres normes? Que peut-on dire de la relation à établir lors de la rencontre soignant-soigné?

DÉCIDER OU GUIDER?

Qu'est-ce qui légitime ou simplement pousse le soignant à autoriser, imposer ou interdire une attitude, un geste, un mode de vie à un patient? Jean-François Malherbe n'hésite pas à parler de *furor sanandi* et à stigmatiser la médecine occidentale qui «refuse de considérer la maladie comme un langage, un dialogue du sujet avec lui-même dans un environnement géo-bio-social, la réalisation provisoire mais efficace d'un équilibre de survie, même malheureux» [12]. Il interroge les soignants sur leur «ambition de nous délivrer de la mort» et martèle qu'«il est plus commode de faire la morale aux gens sur les causes du cancer que de les soutenir et de les éclairer dans le cheminement souvent chaotique de leur liberté vers une plus entière responsabilité à l'égard d'eux-mêmes, des autres...». Il rappelle aussi que «le travail psychique auquel chacun de nous est appelé face à la mort qui vient n'est codifié dans nul mode opératoire préétabli, (...) que ce travail est toujours pénible et difficile, qu'il comporte toujours sa part d'angoisse et de souffrance»... pour le patient comme pour le soignant «qui, lui aussi – et son art le lui rappelle chaque jour – s'achemine inexorablement vers la mort».

L'introduction de l'aléatoire dans le raisonnement médical nous a appris que même pour une simple déviation de la colonne vertébrale, bien malin est celui qui peut démontrer que les exercices de gymnastique classiquement proposés (s'ils sont exécutés!) sont bien ce qui a interrompu le processus de déformation ou l'a inversé [13]. Les soignants disposent de bien peu de certitudes sur lesquelles appuyer leur action. Ils biaisent l'angoisse ainsi générée dans un mouvement de rationalisation, une mise en cage de l'incertitude face à ce destin que nous ne maîtrisons pas. En découle une médecine de préceptes qui se donne l'illusion d'une santé qui obéit à des causes linéaires. Chiffres, statistiques et guidelines érigés en absolus comme autant de phares sur une mer menaçante. Au bout du compte, soignant et patient se retrouvent dans la même situation inconfortable. Réifier l'affection dont souffre une personne, la sortir du vécu de celle-ci pour en faire un objet à observer, nommer puis éliminer, les amène l'un et l'autre à se transformer en mécaniciens réduits à appliquer des procédures. Avec tous les ratés évoqués plus haut.

Le commerçant s'efforce de convaincre son client des qualités d'une marchandise pour la lui vendre. Le soignant emprunte une voie identique lorsqu'il essaie d'amener son patient à appliquer un programme d'auto-surveillance, de médication, ou autre hygiène de vie qui n'est pas le fruit d'une élaboration commune. Comment créer ce qu'Erwin Strauss appelle un «événement signifiant», celui qui imprime d'une trace durable le cheminement d'une personne, qui fait que l'exercice, le régime, le médicament prennent sens et sont intégrés à un projet de vie plutôt que d'entrer en épreuve de force avec lui? Science et bon sens dictent de chercher ce projet de vie chez et avec le patient. Mais, réduire cette démarche à une stratégie, un plan d'action, revient à l'amputer de sa substance vitale, feindre de croire que nous maîtrisons la totalité et la complexité des causalités qui conditionnent l'action. Bernard Honoré [14] met en garde contre cette attitude qui oublie «le sens existentiel de la santé et du projet comme expression d'un dévoilement des possibles, d'une liberté, donc d'un choix lui-même possible parmi les possibles, d'un dépassement toujours ouvert sur un accomplissement jamais achevé. [Où la santé] n'est pas une succession d'états scientifiquement observables, mesurables, prévisibles, mais ce qui les traverse, les relie en un cours de vie». Où la personne ne peut être privée de ses caractéristiques essentielles «unicité, irréproductibilité, individualité sans sombrer dans la duplication, la répétition, l'imitation, [...] la liberté du moi usurpée par la représentation fixe du rôle» [15]. Fossé définitivement béant entre la personne et son reflet dans les statistiques, entre la créativité multiforme de chacun de ses gestes et le mime grossier d'un exercice qui reproduit machinalement le modèle démontré par un soignant! En tant que crise, la maladie représente un événement au sens décrit par Henri Maldiney, «une épreuve dans et par laquelle nous nous apprenons nous-mêmes avec le monde [et] résoudre la crise, c'est intégrer l'événement en se transformant». Mais l'événement ne se prévoit pas plus qu'il ne s'organise, il surgit de notre rencontre avec le monde. «Rencontrer, c'est se trouver en présence d'un autre, dont nous ne possédons pas la formule et qu'il nous est impossible de ramener au même, à l'identité du projet dont nous sommes l'ouvreur» [16]. Cet «autre en tant que personne, ne peut pas être mis à découvert. Il se révèle ou il ne se révèle pas». La marge de manoeuvre est infime, le formateur ne le sait que trop bien car tout «projet est recherche d'un ailleurs, d'un inexistant et ne va jamais sans son alter ego, le rejet» [17]. Bousculé trop fort, trop loin de ses bases, comme la moule il se referme, se laisse ballotter par les flots... pour reprendre son chemin initial à la première accalmie.

Dans ce cheminement, le soignant tient le rôle de guide, au sens du guide de montagne qui entreprend une course avec son client vers le sommet que celui-ci a choisi d'atteindre. Disponible, attentif, bienveillant autant que rigoureux, il propose la voie qui convient le mieux aux possibilités de son client, celle

aussi qui, à son appréciation, est à sa portée et lui procurera le plus de satisfaction. Le client choisit. Tous deux se mettent en route. La compétence de l'un n'exclut pas celle de l'autre, pas plus qu'elle n'en remplace les efforts, ni le mérite... et la fatigue à l'arrivée. Le terme de **prévenance** illustre bien cette attitude du guide, plein de sollicitude, d'attention à l'égard de son client, soucieux d'aller au-devant de ses choix tout en les respectant. Toute analogie avec une situation de soin ne serait pas nécessairement fortuite...

CONCLUSION

Pareille approche contraint à prendre de la distance vis-à-vis de notre propre conception de la santé au moment où nous sommes partie prenante de l'action, à renoncer à toute certitude, à inclure dans la critique celle de nos propres idées sur ce qui paraît nécessaire pour guider l'action, précise Bernard Honoré [18]. Nous sommes amenés à cheminer dans l'acceptation de l'inachèvement et de l'incertitude, le renoncement à une action qui vise à débarrasser la vie de la maladie et de la mort qui comptent définitivement parmi ses éléments constitutifs. Reste alors le privilège d'accompagner des patients – humains en tous points semblables à nous – au fil d'une vie qui s'épanouit avec la maladie et la mort, où la maladie n'est pas seulement un avatar, mais aussi, selon l'expression de Pascal Bruckner [19] «une occasion de réorganiser son rapport au réel, non au réel biologique mais au réel de l'impossible tout-dire impliqué par le fait du langage; [...] l'occasion d'inaugurer une nouvelle voie de frayage».

Au-delà de l'apprentissage d'un geste ou d'une attitude plus ou moins automatisé, accepté, assimilé, le prendre-soin se découvre alors accompagnement du patient dans sa recherche d'un sens à ce qu'il vit et la mise en projet de son avenir, en tant qu'individu, mais aussi comme membre d'une communauté sociale.

RÉFÉRENCES

1. BERG JS, DISCHLER J, WAGNER DJ, RAIA JJ, PALMER-SHELVIN N. Medication compliance: a health care problem. *Ann Pharmacother* 1993; 27 (suppl): 5–24.
2. RESTON VA. National Pharmaceutical Concil. Emerging issues in pharmaceutical cost containment 1992; 2 (2): 1–16.
3. SCHWED A, FALLAB CL, BURNIER M, WAEBER B, KAPPENBERGER L, BURNAND B, DARIOLI R. Electronic monitoring of compliance to lipid-lowering therapy in clinical practice. *J Clin Pharmacol* 1999; 39: 402–409.
4. HOUSTON MILLER N. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *JAMA* 1997; February 17, vol 102 (2A).
5. HOUSE WC, PENDLETON L, PARKER L. Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' noncompliance with diet. *Diabetes care* 1986; 9: 434.
6. REY A. Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert, Paris, 1998.
7. Cambridge International Dictionary, Cambridge University Press, 2000.
8. HOERNI B., *Justicier?*. Médecine & Hygiène, no. 2373, 2001: 2544.
9. MURPHY E, KINMONTH AL. No symptom, no problem? Patients' understandings of non-insulin dependant diabetes. *Family practice*; Vol 12, no 2; Oxford University Press, 1995.
10. LEVERS CE, BROWN RT, DROTAR D, CAPLAN D, PISHEVAR BS, LAMBERT RG. Knowledge of physician prescriptions and adherence to treatment. *Journ Dev Behav Ped* 1999; 20 (5): 335–343.
11. GIORDAN A. Apprendre!, Paris, Berlin, 1998 31 sq.
12. MALHERBE J.-F. Autonomie et prévention. Artel-Fides, Montréal, 1994.
13. DE MAUROY J.-C. Scoliose et théorie du chaos. *Revue Romande de Physiothérapie* 1998; 6: 213–219.
14. HONORÉ B. La santé en projet. Interéditions, 1996: 159.
15. DE MONTICELLI R. L'avenir de la phénoménologie. Aubier Ed. 2000: 198.
16. MALDINEY H. Penser l'homme et la folie. Million Ed. 1991: 322.
17. D'HOUSTAUD A, FIELD M.G. La santé, approche sociologique. Presses universitaires de Nancy, 1989.
18. HONORÉ B. La santé en projet, op. cit.: 90.
19. LEBRUN JP. De la maladie médicale. De Boeck Ed., 1993.

ANNONCE

Secrétariat d'entreprises privées

- Contentieux
- Recouvrement d'honoraires
- Gestion de secrétariat

Corinne FLOREY
Case postale 421, 1213 Petit-Lancy 1
Téléphone 078 698 15 43
E-mail: s.e.p@bluewin.ch